

DESFECHOS ASSOCIADOS À EPILEPSIA DE INÍCIO PRECOCE E TARDIO EM PACIENTES COM IDADE ECONOMICAMENTE ATIVA

Joyce Camyre Pinto Vieira,¹ Laise Gisele de Souza,² Antonio de Souza Andrade Filho,³

RESUMO

Objetivo: Determinar a frequência de epilepsia precoce e tardia, além de explorar os desfechos associados ao surgimento das crises em pacientes atendidos em ambulatório de referência na cidade de Salvador-BA. **Metodologia:** Estudo de corte transversal analítico realizado através de um questionário com pacientes do ambulatório de epilepsia de um centro de referência em Salvador-BA, com idade maior que 14 anos e diagnóstico firmado de epilepsia. **Resultados:** Cinquenta por cento dos participantes foi do sexo feminino e a média de idade correspondeu a 37,9 anos. Um terço dos pacientes referiu estar desempregados no momento da entrevista e 51,6% relatou que a epilepsia interferiu negativamente nas suas atividades laborais. Quarenta pacientes tiveram o primeiro episódio de crise até a primeira infância, enquanto 38,8% tiveram após os 18 anos completos. **Conclusão:** Foi observado que não apenas na atividade laboral, mas desfechos com prejuízos cognitivos parecem estar associado ao surgimento de epilepsia precoce.

Palavras-chave: Epilepsia; Emprego; Qualidade de Vida.

OUTCOMES ASSOCIATED WITH EARLY AND LATE ONSET EPILEPSY IN PATIENTS OF ECONOMICALLY ACTIVE AGE

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of early and late epilepsy, in addition to exploring the outcomes associated with the onset of crises in patients treated at a referral outpatient clinic in the city of Salvador-BA. **Methodology:** Analytical cross-sectional study conducted through a questionnaire with patients from the epilepsy outpatient clinic of a reference center in Salvador-BA, 14 years of age and a signed diagnosis of epilepsy. **Results:** Fifty percent of the participants were female and the mean age was 37.9 years. One third of the patients reported being unemployed at the time of the interview and 51.6% reported that epilepsy negatively interfered with their work activities. Forty patients had the first episode of crisis until early childhood, while 38.8% had after the age of 18. **Conclusion:** It was observed that not only in the work activity, but outcomes with cognitive impairments seem to be associated with the onset of early epilepsy.

Keywords: Epilepsy; Job; Quality of life.

INTRODUÇÃO

Crises epiléticas são eventos clínicos que refletem a ocorrência transitória de atividades anormais excessivas ou sincrônicas no cérebro, as quais podem ou não estar envolvidas com a pré-disposição à novas crises¹. Após uma crise epilética não provocada, o risco para um novo evento varia de acordo com o número de crises anteriores, sendo de 40 a 52% quando o histórico é de apenas 1 episódio, podendo chegar até cerca de 73% em pacientes com duas crises².

¹ Graduanda de medicina na Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA. Estagiária da Fundação de Neurologia e Neurocirurgia Instituto do Cérebro, Salvador, BA.

² Graduanda de medicina do Centro Universitário UniFTC, Salvador, BA. Estagiário da Fundação de Neurologia e Neurocirurgia Instituto do Cérebro, Salvador, BA.

³ Professor Titular da Disciplina Neurologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Professor de Neurologia e Chefe do Serviço de Neurologia do HUPES - UFBA. Presidente da Fundação de Neurologia e Neurocirurgia - Instituto do Cérebro. E-mail: andradeneuro2@gmail.com

A epilepsia é um transtorno encefálico crônico onde há uma tendência a recorrência de crises epiléticas não provocadas associado a consequências neurobiológicas, cognitivas e psicossociais que interferem de maneira direta e indireta na qualidade de vida do indivíduo^{1,3}. A expressão clínica da epilepsia varia de acordo com o tipo de crise e das áreas cerebrais que sofrem os abalos elétrico, havendo um amplo aspecto de quadros para o mesmo distúrbio. Para o diagnóstico é necessário que haja pelo menos uma das seguintes condições: (1) Duas ou mais crises não-provocadas (ou reflexas) ocorrendo em intervalo > de 24 horas; (2) Uma crise não-provocada (ou reflexa) e uma probabilidade de crises subsequentes semelhante ao risco geral de recorrência (pelo menos de 60%) após duas crises não provocadas, ocorrendo nos próximos 10 anos; (3) Diagnóstico de uma síndrome epilética.

