



**Maria Luzia da Silva Santana
(Organizadora)**

Saúde Mental: Teoria e Intervenção

Atena
Editora
Ano 2019



**Maria Luzia da Silva Santana
(Organizadora)**

Saúde Mental: Teoria e Intervenção

Atena
Editora
Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

| Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG) | |
|---|---|
| S255 | Saúde mental [recurso eletrônico] : teoria e intervenção / Organizadora Maria Luzia da Silva Santana. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-836-6 DOI 10.22533/at.ed.366191812 1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Serviços de saúde mental – Brasil. I. Santana, Maria Luzia da Silva. CDD 362 |
| Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422 | |

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não sendo somente a ausência de doença. Essa compreensão demonstra a complexibilidade desse tema, que envolve elementos históricos, econômicos, políticos, sociais e culturais. Esses aspectos também têm implicações na saúde mental da pessoa, que engloba o bem-estar físico e psicossocial em diferentes contextos, assim dispor de saúde mental requer estar bem consigo mesmo e com os demais, aceitar e lidar com as exigências da vida e os seus afetos positivos ou negativos, reconhecer seus limites e buscar ajuda quando preciso.

De maneira generalista ter saúde mental não é somente ausência de doenças mentais. É nesse viés que o livro *“Saúde Mental: Teoria e Intervenção”* aborda essa temática em diferentes contextos, pelos diversos olhares dos pesquisadores e profissionais de áreas como enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, medicina, filosofia, dentre outras.

Esse olhar multidisciplinar dessa obra possibilita compreender temas múltiplos, enriquecidos pelas diferentes abordagens teóricas e metodológicas assumidas pelos autores. Assim, o leitor tem a sua disposição estudos sobre ansiedade, depressão, autismo, síndrome de *burnout*, uso de drogas, corpo, alteridade, estratégias de intervenção, entre outros, abarcados em pesquisas de revisão de literatura, estudos empíricos, práticas e intervenções em saúde mental.

Isto posto, apresentamos essa obra como uma opção de leitura acadêmica e profissional, ao contemplar o diálogo sobre a promoção, prevenção e tratamento em saúde mental. Destarte, ela trará contribuições relevantes para profissionais, estudantes, pesquisadores e demais pessoas interessadas no tema.

Desejamos aos leitores uma excelente leitura!

Maria Luzia da Silva Santana

SUMÁRIO

PARTE I – PESQUISAS DE REVISÃO DE LITERATURA EM SAÚDE MENTAL

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1 | 1 |
| AÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE E A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM PESSOAS QUE USAM DROGAS ILÍCITAS NO NORTE DO BRASIL | |
| Juliana Nádia Figueiredo Piauiense Camila Carla da Silva Costa Ana Caroline Costa Cordeiro Paula Cristina Rodrigues Frade Gláucia Caroline Silva-Oliveira Rafael Lima Resque Emil Kupek Luísa Caricio Martins Aldemir Branco de Oliveira-Filho | |
| DOI 10.22533/at.ed.3661918121 | |
| CAPÍTULO 2 | 11 |
| A IMPORTÂNCIA DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA RESSECTIVA PRECOCE EM EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE NA INFÂNCIA | |
| Ana Caroline Lemos da Silva Aguiar Barreto Maria Clélia Jácome Franca Campos Lorena Torres Andrade da Nóbrega Bruno Gouveia Henriques Martins Waltemilton Vieira Cartaxo Filho Thalita Lustosa de Oliveira Avelino Lopes Renaly Noronha Lins Abraão Alcantara de Medeiros Filho Caio César de Andrade Carneiro Ana Luísa Malta Dória | |
| DOI 10.22533/at.ed.3661918122 | |
| CAPÍTULO 3 | 24 |
| ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM GESTANTES DE ALTO RISCO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA | |
| Alice Correia Barros Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco Jefferson Wladimir Tenório de Oliveira Verônica de Medeiros Alves | |
| DOI 10.22533/at.ed.3661918123 | |
| CAPÍTULO 4 | 35 |
| AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTATO ENTRE CULTURAS: NAS BORDAS DA INTELIGIBILIDADE | |
| Ondina Pena Pereira | |
| DOI 10.22533/at.ed.3661918124 | |
| CAPÍTULO 5 | 41 |
| ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À DEPRESSÃO PÓS-PARTO | |
| Fernanda Larisse Souza da Silva Rebeca Zuila Maniva Lopes Franciane da Silva de Oliveira Luciane Sousa Pessoa Cardoso | |

Andressa Arraes Silva
Maria Beatriz Pereira da Silva
Ana Cláudia de Almeida Varão
Alan Cássio Carvalho Coutinho
Andréa Dutra Pereira
Lívia Alessandra Gomes Aroucha
Jocelha Maria Costa de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.3661918125

CAPÍTULO 6 50

EFEITOS DO CHI KUNG/QI GONG NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE AGRAVOS NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Alanna Mota Rosa Carvalho Pivatto
Ana Flávia Lima Teles da Hora
Ana Sanyele Campos Souza

DOI 10.22533/at.ed.3661918126

CAPÍTULO 7 65

EXPANSÃO DO USO DE PSICOESTIMULANTES: EXCESSO OU NECESSIDADE?

