

Atenção Primária à Saúde e Epilepsia: Revisão de Literatura

Jorge Kede^{*,**}, Vanessa Teixeira Müller^{***}, Marleide da Mota Gomes^{****}

Faculdade de Medicina e Cirurgia – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), RJ, Brasil

RESUMO

Introdução: A atenção primária à saúde (APS) possibilita a melhor cobertura populacional de cuidados à saúde e também o atendimento às pessoas com epilepsia (PCE). **Objetivos:** Apresentar aspectos evolutivo-conceituais da APS, suas implicações na educação médica, e uso da telemedicina com repercussões no atendimento de PCE. **Metodologia:** Revisão narrativa com os objetivos apresentados. **Resultados:** Pessoas habitualmente cuidadas pelo médico de família são mais saudáveis, principalmente devido à abordagem holística; maior ênfase em prevenção e redução de custos por procurar a atenção dos especialistas apenas quando necessária. A educação médica e o mercado de trabalho estão se adaptando a esse perfil de atenção à saúde. Ao mesmo tempo em que médicos de família admitem estar despreparados para o atendimento de PCE, verificou-se não haver neurologistas suficientes para avaliação e condução dessa clientela. A telemedicina apresenta potencial para ensino, consultoria e qualificação da equipe de saúde à distância colaborando com a redução dos óbices mencionados. **Conclusão:** Proposições para o atendimento de PCE no Sistema de Saúde: treinamento formal dos profissionais da equipe da APS, criação de médicos especialistas intermediários e enfermeiras treinadas, com aumento dos recursos da telemedicina o que pode garantir a qualidade da APS e integração melhor do sistema de saúde.

Unitermos: Epilepsia, saúde, atenção primária à saúde, educação médica, telemedicina.

ABSTRACT

Primary health care and epilepsy: Literature review

Introduction: The primary health care (PHC) makes possible the best health care coverage and also the care to the people with epilepsy (PWE). **Objectives:** To present evolutionary-conceptual aspects of PHC, their medical education implications, and the use of the telemedicine with repercussions in the PWE care. **Methodology:** Narrative review with the presented objectives. **Results:** People usually cared by family doctors are healthier, mainly due to the holistic approach; major health prevention emphasis and reduction of costs for seeking the specialists' attention just when necessary. Medical education and medicine labor market are gradually adapting to this health care profile. At the same time family doctors admit they are unprepared to care PWE it has been found out there are not enough neurologists to the appraisal and follow up of these clients. Telemedicine shows potential for distance health teaching, consulting and staff qualification helping to reduce the mentioned constraints. **Conclusion:** PWE care proposals in the Health Care System: formal training of the professionals' of PHC team, doctors' intermediate specialists and trained nurses creation, increasing of the resources of the telemedicine what can guarantee the quality of health care and provision of better integration of the system of health care.

Key words: Epilepsy, health, primary health care, medical education, telemedicine.

* Professor adjunto da Faculdade de Medicina e Cirurgia – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

** Professor adjunto da Faculdade de Medicina de Teresópolis – UNIFESO.

*** Aluna de mestrado da Pós-Graduação do Programa de Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

**** Professora associada da Faculdade de Medicina – Instituto de Neurologia Deolindo Couto, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Received Apr. 25, 2008; accepted June 27, 2008.

INTRODUÇÃO

O Institute of Medicine dos EUA define atenção primária à saúde (APS) como “a provisão de atenção médica integrada e acessível prestada por clínicos, responsáveis por grande parte da atenção clínica, desenvolvendo uma associação contínua com pacientes e praticando no contexto da família e da comunidade”.¹ É considerada um dos níveis e a espinha dorsal do sistema racional de atenção à saúde e apontada como a melhor opção de distribuição equitativa de serviços médicos ao privilegiar a prevenção através da educação sanitária, da profilaxia e da condução de transtornos considerados básicos, como hipertensão arterial, diabetes melito e parasitoses.¹⁻³

Murray (1994) apud Engel⁴ localiza a epilepsia em quarto lugar dentre as doenças cerebrais primárias, precedida pela depressão, dependência química e demência. Ainda nesse estudo, medindo os anos de vida limitados por incapacidade, a epilepsia corresponde a 1% desse total, equivalendo aos cânceres de pulmão no homem e de mama na mulher. Dados de um serviço de APS em Santiago, Chile, revelam os diagnósticos mais freqüentes em neurologia: síndrome de déficit da atenção, lombalgia-cervicalgia-dorsalgia, cefaléia, *epilepsia*, ombro doloroso, vertigem, traumatismo cranioencefálico, enurese, herpes zoster, demência, doença vascular cerebral e síncope. A prevalência de consultas em epilepsia e crises febris ocupa o quarto lugar, com taxa de 38/10 000.⁵

