

# RELATO DE CASO: EPILEPSIA NÃO DETERMINADA<sup>1</sup>

Paula Brustolin Xavier<sup>2</sup>  
Naiane Ribeiro Prandini<sup>3</sup>

## RESUMO

A evolução das políticas públicas em saúde mental, iniciada por movimentos sociais em 1990, foi gradual. Em 2000 a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) foi ampliada, dispondo de equipamentos como o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) que atende indivíduos com transtornos mentais. Em um dos Centros de Atenção Psicossocial da Cidade de Curitiba ocorreu o atendimento de usuária com quadro de crises epiléticas mensais e distúrbio psiquiátrico associado há cerca de 40 anos, ambos sem acompanhamento efetivo, e que resultou neste estudo de caso. Com intervenção multidisciplinar e intersetorial alcançou-se o estado de melhora das crises epiléticas, bem como estabilização do quadro psiquiátrico. Conclui-se que é de extrema importância a articulação entre os setores do Sistema de Saúde em prol do usuário.

Palavras-chave: Saúde mental. Transtorno psiquiátrico. Epilepsia.

## 1 INTRODUÇÃO

Em razão do impulso proferido pela movimentação social na década de 1980 no Brasil, modificou-se e ampliou-se a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que possui como um de seus dispositivos os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que minimizam os riscos de pacientes com transtornos mentais, otimizam as potencialidades de seus usuários e lhes prestam cuidado holístico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 3).

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

Segundo a Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, os Caps são classificados em:

- a) Caps I: para municípios com população de 20 a 70 mil habitantes;
- b) Caps II: para municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes;
- c) Caps III: para municípios com população com mais de 200 mil habitantes;
- d) Caps ad: serviço especializado para usuários de álcool e drogas para municípios de 70 a 200 mil habitantes;
- e) Caps i: especializado no cuidado a crianças, adolescentes e jovens (até 18 anos). Para municípios com população acima de 200 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Por intermédio da multi e interdisciplinaridade e da intersetorialidade, os Caps buscam atender a população no manejo de crises psiquiátricas agudas ou problemas psiquiátricos crônicos e articular e integrar o cuidado em saúde mental (FEAES).

O relato de caso aqui apresentado surgiu do interesse das autoras em relatar a experiência vivida no atendimento e acompanhamento de usuária atendida em Caps III com transtorno mental e crise epilética associados, sem tratamento efetivo há longo período e com limitação e prejuízo nas atividades cotidianas, autonomia e relações interpessoais.

<sup>1</sup> Este trabalho foi apresentado em Congresso Internacional de Saúde Mental em Irati, PR, em 2017, no formato de pôster.

<sup>2</sup> Professora na Universidade do Oeste de Santa Catarina; paula.xavier@unoesc.edu.br

<sup>3</sup> Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná; naia-ribeiro@hotmail.com

## 2 MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida em um Caps III da Cidade de Curitiba, PR, em 2016, com estudo em um prontuário. Estudo de caráter descritivo, exploratório e retrospectivo, de consulta em prontuário; tendo sido submetido à avaliação da Plataforma Brasil e aprovado; teve autorização escrita com assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pessoa responsável pela usuária. As evoluções do prontuário foram lidas e resumidas em parte do relato abaixo descrito. Houve, também, autorização por parte da coordenação imediata do Caps para realização da pesquisa no prontuário.

## 3 DESENVOLVIMENTO

Com base na experiência enquanto trabalhadora de Caps III, sabe-se que esses equipamentos da Rede de Saúde Mental atendem indivíduos provindos das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto-Atendimento, hospitais, entre outros pontos da rede. Os agendamentos geralmente são realizados por contato telefônico. Nesse primeiro atendimento presencial são coletadas informações de identificação do indivíduo, bem como história pregressa e queixa atual, e a partir disso foi dado seguimento/articulação conforme a demanda do indivíduo e possibilidades da rede.

