

# Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia

## Epidemiologic aspects and relevance of mental disorders associated with epilepsy

José Gallucci Neto,<sup>1</sup> Renato Luiz Marchetti<sup>2</sup>

### Resumo

*Epilepsia é o mais freqüente transtorno neurológico sério, atingindo 50 milhões de pessoas no mundo, 40 milhões delas em países em desenvolvimento. Embora seja um problema predominantemente tratável, nestes países a maioria dos pacientes permanece sem tratamento. Provavelmente, uma das principais causas para isto seja o estigma que atinge as pessoas com epilepsia. Tal fato se agrava ainda mais quando à epilepsia se associam os transtornos mentais, que ocorrem com prevalência aumentada. Os pacientes com epilepsia e transtornos mentais sofrem o que chamamos de “duplo estigma”, que freqüentemente os deixa sem tratamento. É provável, particularmente em países em desenvolvimento, que psiquiatras se defrontem com pacientes com epilepsia nos diferentes locais de atendimento. O presente estudo tem como objetivo revisar a epidemiologia dos transtornos mentais associados à epilepsia, determinando a lacuna de tratamento e o impacto destes transtornos na qualidade de vida dos pacientes.*

**Descritores:** Epilepsia/epidemiologia; Transtornos mentais/epidemiologia; Saúde pública; Efeitos psicossociais da doença; Qualidade de vida

### Abstract

*Epilepsy is the most common serious neurological disorder. Worldwide, around 50 million people have epilepsy, 40 million of which in developing countries. Though epilepsy is predominantly treatable, most patients in these countries remain without treatment. It is likely that one of the main reasons is the stigma associated with epilepsy. This problem increases when mental disorders are associated with epilepsy, a fairly frequent occurrence. Patients with epilepsy and mental disorders are exposed to a “double stigma”, which frequently leads to complete absence of treatment. It is probable that, particularly in developing countries, psychiatrists will be involved with the treatment of people with epilepsy. Our purpose was to review the epidemiology of mental disorders associated with epilepsy, its treatment gap and impact upon quality of life of the patients.*

**Keywords:** Epilepsy/epidemiology; Mental disorders/epidemiology; Public health; Cost of illness; Quality of life

<sup>1</sup> Projeto de Epilepsia e Psiquiatria (PROJEPSI), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil

Financiamento: Inexistente  
Conflito de interesses: Inexistente  
Recebido: 29 Novembro 2004  
Aceito: 18 Março 2005

### Correspondence

José Gallucci Neto  
PROJEPSI - Instituto de Psiquiatria – HC – FMUSP  
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, s/nº  
05403-010 São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: gallucci@hcnet.usp.br

## Introdução

Epilepsia é o mais freqüente transtorno neurológico sério, atingindo 50 milhões de pessoas no mundo, 40 milhões delas em países em desenvolvimento. Pessoas de todas as raças, sexos, condições socioeconômicas e regiões são acometidas.<sup>1</sup> Elas podem sofrer conseqüências profundas, incluindo morte súbita, ferimentos, problemas psicológicos e transtornos mentais.<sup>2</sup> Também à epilepsia se associam problemas sociais e econômicos. Pode ser considerado um problema significativo de saúde pública.<sup>3-4</sup>

A presença de epilepsia é definida pela recorrência de crises epilépticas (pelo menos duas) espontâneas – não provocadas por febre, insultos agudos do Sistema Nervoso Central (SNC) ou desequilíbrios tóxico-metabólicos graves. A classificação de crises epilépticas se baseia na sua descrição clínica e nos achados eletroencefalográficos (EEG): elas são divididas em crises parciais (CP) ou crises generalizadas (CG). As CP apresentam evidências clínicas e ou eletroencefalográficas de um início local (foco), enquanto as CG não apresentam qualquer evidência neste sentido (manifestações clínicas e EEG indicam envolvimento inicial simultâneo e generalizado de ambos os hemisférios). As CP são subdivididas em crises parciais simples (CPS), sem alteração da consciência, e crises parciais complexas (CPC), com alteração da consciência. As diferentes condições neurológicas que têm em comum a recorrência de crises epilépticas são organizadas e classificadas em síndromes epilépticas. Na classificação das síndromes, separam-se epilepsias generalizadas (com CG) de epilepsias parciais ou focais (com CP), que são classificadas pela topografia – por exemplo, epilepsia do lobo temporal (ELT). Em seguida, separam-se epilepsias sintomáticas ou “secundárias” (etiologia conhecida) das idiopáticas (suposta causa hereditária) e das criptogênicas (supostamente sintomáticas, mas sem etiologia conhecida).<sup>5</sup> Os diagnósticos de crises e síndrome são necessários para a realização de tratamentos bem sucedidos. No entanto, a maioria dos estudos epidemiológicos ainda não é expressa em termos sindrômicos.

