



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA

JULIANA PINHO MIGUEZ
MARÍLIA DE SOUZA MARQUES

**AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DO MANEJO
TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM EPILEPSIA NO AMBULATÓRIO DE
NEUROLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA
(CEMEC) NO PERÍODO DE 2014-2018: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.**

BELÉM – PA
2020

JULIANA PINHO MIGUEZ
MARÍLIA DE SOUZA MARQUES

**AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DO MANEJO
TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM EPILEPSIA NO AMBULATÓRIO DE
NEUROLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA
(CEMEC) NO PERÍODO DE 2014-2018: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Centro Universitário do Estado do Pará –
CESUPA, como requisito parcial para
conclusão do curso de graduação em Medicina
Orientador: Professora MSc. Celina Cláudia
Israel Sefer.
Coorientador: Professora Esp. Marina Tuma
Silva Pacheco.

BELÉM – PA

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do CESUPA, Belém – PA

Miguez, Juliana Pinho.

Avaliação do perfil clínico-epidemiológico e do manejo terapêutico de pacientes com epilepsia no ambulatório de neurologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC) no período de 2014-2018: um estudo retrospectivo / Juliana Pinho Miguez, Marília de Souza Marques; orientadora Celina Cláudia Israel Sefer, coorientadora Marina Tuma Silva Pacheco. – 2020.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Estado do Pará, Medicina, Belém, 2020.

1. Epilepsia – Tratamento. 2. Drogas anticonvulsantes. 3. Epidemiologia. 4. Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC). I. Marques, Marília de Souza. II. Sefer, Celina Cláudia Israel, orient. III. Pacheco, Marina Tuma Silva. IV. Título.

CDD 23º ed. 616.853

RESUMO

Introdução: A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais comuns e é acompanhada de consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. A maioria das pessoas com epilepsia dos países em desenvolvimento não está recebendo tratamento, aumentando diretamente os custos de saúde e reduzindo a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico-epidemiológico e o manejo terapêutico de pacientes portadores de epilepsia no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo e analítico de análise de prontuários. A amostra da pesquisa foi constituída de 69 pacientes com diagnóstico de epilepsia, na faixa etária a partir de 15 anos, atendidos no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA, no período de 2014 a 2018. A análise de dados se deu por meio do software BioEstat 5.4 (AYRES et al, 2015). **Resultados:** No perfil da amostra verificou-se que não há diferença significativa entre a quantidade de pacientes por sexo, de maneira que há uma frequência de 52,2% pacientes do sexo masculino e 47,8% mulheres, na faixa etária entre 16 e 25 anos (36,2%), sendo a maioria solteiros (69,6%), estudantes (29%) e procedentes da capital (60,9%). Grande parte dos pacientes teve o início das crises com até 5 anos de idade (24,6%), iniciou o tratamento após a 1ª crise (46,4%) e tinha frequência das crises entre 1-2 vezes ao mês (37,7%). As crises são tônico-clônico generalizadas (65,2%), os principais fatores desencadeantes das crises são: esquecer a medicação (71,1%) e estresse (48,9%). Notou-se que a etiologia mais relevante do estudo foi a desconhecida (59,4%), vindo a seguir a etiologia estrutural (34,8%). Além disso, 56,5% dos pacientes da amostra apresentam comorbidades, sendo os transtornos mentais predominantes (37,7%) e apenas 20,3% dos pacientes possuem antecedente familiar de epilepsia. A maioria dos pacientes teve manejo terapêutico inicial com monoterapia (62%), destacando-se a carbamazepina (35,4%) e o fenobarbital (31,4%). Somente 40,6% dos pacientes tiveram associação de medicamento, porém esta proporção não se mostrou significativa. Para a maioria dos pacientes (73,9%) não houve troca de medicamento. 26,1% dos pacientes tiveram efeitos colaterais, sendo sonolência (38,9%) o principal. Além disso, verifica-se que a maioria dos pacientes levou até 1 ano para controlar as crises (30,4%) e 27,5% não conseguiram controlar as crises. **Conclusão:** Dentre os principais benefícios deste estudo, ressalta-se a contribuição da análise clínico-epidemiológica e do manejo terapêutico dos pacientes portadores de epilepsia, visando a elaboração de estratégias de adesão dos pacientes atendidos neste ambulatório e o controle adequado de crises epiléticas, a fim de melhorar a qualidade de vida destes pacientes a curto e longo prazo.

Palavras-chaves: Epilepsia. Manejo terapêutico. Drogas antiepiléticas. Perfil clínico-epidemiológico.

ABSTRACT

Introduction: Epilepsy is one of the most common neurological diseases and is accompanied by neurobiological, cognitive, psychological and social consequences. Most people with epilepsy in developing countries are not receiving treatment, directly increasing health costs and reducing quality of life. **Objective:** To evaluate the clinical-epidemiological profile and therapeutic management of patients with epilepsy at the CEMEC-CESUPA Neurology Outpatient Clinic in 2014-2018. **Methodology:** This is a cross-sectional, retrospective, descriptive and analytical study of medical records analysis. The research sample consisted of 69 patients diagnosed with epilepsy, aged 15 years and older, treated at the Neurology Outpatient Clinic of CEMEC-CESUPA, from 2014 to 2018. Data analysis was performed using BioEstat 5.4 software (AYRES et al, 2015). **Results:** The sample profile showed that there is no significant difference between the number of patients by gender, so there is a frequency of 52.2% male patients and 47.8% female, ages 16 to 25 years (36.2%), most of them single (69.6%), students (29%) and from the capital (60.9%). Most of the patients had the onset of seizures up to 5 years old (24.6%), began treatment after the first seizure (46.4%) and had a frequency of seizures between 1-2 times a months (37.7%). The crises are generalized tonic-clonic (65.2%), the main triggering factors of the crises are: forget the medication (71.1%) and stress (48.9%). It was noted that the most relevant etiology of the study was the unknown (59,4%), followed by the structural etiology (34,8%). In addition, 56.5% of the patients in the sample have comorbidities, being the mental disorders predominant (37.7%) and only 20.3% of the patients have family history of epilepsy. Most patients had initial therapeutic management with monotherapy (62%), with carbamazepine (35,4%) and phenobarbital (31,4%) standing out. Only 40.6% of the patients had an association of medication, but this proportion was not significant. For most of the patients (73.9%) there was no drug exchange. 26.1% of the patients had side effects, being drowsiness (38.9%) the main one. Moreover, it is verified that the majority of the patients took up to 1 year to control the crises (30.4%) and 27.5% could not control the crises. **Conclusion:** Among the main benefits of this study, the contribution of clinical-epidemiological analysis and therapeutic management of patients with epilepsy is noteworthy, aiming at elaborating strategies for adherence of patients seen in this outpatient clinic and adequate control of epileptic seizures in order to improve the quality of life of these patients in the short and long term.

Keywords: Epilepsy. Therapeutic management. Antiepileptic drugs. Clinical-epidemiological profile.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	9
2.1	Geral.....	9
2.2	Específicos	9
3	MÉTODO.....	10
3.1	Tipo de estudo.....	10
3.2	Cenário de pesquisa	10
3.3	Aspectos éticos.....	10
3.4	População de estudo	10
3.5	Instrumento e materiais.....	11
3.6	Coleta de dados.....	11
3.7	Análise de dados.....	11
4	RESULTADOS	13
5	DISCUSSÃO	22
6	CONCLUSÃO.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30
	APÊNDICE.....	35
	ANEXO	39

1 INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais comuns, sendo responsável por 0,5% da carga global de doenças¹ afetando cerca de 70 milhões de pessoas no mundo.² Estima-se que 2 milhões de novos casos ocorram todos os anos. Destes, o número de ocorrências em países em desenvolvimento é o dobro do registrado nos países desenvolvidos.¹

A prevalência mundial da epilepsia ativa é de 6,38/1000 habitantes, sendo discretamente maior em indivíduos maiores de 18 anos e apresentando pico de incidência após os 60 anos de idade, com uma proporção 7,17/1000.³ Isso pode ser atribuído ao aumento das condições epileptogênicas relacionadas ao envelhecimento, incluindo doença de Alzheimer, acidente vascular encefálico (AVE) e vários distúrbios metabólicos, principalmente diabetes e distúrbios eletrolíticos.⁴

Aproximadamente 80% das pessoas com epilepsia residem em países de baixa e média renda, onde as taxas de prevalência e incidência são maiores que nos países de alta renda.¹ Essa diferença decorre da alta taxa de infecções endêmicas nesses locais, como malária ou neurocisticercose, maior número de lesões, bem como a precariedade de acesso aos cuidados de saúde.³

No Brasil, estudos evidenciaram uma prevalência maior em classes sociais menos favorecidas (7,5/1.000) e em idosos (8,5/1.000).⁵ Em um estudo conduzido em São José do Rio Preto (SP), no ano de 2003, a prevalência foi de 18,6/1000, sendo 8,2/1000 de epilepsia ativa, considerando-se, pelo menos, uma crise no período dos últimos 2 anos.⁶

A epilepsia é caracterizada pela predisposição permanente do cérebro em gerar crises epiléticas espontâneas e recorrentes, na ausência de condições tóxico-metabólicas, acompanhadas de consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais.⁷ Tradicionalmente, é definida pela ocorrência de duas crises epiléticas não provocadas, separadas por intervalo superior a 24 horas.^{8,9}

O diagnóstico de epilepsia é iminentemente clínico, e não requer obrigatoriamente a realização de exames complementares¹⁰. Sendo a maioria dos pacientes manejados de maneira conservadora, através do emprego de drogas antiepiléticas (DAE). O controle das crises é obtido em 70% dos casos, com emprego das drogas em monoterapia e após dois a 5 anos sem crises, esses medicamentos podem ser retirados em 60% dos adultos¹. Contudo, apesar do desenvolvimento e da

disponibilidade de novas medicações para o tratamento da epilepsia, cerca de um terço dos pacientes não alcança controle adequado de suas crises.