A International League Against Epilepsy (ILAE) divide a Classificação das Epilepsias em 3 níveis (tipos de crise, tipos de epilepsia e síndromes epiléticas) que visam possibilitar a classificação em diversos contextos clínicos, sociais e de recursos ao redor do mundo⁴. Os tipos de crise se dividem em focais, generalizadas e desconhecidas, baseando no envolvimento de apenas um hemisfério cerebral (focal) ou nos dois hemisférios (generalizada); quando o início é obscuro ou não observado, a classificamos como desconhecida⁴. Os tipos de epilepsia, que se dividem em focal, generalizada, focal com generalização associada e desconhecida, são classificadas através da junção de dados clínicos e resultados de exames de Eletroencefalografia (EEG). O terceiro nível é o diagnóstico de uma Síndrome Epilética e refere ao conjunto formado pelos tipos de crises, EEG e características de imagem, podendo também incluir características como idade, fatores desencadeantes da crise, além de outras comorbidades como disfunção intelectual⁴.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a epilepsia é um dos distúrbios neurológicos mais comuns e a taxa de prevalência é de 8% em todo o mundo. Foi demonstrado uma maior prevalência de epilepsia em países em desenvolvimento, quando comparados com os países desenvolvidos e podem estar associados à demografia populacional, sexo e nível socioeconômico⁶, sendo mais frequentes em homens e populações mais carentes. Nos Estados Unidos cerca 3 milhões de pessoas são afetadas por esse transtorno e custam direto ou indiretamente cerca de 16 bilhões anualmente⁷. No Brasil estudos apontam prevalência variável em diferentes cidades, atingindo 16,5/1000 habitantes em Porto Alegre e de 11,9/1000 habitante em São Paulo⁸.

A epilepsia pode se manifestar em qualquer idade, mas são as crianças com menos de dois anos e adultos maiores de 65 anos de idade que possuem a maior probabilidade de

desenvolver a doença, sendo que incidência e prevalência de epilepsia em idosos é duas a três vezes maior que na infância^{8,9}. Nesta última, os principais fatores de risco são crises febris, traumatismo craniano, infecções cerebrais, retardo mental, paralisia cerebral e transtorno de hiperatividade e déficit de atenção³. A demora no diagnóstico e a falta de tratamento ou sua execução inadequada aumenta a recorrência de crises e, conseqüentemente, a probabilidade de danos cerebrais que podem causar incapacidade e até morte⁹.

Adultos com epilepsia sofrem também com outros danos causados pelas repercussões que o distúrbio traz a sua qualidade de vida. É comum que esses pacientes relatem sintomas de depressão, exclusão, vergonha e medo de interações sociais, principalmente quando as crises permanecem descontroladas⁹. Para os pacientes que estão bem controlados com o uso de medicações, há um maior número de comprometimentos cognitivos e, em mulheres, o medo dos efeitos iatrogênicos do tratamento sobre possíveis gestações.

Além disso, os indivíduos costumam ficar impossibilitados ou passam por dificuldades para realizar atividades laborais, seja pela ocorrência de crises epiléticas ou ainda pelo estigma que a doença ainda carrega na sociedade. Segundo estudo realizado por Gritti (2015), 67% dos pacientes com epilepsia que participaram da pesquisa referiram sentir dificuldades para realizar trabalhos remunerados e/ou não remunerados, em ações vinculadas ao funcionamento na comunidade vinculado como dirigir carro, usar transporte público, manipular dinheiro, dar troco e pagar contas¹⁰.