## Epidemiologia da epilepsia

### 1. Estudos internacionais

As taxas de incidência anual de epilepsia na maioria dos estudos oscilam entre 40 e 70/100.000,<sup>6</sup> se elevando para 122 a 190/100.000 nos países em desenvolvimento.<sup>7</sup> Estas altas taxas nos países em desenvolvimento são, em grande medida, atribuíveis a causas parasitárias (principalmente neurocisticercose), infecções intracranianas virais ou bacterianas, tocotraumatismo, traumatismo cranio encefálico (TCE) e doenças cerebrovasculares.<sup>1,8-11</sup>

Na maioria dos estudos internacionais, as taxas de prevalência pontual de epilepsia ativa na população geral ficam entre 0,4% e 1% e as de prevalência de vida entre 1,5% e 5%.<sup>6</sup> Aspectos genéticos, fatores de risco relacionados ao meio ambiente e metodologia de pesquisa influenciam a prevalência. Estudos em pequena escala, ou envolvendo populações isoladas ou selecionadas em países em desenvolvimento, acharam altas taxas de prevalência.<sup>12-13</sup> Mas estudos em larga escala em países em desenvolvimento apontaram taxas de prevalência semelhantes às de países desenvolvidos.<sup>7,14</sup>

### 2. Epidemiologia da epilepsia no Brasil

Há poucos estudos sobre prevalência e não há estudos publicados sobre incidência de epilepsia no Brasil. Almeida Fi-

lho estudou a população do bairro de Amaralina de Salvador-BA, que na época contava com 27 mil habitantes, e encontrou taxa de prevalência de epilepsia ativa de 0,1%, surpreendentemente baixa para os padrões latino-americanos.<sup>15</sup> Da Costa et al., em estudo populacional em Porto Alegre, estimaram que 0,2 a 2% da população devem apresentar uma ou mais crises durante a vida.<sup>16</sup> Marino Jr. et al. encontraram uma taxa de prevalência de epilepsia de 1,19% na grande São Paulo.<sup>17</sup>

Fernandes et al. encontraram uma taxa de prevalência de 1,65% de epilepsia ativa e 2,03% de epilepsia inativa em Porto Alegre.<sup>12</sup> Borges et al. estudaram a comunidade dos índios Bakairi residentes às margens do rio Paranatinga, afluente do rio Xingu. A prevalência de foi de 1,2% para epilepsia ativa e de 0,6% para inativa.<sup>18</sup>

A população estimada atualmente no Brasil pelo IBGE é de 177.450.609 pessoas.<sup>19</sup> Baseados nos estudos internacionais, poderíamos então inferir aproximadamente 340 mil casos novos ao ano (estimativa de incidência anual de 190/100.000), 1,8 milhões de pessoas com epilepsia ativa (estimativa de 1% de prevalência pontual) e 9 milhões de pessoas que já apresentaram crises epilépticas alguma vez nas suas vidas (estimativa de 5% de prevalência de vida).

## Relevância da epilepsia como problema de saúde pública

### 1. Impacto econômico da epilepsia

O impacto econômico da epilepsia se tornou um assunto importante em anos recentes. Várias das novas drogas antiepilépticas (DAE) têm um custo mais de 100 vezes superior ao do fenobarbital e 10 a 20 vezes superior ao da fenitoína e carbamazepina.<sup>20</sup> O custo do tratamento pelas DAE é, entretanto, apenas uma pequena parte da “conta” global. Custos indiretos (custos de morbidade, benefícios, mortalidade excessiva, pensões, desemprego, dias de trabalho perdidos e outros custos sociais), assim como custos relacionados ao tratamento, particularmente hospitalização, são muito mais significativos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) calculou o impacto global das doenças: epilepsia foi estimada como responsável por 1% dos dias perdidos com doenças em todo o mundo.<sup>21</sup>

### 2. Prognóstico

Aproximadamente três quartos das pessoas que desenvolvem epilepsia podem se tornar livres de crises através do uso de DAE.<sup>22</sup> Muitas podem, eventualmente, ter a sua medicação retirada após algum tempo, mas outras precisarão dar continuidade ao tratamento por tempo indefinido.

Estudos baseados em comunidades e em populações mais selecionadas consistentemente revelam que as pessoas com epilepsia têm uma mortalidade duas a três vezes superior à da população geral.<sup>23</sup>

### 3. Lacuna de tratamento

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.<sup>24</sup> Ela foi estimada como variando entre 60 e 90% nos países em desenvolvimento.<sup>24-25</sup>