Inquéritos com pessoas com epilepsia (PCE) revelam que elas consideram ser mais eficaz o tratamento nas clínicas especializadas referidas pela APS, ao mesmo tempo em que prefere o atendimento pelo médico clínico geral. Tal escolha é baseada, respectivamente, na presunção de melhor conhecimento específico da matéria e pelo tratamento familiar.⁶

A epilepsia, classificada como doença crônica complexa, podendo afetar qualquer pessoa indiscriminadamente, é considerada uma questão de crescente preocupação para os planejadores em saúde pública.^{7,8} Estudos internacionais não são unânimes quanto à definição de critérios relativos ao atendimento das PCE: partindo do maior grau de expectativas temos acessibilidade ao médico, confirmação do diagnóstico, adequada prescrição de drogas antiepilépticas (DAE) seus efeitos colaterais e uso na gravidez, informações recebidas pelos médicos sobre a doença e aspectos sociais; aparece como principal crítica a falta de comunicação e informação dos médicos às PCE.⁶

No ano de 1977, a International League against Epilepsy (ILAE), o International Bureau for Epilepsy (IBE) e a World Health Organization (WHO) lançaram uma campanha internacional chamada Epilepsia fora das sombras, organizando projetos demonstrativos localizados na China, Senegal, Zimbábue e Argentina.⁹ A iniciativa visava

conhecer a prevalência de casos não tratados, auditorias dos programas de treinamento dos profissionais de saúde, identificação da repercussão econômica e psicossocial e erradicação de causas evitáveis. Essas informações foram propostas para serem utilizadas no desenvolvimento de programas públicos para epilepsia em todo o mundo em desenvolvimento como informa Engel.⁹ No Brasil, o Projeto Assistência à Saúde de Pacientes com Epilepsia (ASPE) é a executora oficial dessa campanha¹⁰ com um projeto de educação permanente, cujo objetivo principal é a capacitação de profissionais para o manejo integral de PCE e replicadores para ampliação dessa qualificação a profissionais de APS em todo o país. A avaliação do desfecho desse projeto demonstrou redução na freqüência de crises epilépticas e necessidade de um enfoque holístico para assistência de PCE, incluindo apoio psicossocial.¹¹

A lacuna de tratamento nos países em desenvolvimento, associada ao estigma e percepções equivocadas da epilepsia, contribuem em maior proporção para a morbidade e mortalidade do que as crises em si. Essa inadequação diagnóstica e terapêutica pode ser corrigida com educação pública para vencer o estigma, com incentivo de atitudes positivas para PCE e com treinamento profissional, resultando em redução dos gastos de saúde.^{7,9,11,12}

Em 2003, o Reino Unido anunciou prioridade e financiamento do tratamento de PCE na APS. Dentre as razões para esse incremento, está a importância do atendimento integral ao paciente, carência de neurologistas para orientação permanente dessa clientela e o aperfeiçoamento do diagnóstico diferencial dos eventos similares aos epilépticos, porém muito mais comuns, como a síncope orgânica ou psicogênica.¹³

A organização de serviços de saúde alicerçada no relatório Flexner, realizado em 1910 nos EUA, incentivava a especialização na prática médica, influenciando fortemente os currículos universitários de graduação. O resultado desse modelo foi uma política de saúde voltada para a ação curativa, dispendiosa e inacessível a maior parte da população. Tal doutrina provou, ao longo do século XX, sua inadimplência no aspecto preventivo das doenças.^{3,14}

No Brasil, entre 1970 e 1980, com a liderança da Associação Brasileira de Escolas Médicas iniciou-se a mudança de paradigma, tanto de docentes quanto de discentes, no sentido da compreensão das necessidades e vantagens da APS. A seguir, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde discutiu a Reforma Sanitária. Em 1988, com a Nova Constituição surgiu o conceito de “saúde como direito de todos e dever do Estado” e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Finalmente, em 1992, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) como diretriz do Ministério da Saúde, com proposta de implantar 20 000 equipes de APS nos três anos seguintes. Esse roteiro de eventos desafia as escolas médicas brasileiras, com maioria

de docentes especialistas, a adequarem seus currículos de graduação, atualmente considerados insuficientes para inserção imediata de seus egressos, de forma competente e respeitada, no mercado de trabalho.¹⁴