Apesar do bom prognóstico, a maioria das pessoas com epilepsia dos países em desenvolvimento não estão recebendo tratamento. Definimos lacuna de tratamento como a diferença entre o número total de pacientes com epilepsia ativa e o número de pessoas em que ela está sendo tratada, expressa como porcentagem. Nos países em desenvolvimento, a lacuna de tratamento foi estimada como variando entre 60 e 90%.¹¹

Vários fatores têm sido apontados como responsáveis pela lacuna de tratamento, envolvendo perspectivas econômicas, políticas e culturais. Estes fatores são a falta de conhecimento sobre causas e tratamento da epilepsia; crenças culturais e estigma da doença; ¹² dificuldades de acesso a centros especializados; oferta inadequada de serviços de saúde; falta de priorização da epilepsia como problema de saúde pública; disponibilidade e suprimento restritos de drogas antiepilépticas, em função dos altos custos.¹³

Estima-se que, se a cobertura do tratamento com medicamentos antiepilépticos fosse estendida para 50% dos casos, a atual carga global da doença seria reduzida entre 13% e 40%. ^{1,13}

As taxas de não adesão ao tratamento entre pacientes com epilepsia são estimadas entre 30% a 50%.¹⁴ A aderência medicamentosa e a educação em saúde que os portadores de epilepsia recebem são essenciais para o sucesso do tratamento, sendo a baixa adesão à medicação a principal causa de falha da farmacoterapia, aumentando diretamente os custos de saúde e reduzindo a qualidade de vida dos indivíduos afetados.

Cerca de 50% dos adultos com epilepsia ativa têm uma ou mais condições físicas ou psiquiátricas coexistentes. As comorbidades psiquiátricas são as mais frequentes, com uma prevalência de 29 a 40%, 7 a 10 vezes maior que na população em geral.¹ Dentre elas, as mais comuns são depressão (23,1%) e ansiedade (20,2%), promovendo um maior impacto na qualidade de vida desses pacientes.¹⁵ Outro problema associado à epilepsia é o estresse, sobretudo o emocional, em um estudo foi verificado que a maioria dos pacientes com epilepsia identifica o estresse como principal fator que desencadeia ou exacerba as convulsões.¹⁶

Tendo em vista o impacto socioeconômico mundial e a escassez de registros brasileiros acerca de dados epidemiológicos sobre epilepsia, objetivou-se analisar a prevalência e alguns aspectos do perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de Epilepsia no ambulatório de Neurologia do Centro de Especialidades Médicas (CEMEC) do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) no período de 2014-2018, além de avaliar o manejo terapêutico desses pacientes, contribuindo para a melhoria na abordagem da epilepsia neste ambulatório.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o perfil clínico-epidemiológico e o manejo terapêutico de pacientes portadores de epilepsia no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018.

2.2 Específicos

Identificar a prevalência de epilepsia no ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA;

Descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes portadores de epilepsia;

Avaliar o manejo terapêutico dos pacientes com epilepsia;

Determinar a correlação entre o manejo terapêutico e o controle das crises epilépticas.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

O estudo foi transversal, epidemiológico, analítico, retrospectivo e descritivo, com base em análise exploratória documental (dados secundários).

3.2 Cenário de pesquisa

Foram analisados prontuários existentes e disponibilizados pelo Centro de Especialidades Médicas (CEMEC) do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), acerca de pacientes com diagnóstico de epilepsia atendidos no ambulatório de Neurologia, no período de 2014 a 2018. O período da coleta foi de julho a setembro de 2020.

Foram realizadas seleções prévias dos prontuários por funcionários do ambulatório, a partir do Código Internacional de Doença (CID-10) pré-definido na pesquisa: G.40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.8, G40.9.

3.3 Aspectos éticos

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/CESUPA), número do parecer: 3.947.514, respeitando a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), contendo: Termo de Compromisso de Utilização de Dados, Termo de Consentimento da Instituição e dos Autores. A aprovação pelo CEP foi a principal condição para o início da pesquisa.

3.4 População de estudo

A amostra foi constituída de 69 (sessenta e nove) pessoas, a partir de 15 anos, de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório de Neurologia do CEMEC, no período de 2014 a 2018.

Para composição da amostra, foram adotados os seguintes critérios: pacientes com diagnóstico de epilepsia, maiores de 14 anos, atendidos no Ambulatório de Neurologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA, entre os anos de 2014 a 2018. Os critérios de classificação de epilepsia considerados foram os da International League Against Epilepsy (ILAE).

Foram excluídos da análise prontuários dos pacientes que foram atendidos fora do critério temporal estabelecido, de faixa etária abaixo de 15 anos e pacientes que tiveram somente uma consulta no ambulatório de Neurologia do CEMEC.

3.5 Instrumento e materiais

Foi utilizado para a coleta de dados um questionário elaborado pelos próprios autores da pesquisa baseado na opinião de especialistas (neurologistas) e nas principais variáveis encontradas nas pesquisas bibliográficas, tendo destaque o questionário realizado no estudo feito por Orozco-Hernández²⁰, em um centro de referência na Colômbia.

O questionário é composto de sete dados pessoais (idade; sexo; estado civil; profissão; procedência; escolaridade; religião), do perfil clínico das crises epiléticas (idade de início das crises; tempo de doença até iniciar o tratamento; tempo de doença até a coleta dos dados; frequência das crises; maior período sem crises; principal período das crises; descrição das crises; comprometimento cognitivo; exame físico neurológico; fatores desencadeantes; etiologia das crises); Antecedentes mórbidos; Hábitos de vida; Tratamento farmacológico com drogas antiepiléticas (Nome; dose inicial; tempo de uso; frequência mensal das novas crises; necessidade do aumento de dose; necessidade de medicações associadas; necessidade de troca de medicação; efeitos colaterais; quanto tempo demorou para controlar as crises).

3.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro Universitário do Pará (CESUPA).

A atividade foi desenvolvida no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA, no período de julho a setembro de 2020, a partir do preenchimento do questionário, com informações baseadas nos prontuários.

3.7 Análise de dados

As informações da caracterização amostral foram apuradas e digitadas em banco de dados elaborado no *software Microsoft® Office Excel® 2016*.

Na aplicação da Estatística Descritiva, foram construídos tabelas e gráficos para apresentação dos resultados e calculadas as medidas de posição como média aritmética e desvio padrão.

A estatística analítica foi utilizada para avaliar os resultados das variáveis da amostra através dos Testes G e Qui-Quadrado Aderência para tabelas univariadas.

As estatísticas descritiva e analítica, foram realizadas no *software BioEstat*[®] 5.4 (AYRES et al., 2015). Para a tomada de decisão, foi adotado o nível de significância $\alpha = 0,05$ ou 5%, sinalizando com asterisco (*) os valores significantes.

4 RESULTADOS

Nesse estudo, um total de 150 prontuários foram analisados, dos quais 81 não foram elegíveis ou foram excluídos após avaliação preliminar. Dos excluídos, a maioria apresentava outro diagnóstico neurológico que não a epilepsia e os demais por apresentarem crise convulsiva única, idade inferior a 15 anos, perda de seguimento ambulatorial ou atendimento único. Os 69 pacientes incluídos na análise foram classificados como portadores de epilepsia de acordo com a definição operacional da ILAE-2017.⁸

Verifica-se na tabela 1 que não há diferença significativa entre a quantidade de pacientes por sexo, sendo 52,2% do sexo masculino e 47,8% do sexo feminino. A maioria dos pacientes possui idade entre 16 e 25 anos (36,2%; 25). Há predomínio de solteiros (69,6%; 48), estudantes (29%; 20), com ensino fundamental incompleto (15,9%; 11). A maioria dos prontuários não informou religião (79,7%; 55), sendo a mesma proporção entre católicos e evangélicos dos que a tinham informado (10,1%). A maior parte da amostra é procedente da capital (60,9%; 42).

Tabela 1: Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de epilepsia, atendidos no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018.

Caracterização		n	%	Qui-Quadrado	Valor-p
Sexo	Feminino	33	47,8	0,130	0,718ns
	Masculino	36	52,2		
Faixa Etária (anos)	15-25	25	36,2	56,988	0,014*
	26-35	14	20,3		
	36-45	14	20,3		
	46-55	6	8,7		
	56-65	5	7,2		
	66-75	3	4,3		
	76-85	2	2,9		
Estado Civil	Divorciado	1	1,4	96,967	0,000*
	União estável	2	2,9		
	Casado	10	14,5		
	Solteiro	48	69,6		
	NI	8	11,6		
Profissão	Outros	5	7	78,400	0,000*
	Doméstica	2	2,9		
	Aposentado	4	5,8		
	Do lar	4	5,8		
	Estudante	20	29,0		
	NI	34	49,3		
Religião	Católico	7	10,1	0,000	1,000ns
	Evangélico	7	10,1		
	NI	55	79,7		

Caracterização		n	%	Qui-Quadrado	Valor-p
Procedência	Capital	42	60,9	4,313	0,038*
	Interior	25	36,2		
	NI	2	2,9		
Escolaridade	EFC	5	7,2	11,417	0,022*
	EFI	11	15,9		
	EMC	4	5,8		
	EMI	2	2,9		
	ESI	2	2,9		
	NI	45	65,2		

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do CEMEC - CESUPA.