Vários fatores têm sido apontados como responsáveis pela lacuna de tratamento, não se restringindo a apenas um setor

social em particular, mas envolvem perspectivas econômicas, políticas e culturais. Estes fatores são os seguintes: falta de conhecimento sobre as causas e o tratamento da epilepsia; crenças culturais e estigma (abordado abaixo), que podem contribuir para níveis insatisfatórios de procura e/ou adesão a serviços de saúde; distância e dificuldades de acesso a centros especializados e estruturação inadequada da oferta de serviços básicos e especializados; falta de priorização da epilepsia como problema de saúde pública, o que pode se agravar em países em desenvolvimento submetidos a programas de ajuste econômico estrutural; disponibilidade e suprimento restritos de DAE, em função dos altos custos.<sup>1,24-28</sup>

#### 4. Desconhecimento e estigma

A epilepsia foi freqüentemente considerada uma doença provocada por causas sobrenaturais. Por séculos, pessoas com epilepsia foram mantidas afastadas do resto da sociedade. Nos Estados Unidos, exclusão de pessoas com epilepsia de locais públicos e leis eugênicas proibindo o casamento de pessoas com epilepsia existiam até a década de 70. Havia 18 estados com leis eugênicas de esterilização de pessoas com epilepsia até o ano de 1956. No Reino Unido, leis proibindo o casamento de pessoas com epilepsia foram abolidas apenas em 1970. Em algumas partes da Ásia, são ainda práticas comuns negação ou anulação do casamento por causa de epilepsia. Na China, 31% das pessoas pesquisadas recentemente consideraram que pessoas com epilepsia não deveriam ser empregadas.<sup>29-30</sup> Este estigma imposto sobre pessoas com epilepsia afeta as suas famílias, vida social, emprego, perspectivas conjugais e auto-estima. A consequência é que as pessoas com epilepsia comumente escondem o seu problema e podem deixar de procurar tratamento médico e aderir corretamente a este, contribuindo de maneira significativa para a lacuna de tratamento.<sup>31-32</sup>

Em 1997, a OMS, em associação com a *International League Against Epilepsy* (ILAE) e o *International Bureau for Epilepsy* (IBE) lançou uma campanha global para "retirar a epilepsia das sombras".<sup>33</sup> Os objetivos da campanha são: 1) Aumentar a consciência pública e profissional da epilepsia como uma condição tratável; 2) Melhorar a aceitação pública da epilepsia; 3) Promover educação pública e profissional sobre epilepsia; 4) Identificar as necessidades regionais e nacionais das pessoas com epilepsia; 5) Encorajar governos e departamentos de saúde a considerar as necessidades das pessoas com epilepsia, incluindo conscientização, educação, diagnóstico, tratamento, cuidados, serviços e prevenção.

#### Panorama geral dos transtornos mentais e epilepsia

Do ponto de vista de saúde pública, a OMS inclui a epilepsia no capítulo dos transtornos mentais. Esta inclusão está baseada nos seguintes argumentos: embora de maneira errada, epilepsia tem sido historicamente considerada como uma doença mental e ainda o é em muitas sociedades. Como aquelas que apresentam transtornos mentais, as pessoas com epilepsia sofrem estigma e, quando deixadas sem tratamento, sofrem graves disfunções. O tratamento da epilepsia está freqüentemente sob a responsabilidade de profissionais da saúde mental, devido à grande prevalência e à relativa ausência de serviços neurológicos especializados, especialmente em países em desenvolvimento. Além disso, muitos países têm leis que impedem os indivíduos com doenças mentais e os com epilepsia de assumirem certas responsabilidades civis.<sup>34</sup>

Além dos argumentos apresentados pela OMS, devemos lem-

brar que epilepsia é um problema do sistema nervoso central, cuja expressão clínica inclui sintomas cognitivos e psiquiátricos em concomitância com crises epiléticas. Pacientes com epilepsia apresentam transtornos mentais, costumeiramente classificados em peri-ictais (pré-ictais, ictais, pós-ictais, paraictais e alternantes), com ocorrência temporalmente associada às crises epiléticas e interictais, com ocorrência não temporalmente associada às crises epiléticas.<sup>2</sup>

A causalidade destes transtornos mentais é complexa e envolve não só efeitos biológicos e sociais da epilepsia, mas também do seu tratamento, como, por exemplo, o efeito psicotóxico das DAE (como vigabatrina provocando psicose).<sup>35</sup>

#### Epidemiologia dos transtornos mentais associados à epilepsia

##### 1. Estudos internacionais

Estudos epidemiológicos populacionais demonstraram uma prevalência de transtornos mentais de 28,6 a 58,3% para crianças<sup>36</sup> e de 19 a 52% em adultos.<sup>37-38</sup> Estudos em clínicas gerais apontaram para uma prevalência de 29 a 48% em adultos com epilepsia.<sup>39-40</sup> Embora os números indiquem falta de uniformidade metodológica, são suficientes para sugerir uma associação entre epilepsia e transtornos mentais, reforçada por estudo demonstrando que a prevalência de pessoas com epilepsia em unidades de atendimento psiquiátrico é maior do que a sua prevalência na população geral: Boutros et al. encontraram uma prevalência aproximadamente nove vezes maior em unidades de atendimento psiquiátrico agudo.<sup>41</sup>