No segundo trimestre de 2014 foi acolhida em um desses atendimentos C.A.G, feminina, 52 anos, solteira, sem filhos, ensino fundamental completo, residente em Curitiba; foi encaminhada a dado Caps III de Curitiba por Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas); conforme relato de profissionais da UPA em encaminhamento, a paciente havia recebido alta de hospital psiquiátrico há 62 dias e apresentava agressividade, não se alimentava, tinha pesadelos, medo da morte, nervosismo, confusão mental, alucinações visuais, tentativas de suicídio e diagnóstico prévio de epilepsia, sendo encaminhada ao Caps III por tentativa de suicídio.

Na coleta de dados do histórico há o relato de C.A.G apresentar de duas a quatro crises epiléticas mensais desde os 10 anos de idade, e em consequência disso apresenta sintomas de agressividade, discurso desorganizado e fortemente religioso e tem dificuldade em fazer uso de antipsicótico e anticonvulsivante por facilitar a crise epilética e intoxicar-se facilmente, respectivamente; apresentou ao longo da vida tentativas de suicídio: na primeira cortou pulsos e ingeriu 100 comprimidos, na segunda fez greve de fome e na terceira jogou-se em frente a carros. Anotação de dificuldade em desenvolver atividades de vida diária como comer e tomar banho sozinha e alteração no ciclo sono-vigília. Histórico de mais de 40 internações em hospital psiquiátrico, situação de abuso sexual aos 19 anos segundo relato da familiar, sua cuidadora. Fez atendimento com neurologista, porém está há quatro anos sem acompanhamento, teve alterações medicamentosas na dose e no tipo de remédio nesse tempo, segundo relato da familiar.

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

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

Após ajuste medicamentoso, percebeu-se boa evolução do quadro, as crises epiléticas diminuíram, e a usuária iniciou participação em atividades no Caps, como caminhada, grupo de teatro e grupo terapêutico com importante participação ao longo do tempo.

Apresentou instabilidade clínica, articulada junto à Unidade de Saúde para atendimento clínico – diagnosticado por exames laboratoriais o estado de anemia, com início de medicação específica para o quadro clínico apresentado –, posteriormente foi necessário encaminhamento para hospital em decorrência de quadro de astenia, dor torácica ventilatório-dependente, hipoglicemia e anorexia.

Após retorno da internação hospitalar e modificações medicamentosas, C.A.G apresentou crises convulsivas e agressividade em casa. A cuidadora percebeu melhora do quadro de crises de epilepsia e também da autonomia e discurso da usuária em casa. Até o momento do relato, a paciente estava participando menos das atividades do Caps devido à dificuldade em utilizar-se do transporte público e à distância territorial. A Unidade de Saúde acompanha o caso com visitas domiciliares.

#### 4 DISCUSSÃO

No atendimento prestado à usuária deste estudo, percebeu-se que além do transtorno psiquiátrico havia condição de epilepsia associada. A *Epilepsia* pode ser caracterizada, segundo a Associação Brasileira de Epilepsia, como duas crises não provocadas que acontecem em intervalo temporal não superior a 24 horas, crise não provocada e probabilidade de 60% de nova crise e diagnóstico prévio de epilepsia (KELMANN et al., 2015) manifesta através da *Crise Epiléptica* “definida como a ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas devido a uma atividade neuronal síncrona ou excessiva no cérebro”, cuja apresentação ocorre por alterações da consciência, eventos motores, sensitivos/sensoriais, autonômicos ou psíquicos involuntários do indivíduo (KELMANN et al., 2015).

Pedroso e Oliveira (2007, p. 597) caracterizam a epilepsia como episódios recorrentes de convulsão – duas crises em intervalo superior a 24 horas – cuja causa seja a disfunção elétrica cerebral. Classificam-na, ainda, em *Convulsão* uma alteração paroxística de atividade motora limitada no tempo, com ou sem alteração da consciência. *Status convulsivo* ou *estado de mal convulsivo* é a persistência da crise convulsiva sem recuperação da consciência e cuja duração seja de mais de 30 minutos, podendo se estender por horas ou dias, causando danos progressivos e até a morte. E *Crises convulsivas neonatais* relacionam-se a doenças graves e necessitam de suporte imediato visto ser emergência clínica.