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

Nota: EFC: Ensino fundamental completo; EFI: Ensino fundamental incompleto; EMC: Ensino médio completo; EMI: Ensino médio incompleto; ESI: Ensino superior incompleto; Não informado.

A tabela 2 mostra que a maioria dos pacientes teve o início das crises convulsivas com até 5 anos de idade (24,6%; 17), e conforme a idade dos pacientes aumenta, há diminuição na frequência do início das crises. A maioria iniciou o tratamento logo após a primeira crise convulsiva (46,4%; 32) e a frequência das crises ocorre principalmente entre 1 e 2 vezes por mês (37,7%; 26). O maior período sem crises que predominou foi de até 1 ano (44,9%; 31).

Tabela 2: Controle das crises epilépticas de pacientes portadores de epilepsia, atendidos no Ambulatório de neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018.

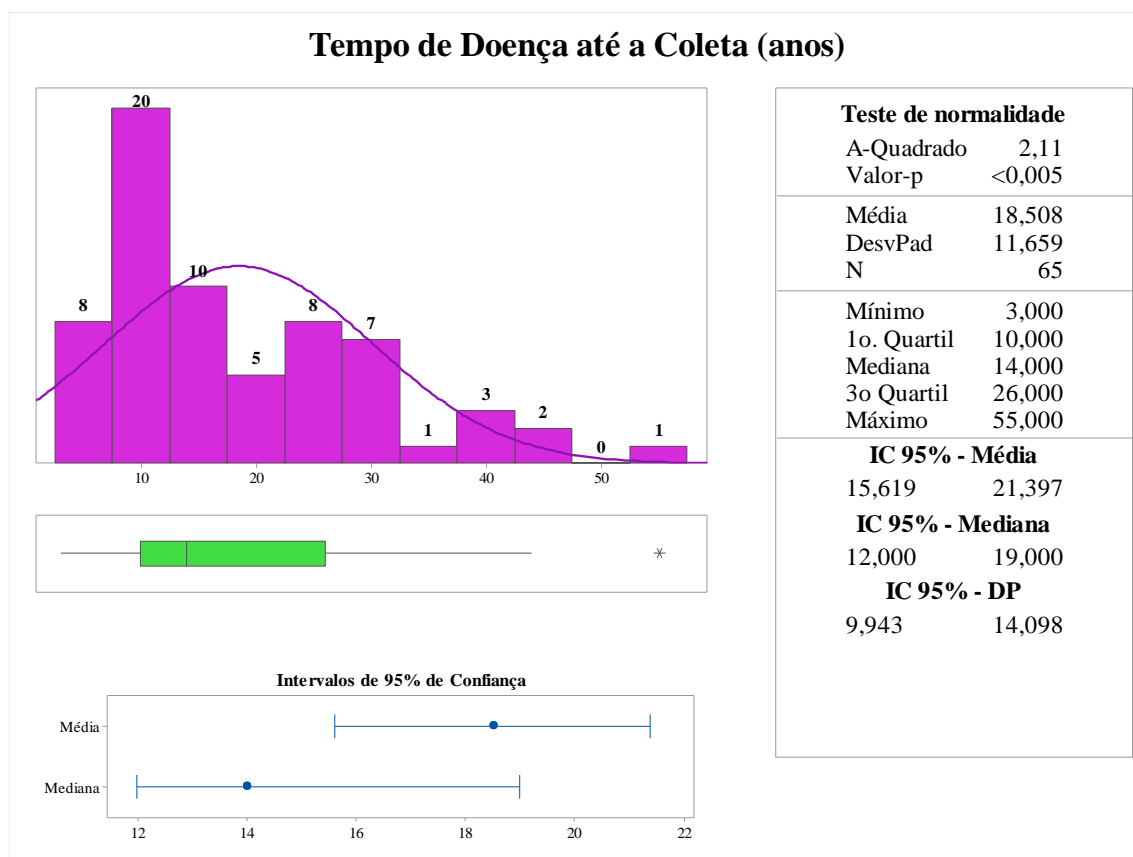
Variável	n	%	Qui-Quadrado	Valor-p		
Idade de início das crises (anos)						
Até 5	17	24,6	57,612	0,000*		
6 a 9	13	18,8				
10 a 14	7	10,1				
15 a 20	14	20,3				
21 a 25	6	8,7				
26 a 30	2	2,9				
31 a 35	1	1,4				
36 a 40	2	2,9				
41 a 45	1	1,4				
46 a 50	1	1,4				
Acima de 50	3	4,3				
NI	2	2,9				
Tempo de doença até iniciar o tratamento						
Até 1 ano	6	8,7	88,000	0,000*		
2 a 5 anos	3	4,3				
6 a 10 anos	3	4,3				
11 anos ou mais	3	4,3				
Após 1ª crise	32	46,4				
Após 2ª crise	1	1,4				
NI	21	30,4				
Frequência das crises						
Até 2 por dia	3	4,3			197,056	0,000*
3 ou mais por dia	7	10,1				
1 a 2 por semana	2	2,9				
3 a 5 por semana	5	7,2				
1 a 2 por mês	26	37,7				
3 a 5 por mês	9	13,0				
> 5 por mês	1	1,4				
1 a cada 2 meses	3	4,3				
1 a cada 6 meses	2	2,9				
Sem Crises	2	2,9				
NI	9	13,0				
Maior período sem crises (anos)						
< 1	31	44,9	55,200	0,000*		
1 a 2	7	10,1				
3 a 4	8	11,6				
5 a 6	5	7,2				
7 ou mais	7	10,1				
Nenhum	2	2,9				
NI	9	13,0				

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do CEMEC - CESUPA.

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

A figura 1 mostra que o tempo médio de doença até a coleta dos dados dos pacientes é de 19 anos ($\mu = 18,50$), variando com desvio padrão de 12 anos ($\sigma = \pm 11,65$), o tempo mínimo é 3 anos e o tempo máximo de doença é 55 anos.

Figura 1: Tempo de doença até a coleta dos dados de pacientes portadores de epilepsia, atendidos no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018.



Fonte: Serviço de Arquivo Médico do CESUPA – CESUPA.

Na tabela 3 verifica-se que, na maioria dos pacientes, a crise ocorre durante o período da vigília (53.6%; 37), sendo o principal tipo de crise a tônico-clônica generalizada (65.2%; 45). Não há diferença significativa entre os pacientes, no que se refere ao comprometimento cognitivo, de forma que 49.3% (34) dos pacientes não apresentaram comprometimento. A maioria dos pacientes não apresentou alteração no exame físico neurológico (68.1%; 47) e os principais fatores desencadeantes das crises foram: “esquecer a medicação” (71.1%; 32) e estresse (48.9%; 22).

Tabela 3: Descrição e fatores desencadeantes das crises epiléticas de pacientes portadores de epilepsia, atendidos no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018.

Variável	n	%	Qui-Quadrado	Valor-p
Principal período das crises (ciclo sono-vigília)				
Vigília	37	53.6	33.730	0.000*
Sono	6	8.7		
Ambos	9	13.0		
NI	17	24.6		
Descrição das crises				
Focal disperceptiva	8	11.6	194.569	0.000*
Focal disperceptiva + Ausência	1	1.4		
Focal perceptiva	2	2.9		
Mioclônica	3	4.3		
Tônico - clônica generalizada	45	65.2		
Tônico - clônica generalizada + Ausência	2	2.9		
Não especificado	4	5.8		
NI	4	5.8		
Comprometimento cognitivo				
Sim	32	46.4	0.061	0.806ns
Não	34	49.3		
NI	3	4.3		
Exame físico neurológico				
Sem alteração	47	68.1	10.880	0.001*
Com alteração	20	29.0		
NI	2	2.9		
Fatores desencadeantes				
	n = 45			
Ansiedade	3	6.7	186.000	0.000*
Bebida alcoólica	3	6.7		
Ciclo menstrual	2	4.4		
Desmame de medicamento	1	2.2		
Distúrbio do sono	3	6.7		
Emoção	1	2.2		
Esquecer a medicação	32	71.1		
Estresse	22	48.9		
Exercício	1	2.2		
Infecções	2	4.4		
Migrânea	1	2.2		
Consumo excessivo de café	1	2.2		

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do CEMEC - CESUPA.

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

Na tabela 4, nota-se que a etiologia mais relevante do estudo foi a desconhecida (59,4%), vindo a seguir a etiologia estrutural (34,8%). Além disso, 56,5% dos pacientes da amostra apresentam comorbidades, sendo os transtornos mentais predominantes (37.7%; 26), destes, os mais frequentes foram transtorno depressivo e retardo mental. Apenas 14 (20.3%) pacientes possuem antecedente familiar de epilepsia e a maioria (83.3%) não possui hábitos de vida relevantes que possam influenciar no desencadeamento das crises epiléticas.