Diante disso, o objetivo primário deste estudo foi determinar a frequência de epilepsia tardia em pacientes atendidos em ambulatório de referência na cidade de Salvador-BA. Secundariamente, tivemos como objetivos descrever o perfil sociodemográfico de pacientes epiléticos e explorar os desfechos associados ao surgimento precoce e tardio das crises.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal analítico realizado com pacientes do ambulatório de epilepsia da Fundação de Neurologia e Neurocirurgia - Instituto do Cérebro. A coleta de dados foi realizada no período de 13 de abril de 2019 a 03 de agosto de 2019. Foram incluídos pacientes acima de 14 anos com diagnóstico firmado de epilepsia. O diagnóstico de epilepsia foi considerado quando: (1) Pelo menos duas crises não-provocadas (ou reflexas) ocorrendo em intervalo > de 24 horas ou (2) Diagnóstico de uma síndrome epilética. Quadro clínico foi tido como controlado quando paciente se encontrava sem crises no último mês.

Usou-se o critério de refratariedade ao tratamento quando cursava com crises mais de 2 crises no último mês.

Excluiu-se os pacientes que se recusaram a participar do estudo. Após explicação sobre riscos, benefícios e objetivos da pesquisa, os participantes foram convidados a assinar o TCLE e/ou TALE e também convidados a responder um questionário. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e teve aprovação 3.261.785. Além disso, baseado na Resolução 466/12, foi solicitado a todos os participantes que lessem e concordassem com o termo de consentimento livre e esclarecido. Dentre as variáveis analisadas, incluiu-se dados sociodemográficos, incluindo atividade laboral; características da epilepsia, incluindo etiologia e classificação, idade da primeira crise e tempo de doença; prejuízo cognitivo e controle medicamentoso do quadro.

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Os grupos com primeiro episódio da epilepsia até os 18 anos (início precoce) e após aos 18 anos foram (início tardio) foram comparados em relação às variáveis coletadas. As proporções das variáveis categóricas ou dicotômicas foram comparadas entre os grupos utilizando o teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Além disso, a análise descritiva das variáveis categóricas foi expressa em função das prevalências e Razão de Prevalências (RP). Variáveis contínuas foram descritas como médias e desvios-padrão para distribuição normal e mediana e intervalo interquartil para as de distribuição não normal. Para estimar a normalidade das variáveis contínuas, foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk. As médias das variáveis contínuas foram comparadas entre os grupos utilizando-se o teste t de Student (distribuição paramétrica) e U de Mann-Whitney (distribuição não paramétrica).

RESULTADOS

Em nossa amostra metade dos participantes foi do sexo feminino (n=49; 50,0%) e a média de idade correspondeu a 37,9 (\pm 16,1) anos. O tempo médio de doença foi de 17,98 (\pm 11,8) anos. Pouco mais da metade dos pacientes eram da cor negra (52,0%) e quase um terço tinha ensino médio completo (n=30; 30,6%). Um terço dos pacientes referiu estar desempregados no momento da entrevista (n=33; 33,7%) e metade relatou que a epilepsia interferiu negativamente nas suas atividades laborais (n=48; 51,6%). Quarenta pacientes (40,8%) tiveram o primeiro episódio de crise até a primeira infância ao passo que 38,8%

tiveram a primeira manifestação da epilepsia após os 18 anos completos. A média de idade do primeiro episódio da epilepsia ocorreu aos 18,2 (\pm 14,2) anos (Ver Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos de pacientes diagnosticados com epilepsia em um ambulatório de referência em Salvador-Ba no período de abril a agosto de 2019