Ana Carolina Lopes Ramalho Bezerra Viana
Ana Rafaella Lopes Ramalho Bezerra Viana
Marílya Vitória dos Santos Silva
Roberto Mendes dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.3661918127

CAPÍTULO 8 75

FATORES DE RISCO QUE DESENCADEIAM A DEPRESSÃO EM IDOSOS

Amanda Karem Lopes Lima
Andrêssa Pereira Machado
Jackelliny Carvalho Neves
Maria Beatriz dos Santos Brito
Luciane Cardoso Pessoa
Andressa Arraes Silva
Ana Cláudia de Almeida Varão
Maria Beatriz Pereira da Silva
Andréa Dutra Pereira
Alan Cássio Carvalho Coutinho
Lívia Alessandra Gomes Aroucha
Jocelha Maria Costa de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.3661918128

CAPÍTULO 9 86

O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E O CASO DO “AUTISMO”

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo

DOI 10.22533/at.ed.3661918129

CAPÍTULO 10 99

PERFIL ANTIPSICÓTICO DO CANABIDIOL: UMA REVISÃO

Diego Cartaxo Jácome
Hugo Leonardo Andrade Feitosa
Lucas Henrique Soares Oliveira de Carvalho
Michaelis Cavalcanti Ayres
Reinaldo Mesquita Neto
Sebastião Tião Gomes Pereira Neto

Tiago Antônio Luna de Carvalho
Vilton Souza Neto
Vitor Pereira Xavier Grangeiro
Rubens Justino Dantas Ricarte
Ruy Justino Dantas Ricarte
Wellington de Oliveira Nobrega Neto

DOI 10.22533/at.ed.36619181210

CAPÍTULO 11 103

SÍNDROME DE BURNOUT: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Larissa Felcar Hill
Willians Cassiano Longen

DOI 10.22533/at.ed.36619181211

PARTE II – PESQUISAS EMPÍRICAS EM SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 12 109

A ACUPUNTURA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA CIDADE DE SÃO LUÍS – MA, BRASIL

Alanna Mota Rosa Carvalho Pivatto
Ana Maria Fernandes Pitta

DOI 10.22533/at.ed.36619181212

CAPÍTULO 13 124

ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Leilane Camila Ferreira de Lima Francisco
Verônica de Medeiros Alves
Valéria Elias Araújo Bichara
Vanessa Christinne Nazário Tenório

DOI 10.22533/at.ed.36619181213

CAPÍTULO 14 135

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES MEDICINA

Maria do Socorro Vieira Gadelha
Paulo Renato Alves Firmino
Hellen Lima Alencar
Diógenes Pereira Lopes
Antônio Carlos Silva do Nascimento Filho
Wendney Hudson de Alencar Fontes
Joel Lima Júnior

DOI 10.22533/at.ed.36619181214

CAPÍTULO 15 144

ATITUDES E PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO A IMAGEM CORPORAL DE ESTOMIZADOS: UMA INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

Maurício Almeida
Mauro Lúcio de Oliveira Júnior
Rodrigo Silva Nascimento
Keveenrick Ferreira Costa
Priscila Figueiredo Campos

DOI 10.22533/at.ed.36619181215

CAPÍTULO 16 156

AVALIAÇÃO DO PERFIL DE CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS EM UMA POLICLÍNICA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES

Thâmara Carollyne de Luna Rocha
Tháisa Renata Barbosa da Silva
José Levi da Silva Filho
Sheila Elcielle d'Almeida Arruda
Pollyne Amorim Silva
Aline Silva Ferreira
Jefferson Luan Nunes do Nascimento
Williana Tôres Vilela
Débora Dolores Souza da Silva Nascimento
Silvana Cabral Maggi
Pedro José Rolim Neto
Rosali Maria Ferreira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.36619181216

CAPÍTULO 17 171

INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR LESÕES AUTOPROVOCADAS NO ESTADO DA BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE SÉRIES TEMPORAIS

Marlete Corrêa de Faria
Anderson Rinê Dias Aguiar
Maria Luiza Souza Bezerra de Carvalho
Tamyris Thuama de Souza Lima
Thayná Moraes de Jesus
Thiago Barbosa Vivas