Tabela 4: Etiologia, antecedentes mórbidos e hábitos de vida de pacientes portadores de epilepsia, atendidos no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018.

Variável	n	%	Qui-Quadrado	Valor-p
Etiologia				
Alcoólica	1	1.4		
Desconhecida	41	59,4	54.188	0.000*
Epilepsia catamenial	1	1.4		
Estrutural	24	34,8		
Imune	1	1.4		
Usuário de drogas- maconha e cocaína no início das crises	1	1.4		
Comorbidades				
Sim	39	56.5	1.174	0.279ns
Não	30	43.5		
Comorbidades (quais?)				
Transtornos mentais	26	37.7	58.069	0.003*
Comorbidades neurológicas	14	20.3		
HAS	8	11.6		
Dislipidemia	6	8.7		
Outros	3	4.3		
Diabetes Mellitus	1	1.4		
Antecedente familiar de epilepsia				
Sim	14	20.3		
Não	54	78.3	23.529	0.000*
NI	1	1.4		
Hábitos de vida				
Atividade física	5	6,9		
Etilista	6	8.3		
Não	60	83.3	140.056	0.000*
NI	1	1.3		

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do CEMEC - CESUPA.

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

Na tabela 5, observa-se que a maioria dos pacientes tiveram manejo terapêutico inicial com monoterapia (62%; 43), destacando-se a carbamazepina (35,4%; 34) e o fenobarbital (31,4%; 30) como os medicamentos mais utilizados. E quanto ao tempo de uso do manejo terapêutico inicial, não houve diferença estatisticamente significativa, sendo a maior parte não informada nos prontuários (24,6%) e 16 pacientes (23,2%) usaram por menos de 1 ano.

Tabela 5: Manejo terapêutico de pacientes portadores de epilepsia, atendidos no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018.

Variável	n	%	Qui-Quadrado	Valor-p
Manejo terapêutico inicial				
Monoterapia	43	62	122.470	0.000*
Politerapia	26	38		
Droga (DAE) Inicial				
Carbamazepina	34	35,4	147.896	0.000*
Fenobarbital	30	31,4		
Ácido Valproico	13	13,5		
Fenitoina	9	9,5		
Lamotrigina	3	3,1		
Oxcarbazepina	3	3,1		
Clobazam	2	2		
Topiramato	2	2		
Tempo de Uso (anos)				
< 1	16	23.2		
1 a 2	7	10.1		
3 a 4	7	10.1		
5 a 6	8	11.6		
7 ou mais	14	20.3		
Não Informado	17	24.6	7.038	0.134ns

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do CEMEC - CESUPA.

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

Em relação a frequência das novas crises epilêpticas, foi observado que a maioria dos pacientes se encontraram sem novas crises (23,2%; 16) e 14 pacientes apresentaram somente 1 a 2 crises por mês (TABELA 6). Não houve diferença estatisticamente significativa no número de pacientes que tiveram aumento de dose, de forma que 33 (47,8%) pacientes sofreram aumento de dose, sendo a carbamazepina (27,3%; 9) o principal medicamento que teve aumento de dose. Somente 28 (40,6%) pacientes tiveram associação de medicamento, porém esta proporção não se mostrou significativa ($p > 0.05$). Para a maioria dos pacientes (73,9%; 51) não teve troca de medicamento, sendo esta proporção significativa ($p > 0.05$).

Tabela 6: Manejo terapêutico e prevalência de novas crises de pacientes portadores de epilepsia, no Ambulatório de Neurologia do CEMEC no período de 2014-2018.

Variável	n	%	Qui-Quadrado	Valor-p
Frequência das novas crises				
Diárias	6	8.7		
Semanais	1	1.4		
1 a 2 crises por mês	14	20.3		
3 a 5 crises por mês	4	5.8		
1 crise a cada 3 a 5 meses	6	8.7		
Semestral	5	7.2		
Anual ou bianual	4	5.8		
Sem crises	16	23.2	84.143	0.000*
NI	13	18.8		
Aumento de dose				
Sim	33	47.8		
Não	36	52.2	0.130	0.718ns
Aumento de dose (quais medicamentos?) n = 33				
Ácido Valproico	3	9.1		
Carbamazepina	9	27.3		
Fenobarbital	1	3.0		
Lamotrigina	2	6.1		
Clobazam	1	3.0		
NI	21	63.6	10.000	0.075ns
Associação de medicação à DAE inicial				
Sim	28	40.6		
Não	41	59.4	2.449	0.118ns
Associação de medicação à DAE inicial (quais?) n = 28				
Clobazam	15	46,9	3.429	1.000ns
Ácido Valproico	6	18,8		
Fenitoina	4	12,4		
Fenobarbital	3	9,4		
Lamotrigina	2	6,3		
Clonazepam	1	3.1		
Oxcarbazepina	1	3.1		
Troca de medicação				
Sim	18	26.1		
Não	51	73.9	15.783	0.000*

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do CEMEC - CESUPA.

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

Na amostra analisada, apenas 18 (26,1%) pacientes tiveram efeitos colaterais, sendo sonolência (38,9%; 7) o principal. Além disso, verifica-se que a maioria dos pacientes levou até 1 ano para controlar as crises (30,4%; 21) e 19 (27,5%) pacientes não conseguiram controlar as crises (TABELA 7).

Tabela 7: Efeitos colaterais e tempo para controle das crises em pacientes portadores de epilepsia, atendidos no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018.

Variável	n	%	Qui-Quadrado	Valor-p
Efeitos colaterais				
Sim	18	26.1		
Não	51	73.9	15.783	0.000*
Efeitos colaterais (quais?)				
	n = 18			
Agressividade + insônia	1	5.6		
Alucinação + choro persistente	1	5.6		
Cefaleia	1	5.6		
Reações gastrointestinais	1	5.6		
Sonolência	7	38.9	18.000	0.012*
Tontura	1	5.6		
Tontura + cefaleia	1	5.6		
Tremor de mãos	1	5.6		
NI	4	22.2		
Tempo para controlar as crises (anos)				
< 1	21	30.4	59.660	0.000*
1 a 2	6	8.7		
3 a 4	3	4.3		
5 a 6	2	2.9		
7 ou mais	1	1.4		
Não controlada	19	27.5		
Não retornou para acompanhamento	1	1.4		
NI	16	23.2		

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do CEMEC - CESUPA.

*Valores Significativos; NS - Valores Não Significativos.

5 DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se que não houve diferença significativa no número de pacientes quanto ao sexo, sendo o feminino encontrado em 47,8% e o masculino em 52,2% dos pacientes (TABELA 1); dado que está em consonância com a maioria dos estudos¹⁷, que relatam diferenças discretas entre os gêneros, predominando o masculino, porém sem relevância estatística, assim como apontado no estudo de Banerjee¹⁸.

A faixa etária dos pacientes registrados predominou entre 15 e 25 anos, sendo o mesmo perfil encontrado em diversos estudos, como no de Birbeck e Kalichi¹⁹, de 2004, que mostra uma tendência para um aumento na prevalência de epilepsia durante a adolescência e início da idade adulta. Porém, esse dado é bastante divergente conforme as diferentes condições socioeconômicas de cada país, observando-se em alguns trabalhos de países desenvolvidos, uma prevalência maior após a quinta década de vida¹⁸.

Quanto ao estado civil, 69% dos pacientes são solteiros, o que está de acordo com grande parte da literatura, como visto por Bautista¹². E sobre a profissão, quase metade dos prontuários não tinha essa informação descrita, mas dentre os que a mencionaram, predominou a de estudante (29%). Tal achado é semelhante ao encontrado no estudo Gurumurthy¹⁷, que da população da amostra classificada como desempregada (52,5%), 41,25% era composta por estudantes.

A escolaridade também foi um dado pouco computado e não se pôde obter uma análise estatística significativa, sendo o ensino fundamental incompleto o mais frequente, seguido de ensino fundamental completo. Sabe-se que a maior parte dos pacientes do Sistema Único de Saúde apresentam um nível educacional básico e, mais especificamente, alguns pacientes com epilepsia podem ter prejuízo de suas atividades escolares, tanto por falta de controle das crises convulsivas como por alguma deficiência cognitiva associada. Além do mais, um baixo nível de instrução educacional pode dificultar na compreensão de orientações ao tratamento e conseqüentemente, na sua adesão^{13, 20, 21}.

Nesse estudo, observou-se que a maior parte da amostra procede da capital (60,9%) em relação ao interior (36,2%). Em comparação com outros estudos, foi visto que grande parte da população com epilepsia reside em área urbana, principalmente em áreas com infraestrutura precária e em países subdesenvolvidos^{20, 22, 23}.

Houve limitação para análise da religião devido à falta de registro em grande parte dos prontuários (79,2%), tendo igual proporção entre católicos e evangélicos (TABELA 1). Diferente do que encontramos na população brasileira em geral, segundo o censo demográfico de 2010: religião católica (64,6%), seguida pela protestante (22,2%), dados semelhantes ao encontrado no estudo de Tedrus²⁴.