ATENÇÃO PRIMÁRIA: PREMISSAS

A primeira tentativa de organização da APS ocorreu nos Centros Comunitários de Saúde Americanos do início do século XX. Acredita-se que o registro mais antigo do termo atenção primária (primary care) foi encontrado no Dawson report (1920). Esse relatório oficial do Reino Unido projetou os centros de APS a tornar-se o âmago dos serviços regionalizados do país.¹

A APS corresponde ao nível básico da organização dos serviços de saúde, principalmente com ação informativa e preventiva.³ Outros níveis essenciais na organização da saúde são as atenções secundária e terciária. O nível secundário é de natureza consultiva, geralmente de curto prazo, colaborando com os médicos da APS, sendo o terciário para o atendimento de pacientes com transtornos não usuais.² Essas definições nos alertam sobre a questão da hierarquização de atendimento e a pouca precisão da situação do atendimento das PCE, especialmente no Brasil.

O estudo de Starfield¹ revela que a redução das taxas de mortalidade e morbidade gerais constitui-se nos indicadores mais sensíveis e explícitos da melhora da qualidade de vida obtidos com a implantação da APS em qualquer faixa socioeconômica. Ainda nesse estudo verifica-se que as unidades básicas de saúde (UBS) equipadas com médicos de família, ou internistas e/ou pediatras gerais, ao invés de especialistas, atingem o melhor desempenho relativo a esses índices. Esses demonstrativos qualificam a APS como a melhor opção de atenção à saúde concebida até o momento.

Em 1978, a Conferência Internacional de Alma-Ata, no Cazaquistão, promovida pela WHO, culminou com a “declaração de Alma-Ata” que propugna a APS como a principal estratégia para a promoção e assistência à saúde humana.³ Na verdade, a APS está associada com uma distribuição equitativa dos serviços de saúde, contrastando com a reduzida acessibilidade da assistência médica especializada.¹

Em alguns países a APS pode ser prestada por médicos de família enquanto que em outros coexistem médicos de família, clínicos e pediatras gerais.² Os programas de APS direcionados a populações desprovidas, em países menos desenvolvidos, têm tido sucesso, reduzindo os hiatos de saúde entre essas populações e aquelas com maiores vantagens sociais.¹ Dentre os países em desenvolvimento, destaca-se Cuba que optou pelo investimento preferencial na estruturação da APS. O modelo cubano de atendimento (1984) é alicerçado na medicina de família.¹⁴ No Brasil, a

primeira tentativa de estruturar a APS surgiu no Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) de 1984; em seguida no Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 e; finalmente, no Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990.^{3,15} O PSF surgiu em 1992, com enorme potencial para estruturar de forma consistente a APS.³ A APS abrange ações básicas como a educação preventiva de doenças, orientação sanitária, imunizações, combate às enfermidades endêmicas locais, tratamento das doenças e traumatismos mais comuns e provisão de medicamentos essenciais.³

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E EPILEPSIA

A APS de PCE não tem uniformidade de atendimento, mesmo em sistemas de saúde mais organizados do que o brasileiro, como o britânico.¹⁶ A maioria dos clínicos gerais possui conhecimentos insuficientes relativos à epilepsia e às novas DAE. Esses profissionais raramente alteram as doses das DAE e somente após a orientação do especialista se sentem mais seguros no acompanhamento de PCE.¹⁶⁻¹⁸ A falta de conhecimentos específicos, relativos à epilepsia, por parte dos médicos clínicos gerais, imprime um diferencial em relação às outras doenças crônicas. Observações indicam reduzido número de PCE visitando regularmente esses médicos para revisões regulares e organizadas; cerca de 50% os procuram apenas quando precisam, revelando serem os cuidados à epilepsia na APS prestados sem a devida estruturação.¹⁶ Outro estudo, referido em revisão sistemática, revela expressivo número de pacientes ausentes das consultas em doze meses de intervalo, onde 74,5% apresentavam doença controlada e 14,1% compunham casos de difícil controle. Esse conjunto de variáveis fornece ponto de partida para o estabelecimento da frequência ideal de consultas às PCE.⁶