Variáveis categóricas	n/N	Frequência (%)
Sexo		
Masculino	49/98	50,0
Feminino	49/98	50,0
Grupo racial		
Negro	51/98	52,0
Parda	35/98	35,7
Branca	12/98	12,2
Escolaridade		
Analfabeto	11/90	11,2
1 a 6 anos	28/90	28,6
7 a 10 anos	15/90	15,3
11 a 12 anos	30/90	30,6
Acima de 12 anos	6/90	6,1
Ocupação		
Estudante	15/97	15,5
Desempregado	32/97	33,0
Aposentado ou pensionista	21/97	21,6
Empregado	24/97	24,7
Dona de casa	5/97	5,2
Variáveis contínuas	N	Média (DP)
Idade	98	37,9 (16,1)
Idade da primeira crise	90	18,2 (14,2)
Tempo de doença	90	18,0 (11,8)

A maioria dos pacientes (n=41; 41,8%) foi classificado como tendo manifestação de início generalizado, seguidos por: início focal com evolução para acometimento bilateral (n=27; 27,6%); início focal sem perda de consciência (n=11; 11,2%), início focal com perda de consciência e 8,2% com início desconhecido. Dentre os indivíduos com crise de início focal a maioria possuía sintomas sensoriais (n=10; 20,4%) seguidos pelas crises tônicas (n=9; 18,4%). Dentre aqueles com início generalizado, a maioria iniciava a crise com manifestação tônico-clônica (n=33; 68,8%). Onze pacientes foram classificados como portadores de uma

síndrome epiléptica, dos quais 90,9% tinham epilepsia do lobo temporal secundária à esclerose mesial temporal (Ver Tabela 2).

Tabela 2 - Dados acerca da causa e classificação epilepsia conforme parâmetros da ILAE

Variáveis	n/N	Frequência (%)
Causa da epilepsia		
Primária	34/98	34,7
Em investigação	8/98	8,2
Secundária	49/98	57,1
TCE	18/49	32,1
Infeciosa	5/49	8,9
Outros	12/49	21,4
Hipóxia perinatal	8/49	14,3
Má formação	5/49	8,9
Esclerose mesial	8/49	14,3
Classificação nível III ILAE 2017		
Início focal sem perda de consciência	11/98	11,2
Início focal com perda de consciência	11/98	11,2
Início focal com evolução bilateral	27/98	27,6
Início generalizado	41/98	41,8
Início desconhecido	8/98	8,2
Classificação crises focais		
Atônica	1/50	1,0
Automatismos	4/50	4,1
Autonômicas	4/50	4,1
Clônica	6/50	6,1
Cognitivas	1/50	1,0
Emocionais	5/50	5,1
Mioclônicas	4/50	4,1
Parada comportamental	3/50	3,1
Sensoriais	10/50	10,2
Tônicas	10/50	10,2
Classificação crises generalizadas		
Tônica	4/39	10,3
Tônico Clônica	25/39	64,1
Tônico Clônica e ausência típica	1/39	2,6
Ausência típica	5/39	12,8
Atônica	2/39	5,1
Clônica	2/39	5,1

Síndrome Epiléptica		
Sim	11/98	11,2

Tabela 3 - Desfechos associados à epilepsia de início tardio e precoce em um ambulatório de referência em Salvador-Ba no período de abril a agosto de 2019

Variáveis	Desfecho		Prevalência (%)	Razão de Prevalência (Ic de 95%)	Valor de p
	Desfavorável	Favorável			
Aposentado no momento da entrevista n=96, (%)					
	Sim (n=20)	Não (n=76)			
Início	12 (60,0)	26 (34,2)	31,6	2,29 (1,03-	0,016
Início	8 (40,0)	50 (65,8)	13,8	Referência	
Desempregado no momento da entrevista n=96, (%)					
	Sim (n=33)	Não (n=63)			
Início	10 (30,3)	28 (44,4)	26,3	0,66 (0,36-	0,178
Início	23 (69,7)	35 (55,6)	39,7	Referência	
Distúrbio de aprendizado n=97, (%)					
	Sim (n=21)	Não (n=76)			
Início	0 (0,0)	38 (50,0)	0,0	-	<0,001
Início	21 (100,0)	38 (50,0)	50,0	-	
Prejuízo intelectual n=97, (%)					
	Sim (n=27)	Não (n=70)			
Início tardio	2 (7,4)	36 (51,4)	5,3	0,12 (0,03-0,49)	<0,001
Início precoce	25 (92,6)	34 (48,6)	42,4	Referência	
Interferência negativamente da epilepsia na profissão/ocupação n=93, (%)					
	Sim (n=48)	Não (n=45)			
Início	22 (45,8)	14 (31,1)	61,1	1,34 (0,91-	0,145
Início	26 (54,2)	31 (68,9)	45,6	Referência	
Controle do quadro clínico n=93, (%)					
	Não (n=48)	Sim (n=45)			
Início	16 (38,1)	22 (40,7)	42,1	0,94 (0,59-	0,793
Início	26 (61,9)	32 (59,3)	44,8	Referência	