##### 2. Epidemiologia dos transtornos mentais associados à epilepsia no Brasil

Não há estudos brasileiros de epidemiologia dos transtornos mentais associados à epilepsia. Por outro lado, há estudos que apontam para uma elevação da prevalência de epilepsia entre as pessoas com transtornos mentais, de novo sugerindo uma associação entre os dois problemas. Trevisol-Bittencourt et al. estudaram pacientes internados em um grande hospital psiquiátrico estadual no estado de Santa Catarina e encontraram uma prevalência de epilepsia de 15%.<sup>42</sup> Avaliamos as internações nas enfermarias psiquiátricas no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – um hospital-escola com um predomínio de internações de casos agudos por curto prazo – durante o ano de 2002. De um total de 259 pacientes com transtornos mentais internados neste período, 10 tinham o diagnóstico associado de epilepsia, configurando uma prevalência de 4%.

Considerando a estimativa de 1,8 milhões de pessoas com epilepsia ativa (estimativa de 1% de prevalência pontual), poderíamos estimar algo entre 340 mil e 900 mil pessoas com epilepsia e algum transtorno mental associado no Brasil.

##### 2. Depressão e epilepsia

A depressão é o transtorno mental mais freqüente nos pacientes com epilepsia.<sup>43</sup> Em um recente e amplo estudo epidemiológico nos Estados Unidos, Blum et al. encontraram 29% de prevalência de depressão em pacientes com epilepsia contra 9% na população geral.<sup>44</sup> Estima-se uma prevalência de 50% em centros terciários ou clínicas especializadas, contra 6 a 30% em estudos populacionais.<sup>45</sup>

Por outro lado, um estudo de caso-controle desenvolvido na Suécia por Forsgren e Nystrom encontrou entre os pacientes com epilepsia uma história de depressão precedendo a pri-

meira crise epiléptica cerca de três vezes mais freqüente do que nos pacientes do grupo controle. Quando a análise se restringiu a pacientes com crises parciais, uma história prévia de depressão foi 17 vezes mais comum entre os pacientes com epilepsia do que no grupo controle, o que sugere uma relação bidirecional entre estas doenças, com possíveis mecanismos etiopatogênicos comuns.<sup>46</sup>

### 3. Psicose e epilepsia

A associação de psicose e epilepsia é um problema de grande importância clínica.<sup>47</sup> Transtornos psicóticos interictais, principalmente os recorrentes ou de curso crônico, têm sido estudados de maneira mais persistente, por servirem como um modelo para o estudo da esquizofrenia. Os episódios psicóticos em geral se iniciam de maneira insidiosa, cursam com delírios (em muitos casos religiosos ou místicos, de perseguição e/ou de referência), alucinações, transtorno de pensamento (inabilidade de lidar com conceitos complexos, divagação, circunstancialidade, mas também um transtorno de pensamento mais tipicamente esquizofrênico com bloqueio de pensamento, neologismos e sintaxe perturbada), comportamento desorganizado, ausência relativa de sintomas catatônicos, oscilações de humor transitórias e intensas (mais freqüentemente de humor depressivo e ou irritável), apragmatismo e embotamento afetivo (menos intenso do que o observado na esquizofrenia clássica, com preservação relativa do calor afetivo e da capacidade para relações sociais). De maneira geral, evoluem com persistência de sintomas psicóticos, seqüelas psico-orgânicas, tentativas de suicídio, múltiplas internações e descenso funcional.<sup>48-52</sup> Respondem às drogas antipsicóticas de maneira semelhante à da esquizofrenia, mas para o uso destas drogas deve-se considerar a presença eventual de interações farmacológicas com as DAE e a redução do limiar epileptogênico, problema mais significativo para as fenotiazinas em geral e para a clozapina em particular.<sup>5</sup>

A prevalência de psicose nos pacientes com epilepsia (estimada entre 2 e 8%), parece elevada em relação à encontrada na população geral (entre 0,5 e 0,7%).<sup>45</sup> Ela se eleva ainda mais quando avaliamos pacientes com epilepsia refratária (entre 8 e 27%).<sup>53</sup> Dependendo da perspectiva sob a qual a relação entre psicose e epilepsia é investigada, encontram-se três tipos de estudos: estudos de prevalência de psicose em pacientes com epilepsia, estudos de prevalência de epilepsia em pacientes psicóticos e estudos de incidência de psicose em pacientes com epilepsia.