Avaliando a idade de início das crises epiléticas na população desse estudo, nota-se preponderância de 0 até os 20 anos de idade, tendo maior frequência na faixa etária de 0 a 5 anos de idade (TABELA 2). Esse achado foi similar ao estudo realizado por Sella e Seisdodos²¹, em Santa Catarina, em que 86% dos pacientes tiveram idade de início antes de 25 anos. Estudos realizados na população pediátrica demonstraram que a idade de início precoce é um importante preditor de refratariedade das crises^{25,26}. Berg e colegas descobriram que o prognóstico melhorou com o aumento da idade de início das crises²⁵.

Com relação ao tempo de doença até iniciar o tratamento, predominaram os pacientes que iniciaram o tratamento logo após a primeira crise epilética (46%), dado que se assemelha ao estudo realizado por Machado e Neto²⁷, em Belém-PA, em que a maioria dos pacientes se encontrou no intervalo inferior a 2 anos de tempo de doença. Já o tempo de doença até a coleta dos dados (FIGURA 1), nesse estudo teve uma média de 19 anos, próximo ao verificado por Orozco-Hernández²⁰, que teve uma média de 23 anos.

Diversos estudos demonstraram que existe maior risco de refratariedade quanto maior a frequência inicial de crises^{28,29}. Em nossa análise, a frequência das crises, antes do paciente iniciar o tratamento, predominou no intervalo de 1 a 2 por mês (TABELA 2). Tripathi e colaboradores³⁰ não encontraram diferença estatisticamente significativa quando à frequência das crises, sendo 39% dos participantes com crises diárias e 37% com 1 a 4 por mês.

Na tabela 2, vê-se que uma proporção significativa da amostra (44,9%) apresentou o maior período sem crises epiléticas por até menos de 1 ano, tempo maior que o encontrado no estudo de Orozco-Hernández²⁰, em que obteve uma média de 3 meses. Sabe-se que quanto maior a adesão do paciente ao tratamento, melhor o controle e, conseqüentemente, maior o tempo entre as crises.

Na análise do principal período das crises (ciclo sono-vigília), esse estudo evidenciou que elas ocorrem sobretudo quando os pacientes estão em vigília (53,6%), como visto na tabela 3. Comparativamente, no estudo sobre o perfil clínico e

sociodemográfico de pacientes com epilepsia em um centro de referência da Colômbia²⁰, mais da metade da amostra apresentava as crises em ambos os horários, tanto durante o sono como acordado.

Com relação a descrição das crises, nossa análise demonstrou maior prevalência das crises tônico-clônicas generalizadas (65%). Resultado análogo ao encontrado por Ullah²² e outros estudos^{18,27}, porém, em algumas pesquisas, o oposto também é encontrado, predominando as crises focais²⁰. Portanto, é visto que a prevalência de cada tipo de crise epiléptica apresenta variabilidade entre os diferentes estudos, podendo essa ser atribuída ao tipo e ano de classificação utilizada, às características epidemiológicas da população e disponibilidade de métodos para investigar adequadamente o tipo de crise.

Do total de pacientes, 46% apresentam algum grau de comprometimento cognitivo. Nesse sentido, nossos dados estão de acordo com a literatura que associa o comprometimento cognitivo à pacientes com epilepsia. Josi Arend e colegas³¹, fizeram um estudo no Rio Grande do Sul, e descobriram que os pacientes com epilepsia entrevistados exibiam deficiências cognitivas significativas, incluindo déficits de orientação temporal e espacial, atenção, linguagem, fluência verbal, memória, dentre outras.

O exame físico neurológico teve alteração somente em 29% da amostra coletada, achado similar ao estudo colombiano²⁰, em que a minoria apresentou alteração.

Dentre os fatores desencadeantes das crises, “esquecer a medicação” foi o principal, seguido por estresse (TABELA 3). Ferlisi e Shorvon³², em 2011, estudaram os principais fatores precipitantes das crises em pacientes atendidos no ambulatório de Londres e obtiveram o mesmo resultado que já havia sido identificado em vários estudos: estresse, privação de sono, fadiga e esquecer a medicação, por ordem decrescente de frequência.

Conhecer a etiologia da epilepsia é importante pois além de nortear a lógica terapêutica favorece a determinação do prognóstico. Nesse sentido, a ILAE classifica as etiologias em 6 grupos que são: genética, infecciosa, metabólica, estrutural e imunológica, bem como um grupo de etiologia desconhecida. Sendo que a epilepsia de um paciente pode ser classificada em mais do que uma categoria etiológica e elas não são hierárquicas^{7,8,33,34}. A etiologia desconhecida predomina em grande parte dos estudos, sobretudo em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, fato que se

deve ao menor aporte de métodos sofisticados de diagnóstico e dificuldade em obter uma história clínica apropriada para classificar a etiologia nessa população^{8,18}. Somase a isso, a maior incidência e prevalência de infecções nessas áreas, o que favorece para que a etiologia infecciosa seja a causa conhecida mais comum em todo o mundo^{7,34,35,36}.

Neste estudo, 59,4% dos pacientes foram classificados com epilepsia de etiologia desconhecida, seguida de etiologia estrutural (34,8%), sendo a maioria desta de origem traumática, sucedida por esclerose mesial hipocampal e AVE. Segundo o estudo de LIU³⁷, a epilepsia pós-traumática é responsável por cerca de 20% dos pacientes com epilepsia. A incidência total de epilepsia é de 5 a 7% em pacientes com trauma cerebral e 11% em pacientes com trauma cranioencefálico não penetrante grave³⁷.

No presente estudo se observou que houve preponderância no número de pacientes que apresentavam alguma comorbidade, sendo o mesmo perfil encontrado em diversos estudos onde se constatou que essas pessoas podem apresentar doenças crônicas com maior frequência do que pessoas sem epilepsia³⁸.

Dentre as comorbidades, os transtornos mentais ficaram em primeiro lugar (37,7%), seguido por comorbidades neurológicas (20%). A epilepsia é um problema do sistema nervoso central, cuja expressão clínica inclui sintomas cognitivos e psiquiátricos em concomitância com crises epilépticas. Estudos internacionais apontaram para uma prevalência de 29 a 48% de transtornos mentais em adultos com epilepsia, sendo a depressão o mais frequente nos pacientes com epilepsia, influenciando diretamente na frequência e gravidade das crises^{11,39,40}.

Do total de participantes da pesquisa, apenas 20% apresentava antecedente familiar de epilepsia, resultado semelhante ao apontado por Pal e Sharma⁴¹.

Com relação aos hábitos de vida dos pacientes, a maioria não tinha hábitos que pudessem influenciar negativamente nas crises, como etilismo ou tabagismo. E somente 7% faziam algum tipo de atividade física (TABELA 4), estatística semelhante a diversos trabalhos^{42,43}. Muitas pessoas com epilepsia vivem uma vida sedentária por barreiras como superproteção, isolamento, baixa autoestima, depressão e ansiedade. Além disso, um grande obstáculo para algumas pessoas com epilepsia é que a atividade física pode provocar convulsões e os tornar suscetíveis a lesões.

O manejo terapêutico da epilepsia deve ser pautado na individualidade de cada paciente, de sua vontade, do risco-benefício e das opções disponíveis, no nosso contexto se destacam os medicamentos disponíveis pelo programa de medicamentos essenciais (RENAME) do Sistema Único de Saúde (SUS). A decisão de iniciar um tratamento antiepiléptico baseia-se fundamentalmente em três critérios: risco de recorrência de crises, consequências da continuação das crises para o paciente e eficácia e efeitos adversos do fármaco escolhido para o tratamento⁷.

Os principais mecanismos de ação dos fármacos antiepiléticos são: bloqueio dos canais de sódio, aumento da inibição GABAérgica, bloqueio dos canais de cálcio e ligação à proteína SV2A da vesícula sináptica⁴⁴. Segundo a literatura, os fármacos de primeira, segunda e terceira linha têm eficácia semelhante, distinguindo-se pelo perfil dos efeitos adversos e de interações medicamentosas, tendo os de terceira linha mais vantagens em relação a essas características^{7, 45,46}.

A seleção do fármaco deverá levar em consideração outros fatores além da eficácia, tais como efeitos adversos, especialmente para alguns grupos de pacientes (crianças, mulheres em idade reprodutiva, gestantes e idosos), tolerabilidade individual e facilidade de administração. Em caso de falha do primeiro fármaco, deve-se tentar sempre fazer a substituição gradual por outro, de primeira escolha, mantendo-se a monoterapia.

Em relação a prescrição das DAE (drogas antiepiléticas) no CEMEC, 62% dos pacientes se beneficiaram de monoterapia, enquanto 38% estavam em uso de 2 ou mais medicamentos (TABELA 5). Elger CE⁴⁷, evidenciou em seu estudo prospectivo que 47% dos 470 pacientes em tratamento inicial obtiveram sucesso com o primeiro fármaco em monoterapia e somente 3% se beneficiou da biterapia.

Dos 69 pacientes avaliados, 35,4% tiveram como fármaco inicial a carbamazepina, 31,4% iniciaram o tratamento com fenobarbital e 13,5% com ácido valproico. Poucos são os estudos bem delineados que demonstram a escolha da DAE inicial, todos os disponíveis, envolvem pacientes com epilepsias focais⁷. As recomendações da ILAE baseadas apenas em evidências de eficácia e efetividade para escolha de fármacos antiepiléticos, são as seguintes: adultos com epilepsia focal – carbamazepina, fenitoína e ácido valproico; Crianças com epilepsia focal – carbamazepina; idosos com epilepsia focal – lamotrigina e gabapentina^{7,8}. Considerando os dados apresentados nesta pesquisa, a escolha terapêutica é justificável devido à alta incidência de pacientes entre 16 a 45 anos, em sua maioria

com crises tonico-clônico generalizadas e dependentes dos medicamentos dispensados pelo SUS, entre os quais se incluem a carbamazepina, fenobarbital e ácido valpróico.