Tratamento em monoterapia n=95, (%)

	Não (n=46)	Sim (n=49)			
Início	20 (43,5)	17 (34,7)	54,1	1,21 (0,80-	0,380
Início	26 (56,5)	32 (65,3)	44,8	Referência	

Com relação às atividades laborais, 21 % dos pacientes estavam aposentados no momento da entrevista, sendo que destes, cerca de 60% apresentavam epilepsia de início tardio ($p=0,016$). Aproximadamente um terço dos pacientes referiu estar desempregados no momento da entrevista, sendo que destes aproximadamente 70% exibiam crises de início precoce. No que tange ao distúrbio de aprendizagem, perto de 22% apresentavam comprometimento, sendo que todos foram caracterizados como epilepsia de início precoce ($p < 0,001$). Um total de 28% dos pacientes apresentavam prejuízo intelectual, sendo que 92,6% possuíam epilepsia de início precoce ($p < 0,001$). Cerca de 51,6% dos pacientes relataram que a epilepsia interferiu negativamente nas suas atividades laborais, sendo destes a maioria com início precoce (54,2%). Por outro lado, vinte e dois dos trinta e seis (61,1%) participantes da nossa pesquisa que possuíam epilepsia de início tardio referiram interferência negativa da doença sobre sua profissão/ocupação. Dos pacientes analisados, 52% não estavam com o quadro clínico controlado e a maioria estava em uso de monoterapia, sendo a carbamazepina o anticonvulsivante mais utilizado (Ver Tabela 3 e 4).

Tabela 4 - Anticonvulsivantes utilizados pelos pacientes analisados

Quadro clínico controlado	55/97	56,7
Adesão medicamentosa	83/96	86,4
Refratário		
Sim	27/98	27,6
Não	58/98	59,2
Não aderente	13/98	13,3
Número de anticonvulsivantes		
Nenhum	2/98	2,0
Monoterapia	47/98	48,0
2	34/98	34,7
3	10/98	10,2
4 ou mais	5/98	5,1
Tipo anticonvulsivante		
Carbamazepina	57/98	58,2

Fenobarbital	31/98	31,6
Ácido valproico/valproato	25/98	25,5
Benzodiazepínico	15/98	15,3
Lamotrigina	13/98	13,3
Fenitoína	12/98	12,2
Topiramato	5/98	5,1
Lacosamida	1/98	1,0
Levitiracetam	1/98	1,0

DISCUSSÃO

O trabalho é entendido como parte fundamental do homem ativo em sua comunidade e confere um status social superior comparado àquele que não está inserido nesta atividade. Um estudo na região sudeste do Brasil apontou taxa de 42,3% de epiléticos contratados em algum serviço¹¹ já Staniszewska e colaboradores (2015), em pesquisa realizada na Polônia, mostraram que aproximadamente 1/3 (32,5%) dos pacientes com epilepsia eram profissionalmente ativos, enquanto em nosso estudo apenas 24,7% declararam estarem trabalhando¹², taxa muito abaixo dos 88,2% de brasileiros em idade ativa empregados no mesmo período¹³. Vinte e dois dos trinta e seis (61,1%) participantes da nossa pesquisa que possuíam epilepsia de início tardio referiram interferência negativa da doença sobre sua profissão/ocupação. Os três estudos foram realizados em países e regiões socialmente bem distintas, porém ambos se encontram em conformidade com uma tendência mundial à exclusão de pacientes epiléticos do mercado de trabalho.