De acordo com Rajpura e Sethi¹⁷ a falta de conhecimentos dos médicos clínicos para o atendimento de PCE justifica-se pelo número reduzido de casos atendidos por ano, impedindo-os assim, de desenvolverem as habilidades necessárias ao aperfeiçoamento diagnóstico e terapêutico. Ainda neste trabalho, duas recomendações são formuladas: 1. os generalistas devem iniciar o tratamento caso o paciente não tenha pronto acesso ao especialista; 2. as PCE não refratárias ao tratamento farmacológico, requerendo controles periódicos de baixa complexidade, podem ser acompanhadas por especialistas intermediários, isto é, médicos da APS com treinamento adicional para gerenciar a epilepsia. Os profissionais da APS podem necessitar de inter-consulta com neurologistas e/ou epileptologistas devido à lacuna de conhecimentos anteriormente apontada.⁷

O papel dos especialistas em epilepsia constitui-se em importante recurso para supervisão das PCE, distinguindo com precisão eventos não epiléticos mal diagnosticados,

daqueles de natureza epiléptica.⁷ No momento em que o plano de tratamento for considerado efetivo, os pacientes podem ser seguidos pelos médicos da APS. Entretanto, duas situações orientadas pela National Association of Epilepsy Centers dos EUA, devem ser observadas, segundo Lesser (1994) apud Montouris:¹⁹ em três meses de tratamento não efetivo com o generalista, o paciente deve ser referido a um neurologista e após nove meses sob a atenção de um neurologista, não logrando ainda efetividade, deve ser encaminhado a um epileptologista.

O ideal, mas não frequentemente viável, é que todo o paciente com suspeita de epilepsia seja referido ao especialista para diagnóstico. Estima-se que 60-70% dos pacientes obterão controle de suas crises, podendo então retornar aos seus médicos da APS, para continuidade do seu tratamento.¹⁷

O número insuficiente de especialistas enseja a possibilidade do estabelecimento de médicos generalistas com treinamento adicional para um controle satisfatório das PCE, no papel de especialista intermediário, capazes de reconhecer necessidades específicas de grupos especiais de pacientes, tais como, crianças, idosos e mulheres.^{17,20,21} Esses médicos em união às enfermeiras constituir-se-iam no modelo ideal de atendimento a essa clientela.¹⁷ A participação da enfermeira treinada no atendimento das PCE é atualmente estimulada com destaque principal em prover informações, aconselhamento, suporte e coordenação da atenção entre os níveis primários e secundários.^{22,23}

A descoberta das novas DAE retirou do cenário terapêutico opções como o fenobarbital. Entretanto, esse é o medicamento de escolha da WHO e dos países em desenvolvimento, provavelmente devido ao reduzido custo, apesar de efeitos colaterais, como hiperatividade e déficit de atenção, nas crianças.²⁴ O trabalho de Wang²⁵ aponta essa droga como a de melhor custo-efetividade. Ele relata a administração desse medicamento, a noventa e seis pacientes (crianças e adultos) sofrendo crises parciais e generalizadas, obtendo 80% de controle de crises por pelo menos cinco meses e um adicional de 16% de pacientes revelando expressiva redução na frequência das crises. Nessa mesma série houve reduzidos efeitos colaterais e nenhum caso de intoxicação por superdose. Mielke²⁴ ressalta que experiência única de muitos neurologistas praticando em países em desenvolvimento revela alarmante melhora cognitiva após a suspensão do fenobarbital, não havendo qualquer efeito colateral prévio suspeitado por anos.

EVOLUÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA

O trabalho do Professor Abraham Flexner, realizado em 155 escolas médicas americanas, influenciou o currículo médico com negação do contexto social e não permitindo espaço para os Centros Comunitários de Saúde.³ A ligação da reforma Flexner com a expansão

tecnológica adiou por quatro décadas essa iniciativa. A doutrina de Flexner foi responsável pelos aumentos exponenciais dos gastos de saúde, ao mesmo tempo em que tornava inacessível uma cobertura ampla, devido ao já citado incentivo da especialização médica.³ Segundo Mendes (1993) apud Aleixo²⁶ esse trabalho pregava uma série de idéias como “o mecanicismo (homem comparável à máquina), o biologismo (predominância da natureza biológica das doenças), o individualismo (exclusão dos aspectos sociais), o especialismo (superespecialização do médico), a tecnificação precoce e crescente do ato médico e a ênfase na medicina curativa”. De acordo com Tracy²⁷ a Medicina Baseada em Evidências (MBE) surgiu como um modelo que influenciou o ensino e a prática da medicina. A maioria da literatura e das Escolas Médicas valoriza a MBE, mas existem críticas a ela como as de Tanenbaum (1993)²⁸ e Lancet (1995).²⁹ Eles consideram que a MBE emergiu com conceitos reducionistas devido à estreita definição de evidência: prescindia de justificativas empíricas, ignorava a legitimidade da experiência e do julgamento clínico, nutria confiança excessiva na epidemiologia e na estatística, não considerava os valores dos pacientes e não apresentava especificidade suficiente para alguns aspectos da medicina clínica como a APS. No entanto, há de se ressaltar que na definição da MBE, as evidências (externas) a serem utilizadas não prescindem dos interesses dos pacientes, nem da experiência clínica do profissional.³⁰