DOI 10.22533/at.ed.36619181217

CAPÍTULO 18 183

USO DE MACONHA ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA - DILEMAS & DESAFIOS

Leidiane Faria Ramos
Alvim Pagung de Abreu
Rayane Cristina Faria de Souza
Marluce Mechelli de Siqueira
Átala Lotti Garcia
Flávia Barista Portugal

DOI 10.22533/at.ed.36619181218

CAPÍTULO 19 194

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ENTRE PESSOAS COM TRANSTORNO BIPOLAR ATENDIDAS EM UM CAPS

Juceli Andrade Paiva Morero
Tássia Ghissoni Pedroso
Sandra de Souza Pereira
Mayara Caroline Ribeiro Antonio
Vivian Aline Preto
Bianca Cristina Ciccone Giacon
Monise Martins da Silva
Giselle Clemente Sailer
Luana Pereira da Silva
Lucilene Cardoso

DOI 10.22533/at.ed.36619181219

CAPÍTULO 20 204

PREVALÊNCIA DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Sandra de Souza Pereira
Gessiane Santos Ricarte
Juceli Andrade Paiva Morero
Tássia Ghissoni Pedroso
Monise Martins da Silva
Mayara Caroline Ribeiro Antonio
Jéssica Moreira Fernandes
Vivian Aline Preto
Bianca Cristina Ciccone Giacon

DOI 10.22533/at.ed.36619181220

CAPÍTULO 21 215

PROBLEMAS RELACIONADOS A CRIME E VIOLÊNCIA EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Gabriella de Andrade Boska
Heloísa Garcia Claro
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Priscila Conceição da Costa
Bruno Henriques Zanoni Kunst
Renato de Angelo Araújo

DOI 10.22533/at.ed.36619181221

CAPÍTULO 22 225

PROCESSOS COGNITIVOS NAS VERTENTES TRADICIONAL, PENTECOSTAL E NEOPENTECOSTAL DA RELIGIÃO PROTESTANTE

Jéssica Florinda Amorim
Sarah Cassimiro Marques

DOI 10.22533/at.ed.36619181222

CAPÍTULO 23 238

USO DE ÁLCOOL E MACONHA ENTRE OS UNIVERSITÁRIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA: E A QUALIDADE DE VIDA?

Nycollas Andrade Mauro
Leidiane Faria Ramos
Sibeli Albani
Rayane Cristina Faria de Souza
Marluce Mechelli de Siqueira
Flávia Barista Portugal

DOI 10.22533/at.ed.36619181223

CAPÍTULO 24 249

REINCIDÊNCIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO E FATORES ASSOCIADOS SEGUNDO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO II

Mayara Macedo Melo
Rosane da Silva Santana
Francisco Lucas de Lima Fontes
Maria da Cruz Silva Pessoa Santos
Germano Soares Martins
Luis Eduardo da Silva Amorim
Sandra Maria Gomes de Sousa
Dulcimar Ribeiro de Matos
Denise Sabrina Nunes da Silva

Daniely Matias Facundes
Maria Oneide dos Santos
Francielen Evelyn de Oliveira Adriano

DOI 10.22533/at.ed.36619181224

CAPÍTULO 25 257

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL: PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM

Maria Inês Lemos Coelho Ribeiro
Luiz Jorge Pedrão
Andréa Cristina Alves
Marilene Elvira de Faria Oliveira
Aline Teixeira Silva

DOI 10.22533/at.ed.36619181225

CAPÍTULO 26 269

SIGNIFICAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: IMPLICAÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Júlia Casemiro Barioni
Bruna Domingos Santos
Jéssica Karoline Barbosa da Silva
Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves
Marta Angélica Iossi Silva
Luciane Sá de Andrade

DOI 10.22533/at.ed.36619181226

CAPÍTULO 27 281

TRANSTORNOS MENTAIS EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE SERVIÇOS ONCOLÓGICOS EM ALAGOAS

Flaviane Maria Pereira Belo
Maria Cicera dos Santos de Albuquerque
Willams Henrique Costa Maynard
Patricia Maria da Silva Rodrigues
José Leandro Ramos de Lima
Ronald Seixas Santos
Jorgina Sales Jorge
Givânia Bezerra de Melo
Luís Filipe Dias Bezerra
David Queiros de Lima
Andrey Ferreira da Silva
Verônica de Medeiros Alves

DOI 10.22533/at.ed.36619181227

PARTE III – PRÁTICAS E INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 28 292

A IMPORTÂNCIA DA VISITA TÉCNICA À UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO: UM OLHAR ACADÊMICO

Maria Simone da Silva Rodrigues
Bruna Nunes Osterno
Vânia Sousa Barbosa Alves
Luana Géssica Freire Martins