Essa exclusão é causada tanto por questões internas como questões externas ao indivíduo, particularmente, reflexo do medo e estigma causado pela falta de conhecimento sobre a doença. No aspecto interno, pacientes com início tardio de crises precisam lidar tanto com sua nova condição de saúde, como também com o olhar desacreditado da sociedade e de si próprio, principalmente no âmbito laboral. Sarmiento e Minayo-Gomez (2000) apontam a baixa autoestima, a vergonha de ser epilético e falta de qualificação profissional como fatores limitantes do paciente com epilepsia para o trabalho. O medo de crises durante o serviço que podem gerar acidentes é marcante nesses pacientes. De maneira mais ampla, Clarke, Upton e Castellanos (2006) mostram que além das preocupações com a segurança própria e de colegas, as crenças sobre si mesmo e atitudes de familiares são determinantes fundamentais para o status do trabalho¹⁴.

No aspecto externo, Sarmiento e Minayo-Gomez (2000) indicam também o estigma como fator limitante citado por 100% dos participantes e que todos eles esconderam dos seus

empregadores possuir a doença por receio das consequências que o peso social deste diagnóstico pode gerar, Collings (1990) reitera que esse componente é o mais restritivo e ultrapassa inclusive o diagnóstico da epilepsia¹⁵. Em consonância com esta afirmação, artigo publicado em 2005 no Reino Unido expõe que apenas pouco mais de ¼ dos empregadores entrevistados não consideravam a epilepsia “um problema” para possíveis candidatos, mesmo que estes fossem qualificados para o cargo¹⁶, reafirmando os limites construídos pela sociedade para aqueles que possuem epilepsia. Desta forma, além das questões inerentes a própria doença, os epiléticos precisam ainda enfrentar um preconceito enraizado sobre as suas capacidades para exercer atividades laborais, mesmo que tecnicamente aptos para tal função, retirando deles algo tão primordial e valorizada na comunidade.

Neste estudo os distúrbios cognitivos tomaram destaque entre as comorbidades associadas à epilepsia, aparecendo como os mais prevalentes dentro daquelas pesquisadas. O prejuízo intelectual estava presente em 51 dos 97 (52%) participantes que responderam a esta pergunta, enquanto os transtornos de distúrbio do aprendizado obtiveram uma frequência de 50% dentro da amostra. Esse achado não é novidade e é marcante em grande número de estudos com essa temática dentro da epileptologia^{17,18,19}, principalmente quando analisadas em indivíduos com início precoce das crises, como foi demonstrado nesta pesquisa, onde houve uma relação com significância estatística entre distúrbios cognitivos e epilepsia antes dos 18 anos de idade.

Esses distúrbios têm causa multifatorial, porém o prejuízo intelectual e crises na infância estão muito ligadas com a etiologia da epilepsia (hipóxia neonatal, síndromes epiléticas, esclerose tuberosa e outras causas genéticas) e comumente afetam de maneira drástica o QI e funcionalidade destes pacientes²⁰, já os distúrbios de aprendizagem englobam um espectro mais amplo de níveis de comprometimento e de suas causas (idade de início, frequência de crises, etc.). Sabe-se que as alterações elétricas da epilepsia afetam a maturação do tecido nervoso e funcionamento cognitivo e seus danos variam com esse estágio de maturação^{17,21}. Ferro e colaboradores (2013) realizaram uma coorte multicêntrica que apontou uma relação estatisticamente significativa entre cognição prejudicada e piores resultados na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (Health-related quality of life - HRQOL)²². Com isso, estes pacientes tendem a não ter uma boa trajetória escolar, relações interpessoais prejudicadas, uma maior dependência de terceiros e, conseqüentemente, uma qualidade de vida inferior.