O estudo de Lampert (2001)¹⁴ do currículo universitário de graduação e dos fatores relevantes para determinação da formação do profissional médico leva à inferência de que até o início dos anos de 1990 a maioria das escolas médicas brasileiras favorecia implicitamente à formação de especialistas. Essa orientação se devia ao sucesso da utilização da tecnologia aplicada à medicina, necessária ao atendimento secundário e terciário, determinando um paradigma de efetividade e distinção por dominar e exercitar esses recursos tecnológicos.¹⁴ Apesar da idéia inicial da integração docente-assistencial, em 1976 e da expansão do PSF desde 1992, existia resistência ao crescimento da APS devido à supervalorização da especialização médica no mercado de trabalho.¹⁴ Afirmou ainda o mencionado autor que a modificação do modelo de atenção à saúde precisa ter os seus esteios nos órgãos formadores, especialmente escolas de medicina e para efetiva mudança conceitual, há necessidade de reformulação e adequação de seus currículos, valorizando a APS.

Tendências mundiais, principalmente alicerçadas na Declaração Universal de Direitos Humanos,³¹ em consonância com a Reforma da Constituição Brasileira de 1988, põem em relevo direitos e necessidades de modificar os cenários da educação médica e da saúde. No final da década de 1950 até a década de 1960, houve a estruturação dos serviços de medicina geral e da família na Inglaterra,

Estados Unidos e Canadá, configurando expressiva contribuição para o enftretamento da especialização da medicina.¹⁴

A INFLUÊNCIA DA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM EPILEPSIA NA APS

Podem-se definir dois tipos de atuação da enfermagem na APS: monitoramento de pacientes e acompanhando da sua aderência ao tratamento e à frequência de consultas. Outras atribuições seriam informes sobre a possibilidade de condução de automóveis e, orientações, quando for o caso, quanto à abstenção de bebidas alcoólicas e participação nos grupos de mútua ajuda. A enfermagem especializada exerce um papel educativo para os pacientes alertando sobre fatores desencadeantes e limites da epilepsia. Ela também fornece treinamento à enfermagem não especializada e atua como mediadora entre o paciente e o especialista.^{23,32}

Evidências fornecem a hipótese de que quando a enfermagem oferece aconselhamento e atenção, as PCE sentem-se mais satisfeitas, reduzindo medos, ansiedades e depressões.^{14,19} O estudo de Mills et al. (2002) reforça essa hipótese quando enuncia que a principal expectativa das PCE, em relação ao serviço de enfermagem especializada, é uma comunicação efetiva e não uma contribuição para o controle de suas crises.²²

RECURSOS DE MÍDIA: A ERA DIGITAL

A implantação de estratégias para o atendimento de PCE na APS é fundamental. Uma delas é a da disseminação de condutas clínicas. No Reino Unido, o controle de PCE tem sido favorecido pela criação de diretrizes clínicas como as do Scottish Intercollegiate Guidelines Network.¹³ A criação dessas diretrizes lastreia-se em evidências, direcionadas ao diagnóstico e tratamento de adultos com epilepsia e, voltadas para o atendimento primário e secundário desta clientela.¹³ Praticidade e rapidez na qualificação da equipe de saúde para esse atendimento estão no ensino e consultoria à distância. Os avanços da informática favorecem o acesso às informações e tomada de decisões em medicina, porém o conhecimento a ser acessado é volumoso, tornando-se especialmente problemático para o médico que tem um amplo espectro de condições médicas a lidar. Há de se selecionar os recursos disponíveis, tais como: 1. endereços da Internet (URL) que provêm recursos para cuidados à saúde ou educação médica continuada; 2. computadores portáteis que disponibilizam dados clínicos dos pacientes e materiais de leitura o que potencialmente diminuiria a incidência de erros médicos e; 3. Telemedicina com grande potencial tanto para o atendimento à distância da população quanto para o ensino médico.³³