Em relação a eficácia dos fármacos, Tudur e colaboradores⁴⁸ compararam carbamazepina e fenobarbital em monoterapia. O estudo não encontrou diferenças entre esses dois fármacos na remissão de crises por 12 meses, nem no tempo de aparecimento da primeira crise. No entanto o fenobarbital é menos tolerado do que a carbamazepina, fato que pode justificar a preponderância do uso deste em relação àquele em nosso estudo.

Quanto ao tempo de uso da DAE inicial, 16 (23,2%) pacientes faziam ou fizeram uso do medicamento prescrito por menos de 1 ano, 14 (20,3%) por 7 anos ou mais, sendo que não foi possível coletar essa informação em muitos prontuários (24,6%). Sabe-se que a escolha do tratamento inicial não tem impacto na qualidade de vida após 2 anos de seguimento. O que influencia significativamente a qualidade de vida dos pacientes com epilepsia são a persistência de crises, os efeitos adversos do fármaco e a falha do tratamento inicial⁴⁵.

Aliado a isso, após iniciado o tratamento no Centro de especialidades médicas do CESUPA (CEMEC), parcela significativa da amostra (23,2%) não apresentou mais crises epiléticas e 20,3% manifestou 1 a 2 episódios por mês nos períodos interconsultas (TABELA 6), dado que está atrelado a maioria dos pacientes que se beneficiou da monoterapia. Dado semelhante ao estudo de Gurumurthy¹⁷, em que mais da metade dos pacientes estavam em monoterapia, porém com relação a frequência das crises epiléticas, a população estudada apresentava somente 1 a 3 episódios por ano.

Quanto ao manejo terapêutico após início do tratamento, não houve diferença estatística significativa entre os pacientes que necessitaram de aumento de dose de medicação (47,8%) e os que não aumentaram (52,2%). Já quanto a associação das DAE, 59,4% dos pacientes não precisaram de politerapia, enquanto 40,6% fizeram associação. O medicamento que mais frequentemente foi utilizado em associação foi o Clobazam (28,6%) (TABELA 6). Há alguns estudos que analisam a eficácia da associação de medicamentos em pacientes refratários ao tratamento, Elger CE⁴⁷ relata controle adicional de crises em 10% a 15% dos pacientes refratários a monoterapia com acréscimo de um segundo fármaco.

Sabe-se que a politerapia aumenta o risco de eventos adversos e interações medicamentosas, neste estudo apenas 18 pacientes (26,1%) apresentaram eventos adversos, destes o mais comum foi a sonolência, que representou 38,9% dos efeitos colaterais relatados, outros como cefaleia, tontura, e insônia também foram encontrados, porém sem significância estatística (TABELA 7). Orozco-Hernandez²⁰ encontrou uma porcentagem de 40% de reações adversas nos pacientes em politerapia. Sendo assim, é importante ressaltar a importância da adequada eleição do fármaco no início do tratamento de acordo com as características de cada indivíduo, para que a monoterapia seja empregada com mais efetividade.

Em relação ao tempo de tratamento e controle das crises epiléticas, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) definiu que o paciente é considerado livre de crises quando elas não ocorrerem após um intervalo três vezes maior que o intervalo de crises vigente anteriormente à introdução do tratamento, ou por pelo menos 1 ano⁷. Nesse contexto, 30,4% dos pacientes da presente pesquisa levaram menos de 1 ano para alcançar o controle de crises e 27,5% não estavam controlados. Os demais demoraram entre 2 e 7 anos para remissão de crises ou não foi possível obter o dado (TABELA 7).

6 CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes portadores de epilepsia atendidos no centro de especialidade médicas do CESUPA - CEMEC, é composto igualmente por mulheres e homens, predominando entre 15 e 25 anos, estudantes e solteiros, procedentes de Belém-PA que apresentam majoritariamente crises tônico-clônico generalizadas e frequência de crises mensal. A maioria dos pacientes teve idade de início das crises entre 0 e 20 anos, iniciando o tratamento após a primeira crise epiléptica. “Esquecer a medicação” foi o fator desencadeante predominante em 71,1% dos pacientes e 31% tinham como gatilho o estresse.

A principal etiologia encontrada foi a desconhecida, entretanto, dentre as de causa conhecida se destacaram as estruturais, sobretudo a de origem traumática. Grande parte dos pacientes apresentavam antecedentes mórbidos pessoais, em sua maioria transtornos mentais e comorbidades neurológicas. No entanto, 74,3% não apresentaram antecedentes familiares de epilepsia.

A monoterapia foi a forma de tratamento inicial predominante nos pacientes, sendo a carbamazepina e o fenobarbital as drogas antiepilépticas (DAE) mais utilizadas. Somente 28 pacientes necessitaram associar medicação, destes a maioria utilizou o clobazam como medicamento complementar. Os eventos adversos se manifestaram em apenas 18 pacientes, dentre estes, grande parte referiu sonolência. Após instituído o tratamento, proporção semelhante de pacientes levou até 1 ano para controlar as crises e a outra parcela não estava controlada no período do estudo.

Diante do exposto, dentre os principais benefícios deste estudo para o ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA, ressalta-se a contribuição da análise clínico-epidemiológica e do manejo terapêutico dos pacientes portadores de epilepsia, visando a elaboração de estratégias de adesão dos pacientes atendidos neste ambulatório e o controle adequado de crises epilépticas, a fim de melhorar a qualidade de vida destes pacientes e minimizar as consequências biopsicossociais a curto e longo prazo desta condição clínica.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (2019). Epilepsy: a public health imperative: summary (No. WHO/MSD/MER/19.2). World Health Organization.
2. Ngugi, A. K., Bottomley, C., Kleinschmidt, I., Sander, J. W., & Newton, C. R. (2010). Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia*, 51(5), 883-890.
3. Beghi, E., & Giussani, G. (2018). Aging and the Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology*, 51(3-4), 216-223.
4. Abramovici, S., & Bagić, A. (2016). Epidemiology of epilepsy. In *Handbook of clinical neurology* (Vol. 138, pp. 159-171). Elsevier.
5. Noronha AL, Borges MA, Marques LH et al. Prevalence and pattern of epilepsy treatment in different socioeconomic classes in Brazil. *Epilepsia* 2007; 48: 880-5.
6. BORGES, Moacir Alves et al. Urban prevalence of epilepsy: populational study in São José do Rio Preto, a medium-sized city in Brazil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 62, n. 2a, p. 199-204, June 2004 .
7. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Epilepsia. Brasília – DF: 2019. 17-49.
8. Fisher, R. S., Cross, J. H., French, J. A., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F. E., ... & Sheffer, I. E. (2017). Classificação Operacional dos Tipos de Crises Epilépticas pela International League Against Epilepsy: documento da posição da Comissão da ILAE de Classificação e Terminologia. n. 1.
9. Richardson, M. P., Chadwick, D. W., & Wehner, T. I. M. (2015). Classification and terminology to organise seizures and epilepsies. *Epilepsy Soc*, 1-6.
10. Clínico, P., & Terapêuticas, D. Portaria SAS/MS nº 1319, de 25 de novembro de 2013.
11. Neto, J. G., & Marchetti, R. L. (2005). Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia Epidemiologic aspects and relevance of mental disorders associated with epilepsy. *Rev Bras Psiquiatr*, 27(4), 323-8.
12. Bautista, R. E. D., Shapovalov, D., & Shoraka, A. R. (2015). Factors associated with increased felt stigma among individuals with epilepsy. *Seizure*, 30, 106-112.

13. Pan American Health Organization The Management of Epilepsy in the Public Health Sector, 2018. Washington, D.C.: PAHO; 2018.
14. Dilorio C, Shafer PO, Letz R, et al; Project EASE study group. Project EASE: a study to test a psychosocial model of epilepsy medication management. *Epilepsy Behav* 2004; 5:926-36.
15. Verrotti, A., Carrozzino, D., Milioni, M., Minna, M., & Fulcheri, M. (2014). Epilepsy and its main psychiatric comorbidities in adults and children. *Journal of the neurological sciences*, 343(1-2), 23-29.
16. Frucht, M. M., Quigg, M., Schwaner, C., & Fountain, N. B. (2000). Distribution of seizure precipitants among epilepsy syndromes. *Epilepsia*, 41(12), 1534-1539.
17. Gurusurthy, R., Chanda, K., & Sarma, G. R. K. (2017). An evaluation of factors affecting adherence to antiepileptic drugs in patients with epilepsy: a cross-sectional study. *Singapore medical journal*, 58(2), 98.
18. Banerjee, P. N., Filippi, D., & Hauser, W. A. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy—a review. *Epilepsy research*, 85(1), 31-45.
19. Birbeck, G. L., & Kalichi, E. M. (2004). Epilepsy prevalence in rural Zambia: a door-to-door survey. *Tropical Medicine & International Health*, 9(1), 92-95.
20. Orozco-Hernández JP, et al. Perfil clínico y sociodemográfico de la epilepsia en adultos de um centro de referencia de Colombia. *Neurología*. 2017.
21. Sella, F., Seisdodos, R. A., & Barros, C. R. D. M. R. (2016). Perfil epidemiológico dos membros de uma associação de epilepsia em Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 45(2), 59-66.
22. Ullah, S., Ali, N., Khan, A., Ali, S., & Nazish, H. R. (2018). The Epidemiological Characteristics of Epilepsy in the Province of Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *Frontiers in neurology*, 9, 845.
23. Neligan, A., Hauser, W. A., & Sander, J. W. (2012). The epidemiology of the epilepsies. In *Handbook of clinical neurology* (Vol. 107, pp. 113-133). Elsevier.
24. Tedrus GM, Fonseca LC, Hoehr GC. Spirituality aspects in patients with epilepsy. *Seizure*. 2014;23(1):2.
25. Berg, A. T., Levy, S. R., Novotny, E. J., & Shinnar, S. (1996). Predictors of intractable epilepsy in childhood: a case-control study. *Epilepsia*, 37(1), 24-30.
26. Ko, T. S., & Holmes, G. L. (1999). EEG and clinical predictors of medically intractable childhood epilepsy. *Clinical Neurophysiology*, 110(7), 1245-1251.