No que diz respeito ao controle do quadro clínico e perfil medicamento dos nossos pacientes, foi evidenciado neste estudo que o fenobarbital ainda se encontra entre as DAEs mais usadas (31,6% dos pacientes), ficando atrás apenas da carbamazepina (CBZ) que chegou a 57 dos 98 (58,2%) participantes da pesquisa, e seguido a baixo por Ácido valproico (25,5%), benzodiazepínicos (15,3%) e lamotrigina (13,3%). Tais dados mostram que não houve avanço e mudança de cenário nos últimos anos, tendo em vista que desde os anos 80, a droga mais presente nos serviços de saúde público e privado era o fenobarbital, medicamento barato e amplamente usado para crises epiléticas, porém com marcantes problemas devido seu uso crônico²³. Já é bem documentado que o uso de fenobarbital gera um aumento na biotransformação da vitamina D, inibem a fosfatase alcalina, provocando uma perda de cálcio e de massa óssea²⁴ além de falha no seu remodelamento e interferência na secreção de calcitonina²⁵.

O resultado encontrado em nossa pesquisa é preocupante visto que boa parte dos epiléticos ainda fazem uso de uma droga que provoca tantos efeitos adversos em um cenário onde há muitas outras DAEs. Esta inferioridade pode estar ligado não apenas a questões financeiras, justificativa sempre aplicada para o uso do fenobarbital, mas também a ausência de um bom planejamento governamental quanto à análise dos custos reais de manter esta droga com tão alto índice de uso, visto que a maior parte dos participantes desta pesquisa dependem do sistema público de saúde para retirada de seus medicamentos.

CONCLUSÃO

A epilepsia é uma doença crônica e extremamente prevalente que carrega com si fatores associados e impactos importantes nas atividades laborais do indivíduo que a possui. O medo e o estigma causado pela falta de conhecimento sobre a mesma atuam como gêneses na exclusão dos epiléticos do mercado de trabalho e retira deles uma peça tão fundamental para a boa inserção em sociedade. Foi observado que não apenas na atividade laboral, mas desfechos com prejuízos cognitivos parecem estar associado ao surgimento de epilepsia precoce. Ademais, a análise do controle do quadro clínico e a comparação do perfil medicamentoso encontrado aqui nos deixa ainda mais alarmados pela inferioridade do nosso padrão de tratamento para a epilepsia com as drogas disponíveis no sistema público, que acabam com interferir tanto no controle do quadro clínico quanto em problemas crônicos advindos com o uso prolongado.

REFERÊNCIAS

1. Fisher RS. et al. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* [revista em Internet], 2014 [Acesso em: 20 jul. 2018.], 4(55):475-482. Disponível em: <https://www.ilae.org/files/dmfile/Definition2014-RFisher.pdf>
2. Hauser WA, Rich SS, Lee JR, et al. Risk of recurrent seizures after two unprovoked seizures. *N Engl J Med* 1998;338:429–434.
3. Wiebe S. As Epilepsias. In: GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew I.. *Cecil Medicina*. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Cap. 410. p. 2647-2659.
4. Scheffer IE. et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, Melbourne, jan. 2017;58(4):512-521.
5. Fisher RS. et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, Califórnia, 2017 jan.;4(58):522-530,.
6. Sadr S, Javanbakht J, Javidan A, Ghaffarpour M, Khamse S, Naghshband Z. Descriptive epidemiology: prevalence, incidence, sociodemographic factors, socioeconomic domains, and quality of life of epilepsy: an update and systematic review. *Archives of Medical Science*. 2016;14(4):717-724. doi:10.5114/aoms.2016.60377
7. Mandal A. *New Medical Life Science*. Epidemiology of epilepsy. 2017. Disponível em: <[https://www.news-medical.net/health/Epilepsy-Epidemiology-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Epilepsy-Epidemiology-(Portuguese).aspx)>. Acesso em: 21 jul. 2018.
8. Castro LHM. Epilepsia. In: MARTINS, Milton de Arruda et al (Ed.). *Clínica Médica*. São Paulo: Manole, 2009. Cap. 7. p. 351-379.
9. Atlanta. National Center For Chronic Disease Prevention And Health Promotion. U.s. Department Of Health & Human Services. Epilepsia: One of the Nation’s Most Common Neurological Conditions. 2017. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/pdf/2016/aag-epilepsy.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.
10. Gritti C, Paulino V, Marques LH, Castiglioni L, Bianchin M. Desempenho ocupacional, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pacientes com epilepsia. *RTO* [Internet]. 24abr.2015 [citado 23set.2018];26(1):93-01. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/79781>
11. Sarmiento MRS, Minayo-Gomez C. A epilepsia, o epiléptico e o trabalho: relações conflitantes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2000 mar;16(1):183-193,
12. Staniszewska A et al. AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA CHORYCH NA PADACZKĘ. *Medycyna Pracy*, Warszawa, 2015 jan.;66(33):343-350,