Define-se telemedicina como prática clínica onde o médico e o paciente não estão no mesmo lugar, utilizando moderna tecnologia de comunicação, agora no estágio

da Internet,³⁴ prestando-se principalmente à educação, diagnóstico, consulta e terapia.³⁵ Basicamente, a telemedicina pode ser usada na consulta de duas maneiras: pela interação em tempo-real (teleconferência) ou de forma assíncrona, onde os dados do paciente são enviados ao especialista por meios eletrônicos, posteriormente retornando com sugestões diagnósticas e terapêuticas.³³ A epilepsia, como doença neurológica crônica mais comum e grave pode servir de modelo ao uso da telemedicina em neurologia, recurso ainda subutilizado nesta área.³⁵

A telemedicina revela sua utilidade para comunicação à distância nas áreas rurais ou no interior. Através de videoconferências, o especialista pode orientar o médico generalista ou o profissional de enfermagem. O treinamento desse último orienta a realização de exames complementares e mesmo um exame neurológico objetivo, uma vez que o exame físico pormenorizado é prescindível nas PCE no período intercrrítico.³³⁻³⁶

RESULTADOS

Segundo Starfield et al. (2005), pessoas que identificam o médico de família como sua fonte habitual de cuidados são mais saudáveis, não importando o nível inicial de saúde ou variações demográficas.¹ Partindo dessa premissa, verificasse a necessidade de informar à população as vantagens desse modelo de saúde. Uma proposição viável seria a introdução nos currículos de ensino pré-universitários, conteúdos explicativos sobre a APS.

A APS pode ter impacto na saúde da população por seis razões principais, segundo Starfield et al. (2005):¹ 1. maior acesso aos serviços necessários; 2. melhor qualidade de cuidado; 3. maior ênfase em prevenção; 4. administração precoce de problemas de saúde; 5. efeito cumulativo das características principais da prestação da atenção primária; 6. relevante papel da APS em reduzir a desnecessária e potencialmente perigosa atenção dos especialistas. Nesse caso autores como Franks, Clancy e Nutting (1992);³⁷ Sox (1996)³⁸ e Hashem, Chi e Friedman (2003),³⁹ advertem sobre o perfil do especialista acostumado a lidar com situações de saúde mais graves, superestimando a probabilidade de doença na APS, gerando o uso inapropriado de recursos diagnósticos e terapêuticos, elevando custos e a chance de surgir efeitos colaterais.

O controle de doenças crônicas gerenciadas pela APS leva a menor necessidade de consultas especializadas devido à prevenção e detecção de enfermidades nos estágios preliminares, impedindo desdobramentos. Tal efeito substitutivo não eleva o índice de internações hospitalares.⁴⁰

Os médicos da APS são fundamentais no atendimento da PCE, pois até mesmo na nação mais rica do planeta, apenas 17% dos pacientes com epilepsia inicial são examinados por neurologistas, segundo Smith e Buelow (1996).⁴¹ Con-

clui-se que não existem especialistas em número suficiente para o atendimento direto dessa clientela.¹²

O perfil afetivo, característico dos profissionais de enfermagem, põe em relevo qualidades facilitadoras a sua inserção na APS, sendo capaz de alcançar um relacionamento com pacientes, que boa parte dos médicos não consegue.²² Advindo daí um possível adicional terapêutico pela erradicação de medos e tensões na clientela.

A proposição de um plano de capacitação intermediário em epilepsia para os médicos clínicos da UBS entra em concordância com a observação de visitas irregulares e mal estruturadas das PCE na APS.^{13,14}

A valorização da enfermagem especializada no atendimento de PCE revela-se com a empatia pela situação do paciente e a provisão de informações, referendando seu papel de ligação entre o médico da APS e o paciente.²² No Brasil, seria de grande utilidade a enfermagem especializada em epilepsia, que viesse a complementar o trabalho do médico generalista, exceto nas alterações de dose das DAE.