Krohn examinou 908 pacientes com epilepsia da região norte da Noruega através de registros de casos e verificou uma prevalência de 2% de pacientes que se apresentavam ou tinham se apresentado psicóticos.<sup>54</sup> Gudmundsson investigou toda a população de pacientes com epilepsia da Islândia, incluindo os residentes no único hospital psiquiátrico. Ele entrevistou pessoalmente 90% dos pacientes e verificou que 7,1% deles estavam ou tinham estado, em alguma ocasião, psicóticos.<sup>37</sup> Zielinski apresentou dados adicionais sobre pacientes com epilepsia não selecionados de uma população da Polônia; aproximadamente 3% tinham sintomas psicóticos.<sup>55</sup>

Estudos sobre prevalência de epilepsia em populações de pacientes psicóticos também permitem se avaliar a possível associação entre estas duas condições médicas, embora tenham uma fonte potencial de confusão pela não diferenciação entre uma verdadeira síndrome epiléptica e a ocorrência esporádica de crises epilépticas provocadas (crises sintomáti-

cas agudas). Um estudo mais recente sobre epilepsia em pacientes internados em hospitais psiquiátricos permite uma estimativa razoável sobre a prevalência de epilepsia entre pacientes psicóticos. Betts estudou toda a população de pacientes internados em dois hospitais psiquiátricos e achou uma porcentagem de 2,1% de pacientes com epilepsia e psicose.<sup>56</sup> Assim, pode-se estimar a prevalência de epilepsia em pacientes psicóticos como algo maior do que este número, pois dificilmente poderíamos supor que toda a população internada fosse composta apenas de pacientes psicóticos. Isto indica que a epilepsia é uma condição ao menos quatro vezes mais freqüente entre pacientes psicóticos do que na população geral, argumentando fortemente em favor de uma associação.

Embora a análise da incidência de psicose em pacientes epilépticos possa ser considerada a maneira mais eficaz de detectar uma possível associação entre epilepsia e psicose, só há dois estudos que avaliaram o desenvolvimento prospectivo de psicose em pacientes epilépticos. Ey descreveu quadros psicóticos se desenvolvendo em 5 de 100 pacientes epilépticos, porém forneceu poucos dados adicionais.<sup>57</sup> Lindsay et al. acompanharam um grupo de 100 crianças com ELT por mais de 30 anos e observaram que 10% dos que sobreviveram desenvolveram psicoses esquizofrênicas, o que provê uma evidência importante de uma associação etiológica.<sup>58</sup>

### 4. Suicídio e epilepsia

O risco de suicídio em pessoas com epilepsia é 4 a 10 vezes superior ao da população geral e, nos casos de ELT, é aproximadamente 25 vezes maior.<sup>59</sup> Nilsson et al. observaram um aumento de nove vezes do risco de suicídio em pacientes com epilepsia, associado com doença mental, e um aumento de quatro vezes associado com administração de drogas antipsicóticas.<sup>48</sup> No Brasil, um estudo sobre psicose e epilepsia avaliou 38 pacientes ambulatoriais com epilepsia e psicoses associadas de um hospital terciário na cidade de São Paulo. Observou-se que 39% dos pacientes com epilepsia e psicoses associadas realizaram pelo menos uma tentativa de suicídio.<sup>60</sup>

## Relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia como problema de saúde pública

### 1. Impacto dos transtornos mentais associados à epilepsia

A presença de depressão é uma das variáveis mais importantes no que diz respeito à qualidade de vida dos pacientes, tendo inclusive maior impacto do que a freqüência e gravidade das crises epilépticas nos pacientes com epilepsia refratária.<sup>61</sup> Gilliam investigou as variáveis preditoras de pobre qualidade de vida em um grupo de 195 pacientes com ELT refratária ao tratamento clínico, que estavam em avaliação para tratamento cirúrgico. Foram encontradas apenas duas variáveis associadas com pobre qualidade de vida: presença de depressão e toxicidade por DAE. Curiosamente, a freqüência de crises não foi preditora de pobre qualidade de vida.<sup>62</sup>

No Brasil, Marchetti et al., no seu estudo com pacientes com epilepsia e psicoses associadas, observaram que, antes do início do quadro psicótico, uma parcela de 63% dos pacientes estava ocupada de forma regular com suas atividades profissionais. Este número caiu para 18% após o surgimento da psicose. No período pós-psicose, aproximadamente 58% dos pacientes permaneciam sem ocupação e estavam totalmente dependentes de seus familiares.<sup>60</sup>

## 2. Lacuna de tratamento dos transtornos mentais associados à epilepsia

Embora freqüentes, os transtornos depressivos encontram-se subdiagnosticados entre os pacientes com epilepsia, como mostra o estudo de Kanner et al., em que 60% dos pacientes estavam sintomáticos por mais de um ano sem qualquer tipo de tratamento.<sup>63</sup> A falha no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento da depressão nesta população específica decorre de inúmeros fatores: 1) Tendência tanto médica quanto dos pacientes em minimizar os sintomas depressivos, atribuindo um caráter “reacional” ao processo de adoecimento causado pela epilepsia; 2) Dificuldade no reconhecimento de sintomas depressivos não habituais, ditos atípicos, que são comuns na população epiléptica; 3) Tendência por parte dos pacientes em minimizar suas queixas depressivas por receio de serem estigmatizados; 4) A preocupação de que as drogas antidepressivas diminuam o limiar convulsivo, o que gera a relutância na prescrição destas medicações.<sup>64</sup>