13. Abdala V. Taxa de desemprego no Brasil cai para 11,8% em julho, diz IBGE. 2019. [Acesso em: 27 out. 2019]. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2019-08/taxa-de-desemprego-no-brasil-cai-para-118-em-julho-diz-ibge>>.
14. Clarke BM, Upton A.r.m, Castellanos C. Work beliefs and work status in epilepsy. *Epilepsy & Behavior Elsevier BV*, 2006 ago.;9(1):119-125. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2006.04.008>.
15. Collings J., 1990. Epilepsy and well-being. *Social Science & Medicine*, 31:165-170.
16. Jacoby A, Gorry J, Baker Gus A.. Employers' Attitudes to Employment of People with Epilepsy: Still the Same Old Story?. *Epilepsia*, 2005 dez.;46(12):1978-1987. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1167.2005.00345.x>.
17. Berg AT, Caplan R, Hesdorffer DC. Psychiatric and neurodevelopmental disorders in childhood-onset epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2011;20:550–555.
18. Fastenau PS, Johnson CS, Perkins SM, Byars AW, deGrauw TJ, Austin JK, et al. Neuropsychological status at seizure onset in children: risk factors for early cognitive deficits. *Neurology*. 2009;73:526–534.
19. Berg AT, Zelko FA, Levy SR, Testa FM. Age at onset of epilepsy, pharmacoresistance, and cognitive outcomes: a prospective cohort study. *Neurology*. 2012;79:1384–1391.
20. Holmes GL. Cognitive impairment in epilepsy: the role of network abnormalities. *Epileptic Disord.* 2015;17: 101–16.
21. Braakman HM, Ijff DM, Vaessen MJ, Debeij-van Hall MH, Hofman PA, Backes WH, et al. Cognitive and behavioural findings in children with frontal lobe epilepsy. *Eur J Paediatr Neurol.* 2012;16:707–715.
22. Ferro MA. et al. Trajectories of health-related quality of life in children with epilepsy: a cohort study. *Epilepsia* 2013;54:1889–1897.
23. Morselli PL. And Iv Commissions On Antiepileptic Drugs Of The International League Against Epilepsy. Availability and Distribution of Antiepileptic Drugs in Developing Countries: : III and IV Commissions on Antiepileptic Drugs of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*, 1985 abr.;26(2):117-121, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1157.1985.tb05393.x>
24. Pithon MM, Ruellas AC. O. Avaliação clínica e radiográfica da influência do fenobarbital (Gardenal®) na movimentação ortodôntica: estudo em coelhos. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial.* Maringá, 2008;13(1):34-42.
25. Fitzpatrick LA. Pathophysiology of bone loss in patients receiving anticonvulsant therapy. *Epilepsy & Behavior.* p. S3-S15;2003.