Apesar das controvérsias sobre efeitos colaterais, o fenobarbital, no momento, continua sendo a melhor opção para utilização na APS, com eficaz controle dos tipos de crise a ele sensíveis. Ao contrário das novas DAE, ele é utilizado há muitas décadas e seus efeitos colaterais foram extensamente observados, sendo improváveis novas iatrogenias. Esses aspectos são considerados no artigo de Wang.²⁵

A utilização dos sistemas de informação e vídeo-comunicação pode reduzir a intervenção direta de especialistas na APS. Isso tem sido mais notavelmente estabelecido no Reino Unido e Holanda, como refere Starfield (2005).¹

Apesar das diversas vantagens apontadas na condução da epilepsia, existem controvérsias sobre a efetividade da telemedicina devido a diferentes metodologias de ação. Rasmusson e Hartshorn (2005)³⁶ consideram não haver diferença estatisticamente significativa quando são analisados frequência de crises, atendimentos de emergência e aderência ao tratamento das PCE conduzidas por telemedicina. Misra (2005)³⁵ revela ineficiência nos atendimentos, resultando um custo por paciente 46,53% maior; aponta também fragilidades no método pelo perigo de acesso não autorizado às fichas médicas, com potencialidade de graves repercussões legais.

CONCLUSÕES

O atendimento às PCE na APS é meta importante pelas suas características de custo-efetividade e aumento da cobertura de atendimento. Acreditamos que seja adequada a ênfase nesse tipo de atenção à saúde em países em desenvolvimento.

O especialista não pode ser encarregado da avaliação inicial dos pacientes na APS e existe uma lacuna de

conhecimentos do médico da família relativa à epilepsia prejudicando a saúde e o controle das PCE. Propõe-se conjugar os recursos da telemedicina e a capacitação formal da equipe de profissionais da APS, com a pós-graduação de médicos em especialistas intermediários e enfermeiras especialmente treinadas, garantindo um atendimento com adequação diagnóstica e terapêutica e estabelecer integração desse atendimento à rede de serviços de saúde complementar.

A capacitação ideal do médico da família ainda está por ser estabelecida, devendo-se oferecer conhecimentos suficientes para conduzir problemas complexos de saúde como a epilepsia, mantendo as características de integralidade do atendimento.

No Brasil, O SUS preconiza a universalidade, equidade, hierarquização, participação social e integralidade do atendimento à população e o PSF propõe sua viabilização. Para haver efetividade, há necessidade de integração desse programa à rede de serviços complementares de saúde, de forma a assegurar a referência e contra-referência quando necessário.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
2. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet.* 1994;344(8930):1129-33.
3. Aleixo, JLM. Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública.* 2002; 1(1):1-16.
4. Murray CJL, Lopez AD, eds. *Global Comparative Assessment in the Health Sector; Disease Burden, Expenditures, and Intervention Packages.* Geneva: World Health Organization, 1994.
5. Lavados PM, Gomez V, Sawada M, Chomali M, Alvarez M. Neurological diagnostics in primary health care in Santiago, Chile. *Rev Neurol.* 2003;36(6):518-22.
6. Müller VT, Gomes MM. Pacientes com Epilepsia: Satisfação com os serviços de atenção à saúde? *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2008;14(1):17-22.
7. Montouris GD. How will primary care physicians, specialists, and managed care treat epilepsy in the new millennium? *Neurology.* 2000;55(11 Suppl. 3):S42-4.
8. Janca A, Prilipko L, Costa e Silva JA. The World Health Organization's work on public health aspects of neurology. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1997;63(Suppl. 1):S6-7.
9. Engel J. Bringing epilepsy out of the shadows. *Neurology* 2003;60:1412.
10. Projeto de Capacitação em Epilepsia: capacitar e replicar. Programa de Nucleação de Pólo Permanente de Educação em Epilepsia no Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://www.aspebrasil.org/educ_permanente.asp>. Acesso em: 12 abr. 2008.
11. Li LM, Fernandes PT, Noronha AL, Marques LH, Borges MA, Borges K, Cendes F, Guerreiro CA, Zanetta DM, de Boer HM, Espíndola J, Miranda CT, Prilipko L, Sander JW. Demonstration project on epilepsy in Brazil: outcome assessment. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007;65(Suppl 1):58-62.
12. Kale R. Bringing epilepsy out of the shadows. Wide treatment gap needs to be reduced. *BMJ.* 1997;315:2-3.
13. Davis J, Roberts R, Davidson DL, Norman A, Ogston S, Grimshaw JM, Davey P, Grant J, Ruta D. Implementation strategies for a Scottish national epilepsy guideline in primary care: results of the Tayside