Deve-se lembrar, no entanto, que, de uma forma geral, todos os antidepressivos podem ser utilizados com segurança em pacientes com epilepsia, embora seja necessária atenção para possíveis interações farmacológicas entre estas drogas e as DAE. A piora de crises por redução do limiar epileptogênico parece ser incomum e não deve, de forma alguma, inibir o tratamento adequado dos pacientes com depressão associada à epilepsia. Devem ser evitados clomipramina, maprotilina e bupropiona, por reduzirem o limiar epileptogênico de maneira mais significativa.<sup>5</sup>

## 3. Desconhecimento e estigma relacionados aos transtornos mentais associados à epilepsia

Além do estigma associado à epilepsia, pacientes com epilepsia e transtornos mentais associados se confrontam com o estigma relacionado às doenças mentais em geral, configurando o que chamamos de “duplo estigma”. Como observado acima, uma das explicações possíveis para a falha no diagnóstico e no tratamento de depressão associada à epilepsia está na tendência de minimização de queixas depressivas por parte dos pacientes, por receio de estigma.

Um exemplo do estigma associado aos transtornos mentais associados à epilepsia é o conceito de epilepsia “condutopática”, diagnóstico que erroneamente se aplica a certos pacientes violentos que nem ao menos apresentam evidências clínicas suficientes para o diagnóstico de epilepsia, ou mesmo a idéia do “crime epiléptico”, um ato violento que pelas suas características específicas por si só permitiria a realização do diagnóstico de epilepsia.<sup>65</sup>

O estigma associado aos transtornos mentais associados à epilepsia provavelmente se une à falta de capacitação e conhecimento. Em levantamento realizado recentemente entre 157 psiquiatras brasileiros, observamos que 54% dos entrevistados consideravam que não haviam recebido aprendizado formal a respeito de transtornos mentais associados à epilepsia, 80% consideravam que os seus conhecimentos eram insuficientes para o tratamento destes pacientes e 48% consideraram que os psiquiatras têm preconceito com relação à epilepsia. As causas principais apontadas para este preconceito foram dificuldades no tratamento e desconhecimento.<sup>66</sup>

### Conclusão

Epilepsia é o mais freqüente transtorno neurológico sério e um importante problema de saúde pública. Sua incidência nos países em desenvolvimento é o dobro da dos países de-

envolvidos. Embora seja um problema predominantemente tratável, nestes países a maioria dos pacientes permanece sem tratamento. Provavelmente uma das principais causas para isto seja o estigma que atinge as pessoas com epilepsia. Tal fato se agrava ainda mais quando à epilepsia se associam os transtornos mentais, que ocorrem com prevalência aumentada. Os pacientes com epilepsia e transtornos mentais sofrem o que chamamos de “duplo estigma”, que freqüentemente os deixa sem tratamento.

Consideramos urgente a disseminação de conhecimentos sobre epilepsia e transtornos mentais a ela associados, como instrumento central da luta contra o estigma e a lacuna de tratamento.