27. Machado, M. F., da Rocha Neto, O. G., & de Assis Carvalho, J. R. S. (2007). Epilepsia em remissão: estudo da prevalência e do perfil clínico-epidemiológico. *Revista Neurociências*, 15(2), 135-140.
28. Mohanraj, R., & Brodie, M. J. (2013). Early predictors of outcome in newly diagnosed epilepsy. *Seizure*, 22(5), 333-344.
29. Sillanpää, M. (1993). Remission of seizures and predictors of intractability in long-term follow-up. *Epilepsia*, 34(5), 930-936.
30. Tripathi, M., Padhy, U. P., Vibha, D., Bhatia, R., Srivastava, M. P., Singh, M. B., ... & Chandra, S. P. (2011). Predictors of refractory epilepsy in North India: A case-control study. *Seizure*, 20(10), 779-783.
31. Arend, J., Kegler, A., Caprara, A. L. F., Almeida, C., Gabbi, P., Pascotini, E. T., ... & Arceno, P. (2018). Depressive, inflammatory, and metabolic factors associated with cognitive impairment in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 86, 49-57.
32. Ferlisi, M., & Shorvon, S. (2014). Seizure precipitants (triggering factors) in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 33, 101-105.
33. Fiest, K. M., Sauro, K. M., Wiebe, S., Patten, S. B., Kwon, C. S., Dykeman, J., ... & Jetté, N. (2017). Prevalence and incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis of international studies. *Neurology*, 88(3), 296-303.
34. Delaney, S., Fitzsimons, M., White, M., Power, K., O'Donoghue, S., Kilbride, R., ... & Delanty, N. (2020). Analysis of the aetiology of epilepsy in 3,216 adult patients attending a tertiary referral center enabled by an electronic patient record. *Seizure*.
35. Kariuki SM, Matuja W, Akpalu A, Kakooza-Mwesige A, Chabi M, Wagner RG, et al. Clinical features, proximate causes, and consequences of active convulsive epilepsy in Africa. *Epilepsia* 2014;55(1):76–85.
36. Vezzani, A., Fujinami, R. S., White, H. S., Preux, P.-M., Blümcke, I., Sander, J. W., & Löscher, W. (2015). Infections, inflammation and epilepsy. *Acta Neuropathologica*, 131(2), 211–234. doi:10.1007/s00401-015-1481-5

37. Liu, Z., Chen, Q., Chen, Z., Wang, J., Tian, D., Wang, L., ... & Zhang, S. (2019). Clinical analysis on risk factors and prognosis of early post-traumatic epilepsy. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 77(6), 375-380.
38. Gaitatzis, A., Sisodiya, S. M., & Sander, J. W. (2012). The somatic comorbidity of epilepsy: a weighty but often unrecognized burden. *Epilepsia*, 53(8), 1282-1293.
39. Edeh, J., Toone, B. K., & Corney, R. H. (1990). Epilepsy, psychiatry morbidity, and clinic patients and social dysfunction in general practice. Comparison between hospital clinic patients and clinic nonattenders. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*, 3, 180-92.
40. Mendez, M. F., Cummings, J. L., & Benson, D. F. (1986). Depression in epilepsy: significance and phenomenology. *Archives of Neurology*, 43(8), 766-770.
41. Pal, S. K., Sharma, K., Prabhakar, S., & Pathak, A. (2010). Neuroepidemiology of epilepsy in Northwest India. *Annals of neurosciences*, 17(4), 160.
42. Arida, R. M., Scorza, F. A., de Albuquerque, M., Cysneiros, R. M., de Oliveira, R. J., & Cavalheiro, E. A. (2003). Evaluation of physical exercise habits in Brazilian patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 4(5), 507-510.
43. Roth, D. L., Goode, K. T., Williams, V. L., & Faught, E. (1994). Physical exercise, stressful life experience, and depression in adults with epilepsy. *Epilepsia*, 35(6), 1248-1255.
44. Rogawski MA, Löscher W. The neurobiology of antiepileptic drugs. *Nat Rev Neurosci* 2004; 5: 553-64.
45. Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M et al. The SANAD study of effectiveness of carbamazepine, gabapentin, lamotrigine, oxcarbazepine, carbamazepine, or topiramate for treatment of partial epilepsy: na unblinded randomised controlled trial. *Lancet*. 2007; 369: 1000-15.
46. Jacoby A1, Sudell M, Tudur Smith C et al. Quality-of-life outcomes of initiating treatment with standard and newer antiepileptic drugs in adults with new-onset epilepsy: findings from the SANAD trial. *Epilepsia*. 2015; 56: 460-72.

47. Elger CE, Schmidt D. Modern management of epilepsy: a practical approach. *Epilepsy Behav* 2008; 12: 501-39.
48. Tudur Smith C, Marson AG, Williamson PR. Carbamazepine versus phenobarbitone monotherapy for epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(1):CD001904.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de compromisso de utilização de dados



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Termo de Consentimento de Utilização de Dados (TCUD)

Nós, Juliana Pinho Miguez e Marília de Souza Marques, acadêmicas de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do perfil clínico-epidemiológico e do manejo terapêutico de pacientes com epilepsia no ambulatório de neurologia do CEMEC no período de 2014-2018: um estudo retrospectivo”, comprometemo-nos com a utilização dos dados contidos nos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de Neurologia incluídos na amostra a ser analisada, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente receber a aprovação do referido Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

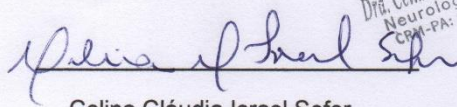
Comprometemo-nos a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclarecemos que os dados a serem coletados se referem ao referido Trabalho de Conclusão de Curso, tendo a coleta duração de cerca de 4 meses, com previsão de início para março de 2019, sendo utilizadas apenas para este fim. Declaramos entender que é nossa a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é nossa a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, para pessoas não envolvidas na equipe de pesquisa.

Por fim, comprometemo-nos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/ENSP.

Érica Gomes Nascimento Cavalcante

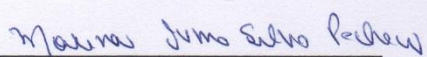
Diretora Técnica do CEMEC

Profa. Érica Gomes N. Cavalcante
= EUMATOLOGIA PEDIÁTRICA
CRM 8966


Dra. Celina Israel Sefer
Neurologista
CRM-PA: 9013

Celina Cláudia Israel Sefer

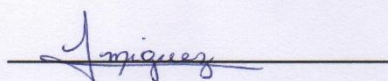
Orientadora da pesquisa



Drª Marina Tuma Pacheco
Neurologia
CRM-PA 9737

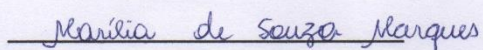
Marina Tuma Silva Pacheco

Coorientadora da Pesquisa



Juliana Pinho Miguez

Pesquisador Responsável



Marília de Souza Marques

Pesquisador Responsável

APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados

QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

NÚMERO DE PRONTUÁRIO: _____

1. LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO

A) DADOS PESSOAIS

- ✓ IDADE:
- ✓ SEXO: F () M ()
- ✓ ESTADO CIVIL: Solteiro () Casado () Divorciado () União estável ()
- ✓ PROFISSÃO:
- ✓ PROCEDÊNCIA: Interior () Capital ()
- ✓ GRAU DE ESCOLARIDADE:

Não informado ()	Analfabeto ()	
Fundamental incompleto ()	Fundamental completo ()	Médio incompleto ()
Médio completo ()	Superior incompleto ()	Superior completo ()

B) PERFIL CLÍNICO DAS CRISES EPILÉPTICAS

- ✓ IDADE DE INÍCIO DAS CRISES:

15-20 anos ()	21-25 anos ()	26-30 anos ()	31-35 anos ()
36-40 anos ()	41-45 anos ()	46-50 anos ()	51-55 anos ()
56-60 anos ()	61-65 anos ()	66-70 anos ()	>70 anos ()
- ✓ TEMPO DE DOENÇA ATÉ INICIAR O TRATAMENTO:
- ✓ TEMPO DE DOENÇA ATE A COLETA DOS DADOS:
- ✓ FREQUÊNCIA DAS CRISES:
- ✓ MAIOR PERÍODO SEM CRISES:
- ✓ PRINCIPAL HORÁRIO DAS CRISES: Durante o sono () Acordado () Ambos ()
- ✓ TIPO DE CRISE: Focal () Generalizada ()
- ✓ DESCRIÇÃO DAS CRISES: Tônico Clônico Generalizada ()
Focal Perceptiva () Focal Disperceptiva () Mioclonica ()
- ✓ COMPROMETIMENTO COGNITIVO: Sim () Não ()
- ✓ EXAME FÍSICO NEUROLÓGICO: Com Alteração () Sem Alteração ()
- ✓ FATORES DESENCADEANTES:

Estresse ()	Ciclo menstrual ()	Distúrbio Do Sono ()
Infecções ()	Bebida Alcoólica ()	Exercício ()
Esquecer a Medicação ()		
Outros _____		
- ✓ ETIOLOGIA DAS CRISES:

Idiopática ()	Criptogenética ()	Vascular ()
Infeciosa ()	Traumática ()	Neoplásica ()
Metabólica ()	Imune ()	
Outras: _____		

C) ANTECEDENTES MÓRBIDOS

- ✓ HIPERTENSÃO: Sim () Não ()
- ✓ DIABETES MELLITUS: Sim () Não ()
- ✓ DISLIPIDEMIA: Sim () Não ()

- ✓ DOENÇAS NEUROLÓGICAS PRÉVIAS: Sim, Qual: _____ Não ()
- ✓ DOENÇAS PSQUIÁTRICAS PRÉVIAS:
 Depressão () Ansiedade ()
 Outros: _____
- ✓ ANTECEDENTE FAMILIAR DE EPILEPSIA: Sim () Não ()

D) HÁBITOS DE VIDA:

- ✓ TABAGISTA: Sim (), Tempo: _____ Não ()
- ✓ ETILISTA: Sim (), Tempo: _____ Não ()
- ✓ REALIZA ATIVIDADE FÍSICA: Sim () Não ()

2. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- ✓ DROGAS ANTI-EPILEPTICAS
- NOME:
 - DOSE INICIAL:
 - TEMPO DE USO:
 - FREQUÊNCIA MENSAL DAS NOVAS CRISES:
 - HOVE NECESSIDADE DO AUMENTO DE DOSE:
 () Sim, Quanto _____ () Não
 - HOVE NECESSIDADE DE MEDICAÇÕES ASSOCIADAS:
 () Sim, Nome/Dose: _____ () Não
 - HOVE NECESSIDADE DE TROCA DE MEDICAÇÃO:
 () Sim, Nome/Dose _____ () Não
 - HOVE EFEITOS COLATERAIS:
 () Sim, Quais _____ () Não
 - QUANTO TEMPO DEMOROU PARA CONTROLAR AS CRISES: _____

ANEXO

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DO MANEJO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM EPILEPSIA NO AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) NO PERÍODO DE 2014-2018: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.

Pesquisador: celina cláudia israel sefer

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29386020.8.0000.5169

Instituição Proponente: Centro Universitário do Pará - CESUPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.947.514

Apresentação do Projeto:

Neste projeto os pesquisadores propõem uma pesquisa cuja população do estudo compreende os pacientes com diagnóstico de epilepsia do ambulatório de neurologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC/CESUPA) entre os anos de 2014 e 2018. A

pesquisa será realizada através da análise dos prontuários dos pacientes incluídos na amostra e a respectiva coleta das informações pertinentes ao protocolo de pesquisa serão realizadas no sistema de banco de dados do CEMEC.

Objetivo da Pesquisa:

Os pesquisadores apontam como objetivos da pesquisa:

* Objetivo Primário:

Avaliar o perfil clínico-epidemiológico e o manejo terapêutico de pacientes portadores de epilepsia no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018.

* Objetivo Secundário:

a. Realizar levantamento estatístico da prevalência de epilepsia no ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA.

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)4009-9100

CEP: 66.060-232

E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 3.947.514

- b. Descrever a distribuição das variáveis epidemiológicas e clínicas dos pacientes portadores de epilepsia.
- c. Avaliar o manejo terapêutico dos pacientes com epilepsia quanto a classes de medicamentos e conduta de retorno referente à dosagem, associações e trocas de medicações, período de uso, efeitos adversos e custo-benefício.
- d. Avaliar a correlação entre o manejo terapêutico e o controle das crises epilépticas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apontam como riscos e benefícios da pesquisa:

* Riscos:

Para o Sujeito: Desfazer o sigilo do paciente, este risco será minimizado com a não inclusão de informações pessoais dos pacientes no protocolo de pesquisa aplicado aos prontuários e com o não registro dos nomes dos pacientes cujos dados serão coletados. Além disso, estes dados serão mantidos em um arquivo específico, armazenado em um local seguro e separadamente de outros documentos, por 3 anos e, após este período, serão destruídos. Para a Instituição: Análise errônea dos prontuários com desvio ou arruinação total ou parcial dos dados, justamente por isso será realizado o manuseio de forma cuidadosa. Para a Ciência: Demonstração incorreta de dados estatísticos, mas que será evitada devido ao comprometimento dos participantes com a divulgação dos resultados, além disso, questionários com preenchimento inadequado não serão utilizados na pesquisa para que dados incorretos não alterem a análise do resultado.

* Benefícios:

Para o Sujeito: A pesquisa poderá evidenciar melhores formas de manejo terapêutico da epilepsia, propiciando controle das crises e melhor qualidade de vida.

Para a instituição: Levantamento estatístico dos pacientes e perfil epidemiológico, além de melhores formas de manejo terapêutico para os pacientes.

Para a ciência: Um melhor conhecimento acerca do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com epilepsia atendidos no ambulatório de neurologia no CEMEC, em Belém-PA, além de caracterizar a resposta clínica aos principais medicamentos, contribuindo para o tratamento adequado e melhor prognóstico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verificar comentários no item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 3.947.514

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Verificar comentários no item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

- 1) Atualizar cronograma.
- 2) Quem deve assinar como pesquisador responsável é orientador e não as alunas de graduação. Inserir o TCUD devidamente assinado pelo orientador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem pendências (aprovado), porém verificar item de "recomendações".

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1499742.pdf	14/02/2020 19:42:06		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	QUEST.pdf	14/02/2020 19:32:01	Marília de Souza Marques	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoepilepsiacompleto.docx	14/02/2020 19:27:52	Marília de Souza Marques	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD2.pdf	14/02/2020 19:24:44	Marília de Souza Marques	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	14/02/2020 19:17:33	Marília de Souza Marques	Aceito
Declaração de Pesquisadores	coorientador.jpg	14/02/2020 19:15:30	Marília de Souza Marques	Aceito
Declaração de Pesquisadores	orientador.jpg	14/02/2020 19:14:10	Marília de Souza Marques	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/02/2020 18:39:32	JULIANA PINHO MIGUEZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO.jpg	13/02/2020 22:14:32	Marília de Souza Marques	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	13/02/2020 22:08:47	Marília de Souza Marques	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963	CEP: 66.060-232
Bairro: São Brás	
UF: PA	Município: BELEM
Telefone: (91)4009-9100	E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 3.947.514

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 01 de Abril de 2020

Assinado por:
PATRICK ABDALA FONSECA GOMES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br

ANEXO B -Termo de aceite do orientador**TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR**

Eu, Professor (a) Celina Cláudia Israel Sefer, do curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), aceito orientar o trabalho intitulado "Avaliação do perfil clínico-epidemiológico e do manejo terapêutico de pacientes com epilepsia no ambulatório de neurologia do CEMEC no período de 2014-2018: um estudo retrospectivo", de autoria dos alunos Juliana Pinho Miguez, Marília de Souza Marques. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional De Ética Em Pesquisa (CONEP), estando inclusive ciente da necessidade da minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Belém, PA, 17 de Dezembro de 2019.

Dra. Celina Israel Sefer
Neurologista
CRM-PA: 9013

Celina Cláudia Israel Sefer

Professor (a) Orientador (a)

Juliana Pinho Miguez

Aluno Pesquisador

Marília de Souza Marques

Aluno Pesquisador

ANEXO C – Termo de aceite do coorientador**TERMO DE ACEITE DO CO-ORIENTADOR**

Eu, Professor(a) Marina Tuma Silva Pacheco, do curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), aceito orientar o trabalho intitulado "Avaliação do perfil clínico-epidemiológico e do manejo terapêutico de pacientes com epilepsia no ambulatório de neurologia do cemec no período de 2014-2018: um estudo retrospectivo", de autoria dos alunos Juliana Pinho Miguez, Marília de Souza Marques. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional De Ética Em Pesquisa (CONEP), estando inclusive ciente da necessidade da minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Belém, PA, 17 de dezembro de 2019.

Marina Tuma Silva Pacheco

Professor (a) Co-orientador (a)

Drª Marina Tuma Pacheco
Neurologista
CRM-PA 9737

J. Miguez

Aluno Pesquisador

Marília de Souza Marques

Aluno Pesquisador


ANEXO D – Termo de consentimento da instituição e dos autores

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

DECLARAÇÃO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nele recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem estar. Declaro conhecer e cumprir Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96.

Belém, 17 de Dezembro de 2019


Dra. Erica Gomes A. Cavalcante
REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA
CRM 0066

Assinatura e carimbo do responsável institucional