- Implementation of Guidelines in Epilepsy Randomized (TIGER) trial. *Epilepsia*. 2004;45(1):28-34.
14. Lampert JB. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. *Rev Bras Educ Médica*. 2001;25(1):7-19
 15. Collins C, Araujo J, Barbosa J. Decentralizing the health sector: issues in Brazil. *Health Policy*. 2000;52(2):113-27.
 16. Chappell B, Smithson WH. Patient views on primary care services for epilepsy and areas where additional professional knowledge would be welcome. *Seizure*. 1998;7(6):447-57.
 17. Rajpura A, Sethi S. Evidence-based standards of care for adults with epilepsy-a literature review. *Seizure*. 2004;13(1):45-54.
 18. Müller VT, Gomes MM. Questionnaire study on referral patterns and primary care physicians' perceptions of epileptic patients in a Brazilian city, 2005. *Pan Am J Public Health*. 2007;22(1).
 19. Lesser RP. The role of epilepsy centers in delivering care to patients with intractable epilepsy. *Neurology*. 1994;44:1347-52.
 20. Leppik IE. Treatment of epilepsy in 3 specialized populations. *Am J Manag Care*. 2001;7(7 Suppl.):S221-6.
 21. Sirven JI, Ozuna J; Epilepsy Foundation of America. Diagnosing epilepsy in older adults: what does it mean for the primary care physician? *Geriatrics*. 2005;60(10):30-5.
 22. Mills N, Campbell R, Bachmann MO. What do patients want and get from a primary care epilepsy specialist nurse service? *Seizure*. 2002;11(3):176-83.
 23. Ridsdale L. The effect of specially trained epilepsy nurses in primary care: a review. *Seizure*. 2000;9(1):43-6.
 24. Mielke J. Phenobarbital for convulsive epilepsy at primary care level. *The Lancet Neurology*. 2006;5(1):17-8.
 25. Wang WZ, Wu JZ, Ma GY, Dai XY, Yang B, Wang TP, Yuan CL, Hong Z, Bell GS, Prilipko L, Boer HM, Sander JW. Efficacy assessment of phenobarbital in epilepsy: a large community-based intervention in rural China. *Lancet Neurol*. 2006;5(1):46-52.
 26. Mendes EV. Distrito sanitário; o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1993.
 27. Tracy CS, Dantas GC, Upshur RE. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Fam Pract*. 2003;4:6-14.
 28. Tanenbaum SJ. What physicians know. *N England J Med*. 1993;329:1268-71.
 29. The Lancet. Evidence-based medicine, in its place. *Lancet*. 1995;346:785.
 30. Gomes MM. Um novo modelo de prática clínica. In: Gomes MM (org.). *Medicina baseada em evidências: princípios e práticas*. 2ª ed. São Paulo: Reichmann e Autores Editores; 2006. p. 19-35.
 31. United Nations. Universal Declaration of Human Rights, December 1948. Disponível em: <<http://www.un.org/Overview/rights.html>>. Acesso em: 12 abr. 2008.
 32. Scambler A, Scambler G, Ridsdale L, Robins D. Towards an evaluation of the effectiveness of an epilepsy nurse in primary care. *Seizure*. 1996;5:255-8.
 33. Nesbitt TS, Jerant A, Balsbaugh T. Equipping primary care physicians for the digital age. The Internet, online education, handheld computers, and telemedicine. *West J Med*. 2002;176(2):116-20.
 34. Patterson V, Bingham E. Telemedicine for epilepsy: a useful contribution. *Epilepsia*. 2005;46(5):614-5.
 35. Misra UK, Kalita J, Mishra SK, Yadav RK. Telemedicine in neurology: underutilized potential. *Neurol India*. 2005;53(1):27-31.
 36. Rasmusson KA, Hartshorn JC. A comparison of epilepsy patients in a traditional ambulatory clinic and a telemedicine clinic. *Epilepsia*. 2005;46(5):767-70.
 37. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping Revisited-Protecting Patients from Overtreatment. *New England Journal of Medicine*. 1992;327:424-9.
 38. Sox HC. Decision-Making: A Comparison of Referral Practice and Primary Care. *Journal of Family Practice*. 1996;42(2):155-60.
 39. Hashem A, Chi MTH, Friedman CP. Medical Errors as a Result of Specialization. *Journal of Biomedical Informatics*. 2003;36(1-2):61-9.
 40. Fortney JC, Steffick DE, Burgess JFJ, Maciejewski ML, Petersen LA. Are Primary Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Services? *Health Services Research*. 2006;40(5), Part I:1422-42.
 41. Smith MC, Buelow JM. Epilepsy. *Dis Month*. 1996;42(11):729-827.

Endereço para correspondência:

Jorge Kede
 Rua Silva Ramos, 32 – Tijuca
 CEP 20270-004, Rio de Janeiro, RJ, Brasil