### Referências

1. Scott RA, Lhatoo SD, Sander JW. The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here? *Bull World Health Organ.* 2001;79(4):344-51.
2. Marchetti RL, Damasceno BP. Epilepsia: Psicopatologia e comportamento. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Cendes IL, editors. *Epilepsia.* São Paulo: Editora Lemos, 2000. p. 231-42.
3. Gomes MM. Epilepsias: uma prioridade nacional em cuidados de saúde. *Rev Bras Neurol.* 1994;30(5):141-7.
4. Gomes MM. Freqüência populacional de epilepsia. *Rev Bras Neurol.* 1997;33(1):3-7.
5. Marchetti RL. Terapêutica nos transtornos mentais associados à epilepsia. In: Cordás TA, Moreno RA, editors. *Conduitas em psiquiatria.* 4ª ed. São Paulo: Editora Lemos; 2001. p. 349-84.
6. Sander JW, Shorvon SD. Epidemiology of the epilepsies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1996;61(5):433-43.
7. Placencia M, Shorvon SD, Paredes V, Bimos C, Sander JW, Suarez J, et al. Epileptic seizures in an Andean region of Ecuador. Incidence and prevalence and regional variation. *Brain.* 1992;115(Pt 3):771-82.
8. Gomes MM. Crises epilépticas em pacientes de um hospital universitário: participação etiológica das doenças cerebrovasculares [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Medicina da Universidade Gama Filho; 1994.
9. Gomes MM. Epidemiologia: distribuição, fatores de risco e considerações prognósticas. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Cendes IL, editors. *Epilepsia.* São Paulo: Editora Lemos; 2000. p. 11-21.
10. Li SC, Schoenberg BS, Wang CC, Cheng XM, Zhou SS, Bolis CL. Epidemiology of epilepsy in urban areas of the People's Republic of China. *Epilepsia.* 1985;26(5):391-94.
11. Senanayake N, Roman GC. Epidemiology of epilepsy in developing countries. *Bull World Health Organ.* 1993;71(2):247-58.
12. Fernandes JG, Schimidt MI, Monte TL, Tozzi S, Sander JW. Prevalence of epilepsy: the Porto Alegre study. *Epilepsia.* 1992;33(Suppl 3):S132.
13. Gracia F, de Lao SL, Castillo L, Larreategui M, Archbold C, Brenes MM, et al. Epidemiology of epilepsy in Guaymi Indians from Bocas del Toro Province, Republic of Panama. *Epilepsia.* 1990;31(6):718-23.
14. Aziz H, Ali SM, Frances P, Khan MI, Hasan KZ. Epilepsy in Pakistan: a population-based epidemiologic study. *Epilepsia.* 1994;35(5):950-8.
15. Almeida Filho N. Epidemiologia social das epilepsias no Brasil. In: Sena, PG, editor. *Novas achegas sobre a epilepsia.* Salvador: UFBA, Centro Editorial e Didático; 1980. p. 57-76.
16. da Costa JC, Oliveira MLK, Panta RMG. Epilepsia na Infância. *Acta Médica ATM.* 1982;142:142-79.
17. Marino Jr. R, Cukiert A, Pinho E. Aspectos epidemiológicos da epilepsia em São Paulo. Um estudo da prevalência. *Arq Neuropsiquiatr.* 1986;44(3):243-54.
18. Borges MA, Barros EP, Zanetta DM, Borges AP. Prevalência da epilepsia entre os índios bakairis do estado do Mato Grosso, Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002;60(1):80-5.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo