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

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

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

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

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

#### 5 CONCLUSÃO

A epilepsia atinge 50 milhões de pessoas no mundo, cerca de 40 milhões destas em países em desenvolvimento. É considerada o transtorno neurológico grave mais frequente na população e mesmo sendo passível de tratamento,

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

O distúrbio psiquiátrico está presente em 6% dos indivíduos com epilepsia, sendo o mais comum o transtorno de humor (24-74%), especialmente a depressão (30%), transtornos de ansiedade (10-25%), psicoses (2-7%) e desordens de personalidade (1-2%) (GAITATZIS; TRIMBLE; SANDER, 2004, p. 1). Como no caso aqui exposto, a usuária é portadora de transtorno de humor (a especificar) e transtorno mental orgânico.

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

À luz de Cantilino e Carvalho (2001 apud OLIVEIRA; GOUVEIA, 2003), a estimativa é de que um quarto ou mais dos pacientes portadores de epilepsia tenham alterações psiquiátricas, como psicoses esquizofreniformes, transtornos de personalidade e depressão, ou alterações da sexualidade. São alterações crônicas que estão presentes entre os episódios de crise epiléptica e que aparecem alguns anos após o início da epilepsia.

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

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

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

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

### ***Case report: Epilepsy not determined***

#### ***Abstract***

*The evolution of public mental health policies initiated by social movements in 1990 was gradual. In 2000, the Psychosocial Attention Network (RAPS) was expanded, with equipment such as the Psychosocial Care Center (Caps), which serves individuals with mental disorders. In one of the Psychosocial Care Centers of the city of Curitiba, a patient with monthly seizures of epilepsy and an associated psychiatric disorder for about 40 years, both without effective follow-up, resulted in this case study. With the multidisciplinary and intersectorial intervention, the state of improvement of the epileptic seizures and the stabilization of the psychiatric situation were reached. The authors conclude that the articulation between the sectors of the Health System in favor of the user is extremely important.*

*Keywords: Mental health. Psychiatric disorder. Epilepsy.*

## **REFERÊNCIAS**

BENTES, C. C.; PIMENTEL, J. G. Estado de mal convulsivo aspectos fisiopatológicos e clínicos. **Acta Médica Portuguesa**, v. 16, p. 77-80, 2003. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1154/806>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

- DE LORENZO, R. J. et al. Um estudo prospectivo de base populacional epidemiológica do estado epiléptico em Richmond, Virginia. **Pubmed**, v. 16, n. 4, p. 1029-1035, 1996. Disponível em: <<http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8780085&prev=search>>. Acesso em: 23 jan. 2015.
- GAITATZIS, A.; TRIMBLE, M. R.; SANDER, J. W. A comorbidade psiquiátrica da epilepsia. **Acta Neurológica Scand.**, v. 110, n. 4, out. 2004. Disponível em: <<http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15355484&prev=search>>. Acesso em: 05 jun. 2015.
- KELMANN, B. et al. **A definição de epilepsia em 10 questões**. Associação Brasileira de Epilepsia. Disponível em: <<http://www.epilepsiabrasil.org.br/definicoes-e-conceitos>>. Acesso em: 05 jun. 2015.
- KÜMMER, A. et al. Frequência de epilepsia em pacientes psiquiátricos internados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000200022&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000200022&lang=pt)>. Acesso em: 05 jun. 2015.
- MARCHETTI, R. L. et al. Transtornos mentais associados à epilepsia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, maio/jun. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000300009&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300009&lang=pt)>. Acesso em: 05 jun. 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica n. 34**. Brasília, DF, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 26 dez. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em jun. 2015.
- OLIVEIRA, J.; GOUVEIA, O. Transtornos psiquiátricos associados à epilepsia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 30, n. 5, p. 160-164, 2003. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol30/n5/160.html>>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- SOUZA, R. O. et al. Transtornos psiquiátricos em pacientes epilépticos. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 13, n. 1, p. 20, 2009.
- PEDROSO, E. R. P.; OLIVEIRA, R. G. de. **Blackbook de Clínica Médica**. Belo Horizonte, 2007.