- Demográfico\_2000 - Sinopse preliminar. 2003. [citado 2005 Jan 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>
20. Shorvon SD. The delivery and cost of medical services for people with epilepsy. In: Hopkins A, Shorvon S, Cacino G, editors. *Epilepsy*. London: Chapman and Hall; 1995. p. 605-14.
  21. World Health Organization. The global burden of mental and neurological problems. Geneva: WHO; 1999. (Fact Sheet, 217).
  22. Hauser WA, Annegers JF. Epidemiology of epilepsy. In: Laidlaw J, editors. *A textbook of epilepsy*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1993. p. 23-45.
  23. Tomson T. Mortality in epilepsy. *J Neurol*. 2000;247(1):15-21.
  24. Meinardi H, Scott RA, Reis R, Sander JW. The treatment gap in epilepsy: the current situation and ways forward. *Epilepsia*. 2001;42(1):136-49.
  25. Shorvon SD, Farmer PJ. Epilepsy in developing countries: a review of epidemiological, sociocultural and treatment aspects. *Epilepsia*. 1988;29 Suppl 1:S36-54.
  26. Availability and distribution of antiepileptic drugs in developing countries. III and IV Commission on Antiepileptic Drugs of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 1985;26(2):117-21.
  27. Adamolekun B, Meinardi H. Problems of drug therapy of epilepsy in developing countries. *Trop Geogr Med*. 1990;42(2):178-81.
  28. Bertolote JM. Epilepsy as a public health problem. Role of the World Health Organization and the cooperation between WHO and non-governmental organizations. *Trop Geogr Med*. 1994;46(3 Suppl):S28-30.
  29. Kale R. Bringing epilepsy out of the shadows. *BMJ*. 1997(7099);315:2-3.
  30. World Health Organization. The global campaign against epilepsy: out of the shadows. Geneva: WHO; 1997. (Press release)
  31. Andermann LF. Epilepsy in developing countries. *Transcultural Psychiatr Res Rev*. 1995;32:351-84.
  32. In the shadow of epilepsy. *Lancet*. 1997;349(9069):1851.
  33. Reynolds EH. The ILAE/IBE/WHO Global Campaign against Epilepsy: Bringing Epilepsy "Out of the Shadows". *Epilepsy Behav*. 2000;1(4):S3-S8.
  34. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
  35. Marchetti RL, Cremonese E, Castro APW. Psicoses e epilepsia. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2004;10(4 Suppl 2):35-40.
  36. Rutter M, Graham P, Yule W. A neuropsychiatric study in childhood. London: Heinemann; Medical; 1970.
  37. Gudmundsson G. Epilepsy in Iceland. A clinical and epidemiological investigation. *Acta Neurol Scand*. 1966;43 Suppl 25:1-124.
  38. Trostle JA, Hauser WA, Sharbrough FW. Psychologic and social adjustment to epilepsy in Rochester, Minnesota. *Neurology*. 1989;39(5):633-7.
  39. Pond DA, Bidwell BH. A survey of epilepsy in fourteen general practices. II. Social and psychological aspects. *Epilepsia*. 1959;1:285-99.
  40. Edeh J, Toone BK, Corney RH. Epilepsy, psychiatry morbidity, and clinic patients and social dysfunction in general practice. Comparison between hospital clinic patients and clinic nonattenders. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 1990;3:180-92.
  41. Boutros NN, Juo-Tzu J, Shehata M, Millana RB. Epileptic psychiatric patients, a special population. *J Ment Health*. 1995;4(1):79-84.
  42. Trevisol-Bittencourt PC, Becker N, Pozzi CN, Sander JW. Epilepsia em um hospital psiquiátrico. *Arq Neuropsiquiatr*. 1990;48(3):261-9.
  43. Mendez MF, Cummings JL, Benson DF. Depression in epilepsy. Significance and phenomenology. *Arch Neurol*. 1986;43(8):766-70.
  44. Blum D, Reed M, Metz A. Prevalence of major affective disorders and maniac symptoms in persons with epilepsy: a community survey. *Neurology*. 2002;58(Suppl 4A):S175.
  45. Kanner AM. The complex epilepsy patient: intricacies of assessment and treatment. *Epilepsia*. 2003;44 Suppl 5:3-8.
  46. Forsgren L, Nystrom L. An incident case referent study of epileptic seizures in adults. *Epilepsy Res* 1990;6(1):66-81.
  47. Guarnieri R, Hallak JEC, Walz R, Velasco TR, Alexandre Jr V, Terra-Bustamante VC, et al. Tratamento farmacológico das psicoses na epilepsia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(1):57-61.
  48. Nilsson L, Ahlbom A, Farahmand BY, Asberg M, Tomson T. Risk factors for suicide in epilepsy: a case control study. *Epilepsia*. 2002;43(6):644-51.
  49. Slater E, Beard AW, Glithero E. The schizophrenialike psychoses of epilepsy. *Br J Psychiatry*. 1963;109:95-150.
  50. Bruens JH. Psychoses in epilepsy. *Psychiatr Neurol Neurochir*. 1971;74(2):175-92.
  51. Perez MM, Trimble MR. Epileptic psychosis: diagnostic comparison with process schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1980;137:245-9.
  52. Trimble MR. The psychoses of epilepsy. New York: Raven Press; 1991.
  53. Sherwin I, Peron-Magnan P, Bancaud J, Boris A, Talairach J. Prevalence of psychosis in epilepsy as a function of the laterality of the epileptogenic lesion. *Arch Neurol*. 1982;39(10):621-5.
  54. Krohn W. A study of epilepsy in northern Norway, its frequency and character. *Acta Psychiatr Neurol Scand*. 1961;36(Suppl 150):215-25.
  55. Zielinsky JJ. Epidemiology and medical-social problems of epilepsy in Warsaw. Washington, CD; US Government Printing Office; 1974.
  56. Betts TA. Epilepsy and the mental hospital. In: Reynolds EH, Trimble MR, editors. *Epilepsy and psychiatry*. New York: Churchill Livingstone; 1981. p. 175-84.
  57. Ey H. Etudes psychiatriques. Paris: Desclee de Brower; 1954. v. III
  58. Lindsay J, Ounstead C, Richards P. Long term outcome in children with temporal lobe seizures. III. Psychiatric aspects in childhood and adult life. *Dev Med Child Neurol*. 1979;21(5):630-6.
  59. Barraclough B. The suicide rate of epilepsy. *Acta Psychiatr Scand*. 1987;76(4):339-45.
  60. Marchetti RL, Marques AF, Kurcgant D, Azevedo D Jr, Marie SKN, de Arruda PC. Clinical aspects of epileptic psychosis in Brazil. *Epilepsy Behav*. 2003;4(2):133-41.
  61. Viikinsalo M, Sawrie S, Kuzniecky RI, Faught ER. Depression and medication toxicity, but not seizure frequency or severity, predict health outcomes in refractory epilepsy. *Epilepsia*. 2000;41(Suppl 7):S175.
  62. Gilliam F. Optimized health outcomes in active epilepsy. *Neurology*. 2002; 58(8 Suppl 5):S9-20.
  63. Kanner AM, Kosak AM, Frey M. The use of sertraline in patients with epilepsy: is it safe? *Epilepsy Behav*. 2000;1(2):100-5.
  64. Kanner AM, Balabanov A. Depression and epilepsy: How closely related are they? *Neurology*. 2002;58(8Suppl 5):S27-39.
  65. Marchetti RL, Marques AH, Kurcgant D, Marchetti LB. Transtornos de personalidade associados à epilepsia. *BJEEN*. 1999;5(2):51-8.
  66. Marchetti RL, de Castro AP, Daltio CS, Cremonese E, Ramos JM, Gallucci Neto J. Attitudes of Brazilian psychiatrists toward people with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2004;5(6):999-1004.