DOI 10.22533/at.ed.36619181228

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 29 | 297 |
| “RECOLHIMENTO NÃO, ACOLHIMENTO SIM” – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS III – JOÃO FERREIRA DA SILVA FILHO - COMPLEXO DO ALEMÃO – RIO DE JANEIRO / BRASIL | |
| Andréa Toledo Farnettane | |
| DOI 10.22533/at.ed.36619181229 | |
| CAPÍTULO 30 | 308 |
| SERVIÇOS-ESCOLA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA | |
| Rayane Ribas Martuchi | |
| Elisabete Aparecida Monteiro | |
| Ticiane Paiva de Vasconcelos | |
| DOI 10.22533/at.ed.36619181230 | |
| CAPÍTULO 31 | 320 |
| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICO - RELATO DE EXPERIÊNCIA | |
| Priscila Praseres Nunes | |
| Diego Raí de Azevedo Costa | |
| Raiane Fernandes Prazeres | |
| DOI 10.22533/at.ed.36619181231 | |
| SOBRE A ORGANIZADORA | 323 |
| ÍNDICE REMISSIVO | 324 |

A IMPORTÂNCIA DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA RESSECTIVA PRECOCE EM EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE NA INFÂNCIA

Ana Caroline Lemos da Silva Aguiar
Barreto

Maria Clélia Jácome Franca Campos

Lorena Torres Andrade da Nóbrega

Bruno Gouveia Henriques Martins

Waltemilton Vieira Cartaxo Filho

Thalita Lustosa de Oliveira Avelino Lopes

Renaly Noronha Lins

Abraão Alcantara de Medeiros Filho

Caio César de Andrade Carneiro

Ana Luísa Malta Dória

RESUMO: A epilepsia farmacorresistente é uma refratariedade de controle de crises epiléticas ao tratamento medicamentoso com fármacos antiepiléticos (FAE). Possui indicadores como a frequência elevada de crises nas fases iniciais, o início precoce (abaixo de 2 anos) e representa 30% dos casos de epilepsia em crianças. Cerca de 25% a 50% dessas se adequam ao tratamento cirúrgico ressectivo que consiste na remoção de parte do tecido cerebral considerada responsável pelas crises que, em maioria, são de origem temporal, bem como outras localizações como nos casos de displasia cortical, tumores de baixo grau, lesões atróficas, malformações vasculares e síndromes. A cirurgia ressectiva é indicada como terapêutica curativa ou paliativa após a identificação da

zona epileptogênica por vídeo-EEG, testes neuropsicólogos e neuroimagem, avaliação da resposta aos Fármacos antiepiléticos (FAE) pela má-adesão ao tratamento, utilização inadequada ou frequência e doses insuficientes, por vezes com associações inadequadas, e compará-las com risco-benefício cirúrgico e os tipos de politerapia associativa, considerando outros tratamentos como calosotomia, hemisferectomia e neuromodulação. O presente estudo visa enfatizar a importância de realizar precocemente o diagnóstico com a classificação da crise, tratamento e prognóstico adequado de pacientes portadores de epilepsias farmacorresistentes considerando a pseudorefratariedade como recorrente. E obter controle de crises epiléticas com mínima ou nenhuma repercussão funcional (sequela neurológica), a interrupção do curso de potenciais consequências negativas da doença, retomando ou mantendo desenvolvimento neuropsicomotor essencial da infância, através do resultado cirúrgico-ressectivo satisfatório quando indicado em tempo adequado, considerando as crises epiléticas persistentes nessa fase. Revisão bibliográfica realizada com artigos científicos da SciELO publicados no período de 2001 a 2017, utilizando as palavras-chaves- epilepsia refratária-tratamento-

indicação cirúrgica- qualidade de vida-pediatria. Ocorre resolução em 30-40% dos casos. O êxito da cirurgia depende da ressecção cirúrgica da lesão. Lesões circunscritas, em áreas corticais eloquentes, há melhor prognóstico, podendo ser necessária a intervenção estereotáxica (implante de eletrodos). Nas lesões extensas, a conduta é direcionada para lobectomia ou quadrantectomia. Faz-se importante o tratamento cirúrgico precoce para melhor controle do declínio cognitivo, distúrbios psiquiátricos e desaparecimento das crises convulsivas, com isso proporcionando qualidade de vida e integração social mais adequada para pacientes epiléticos farmacorresistentes.

PALAVRAS-CHAVE: Epilepsia; farmacorresistente; tratamento; indicação cirúrgica; infância.

ABSTRACT: Pharmacoresistant epilepsy is a refractoriness of seizure control to drug treatment with antiepileptic drugs. It has indicators as the high frequency of seizures in the early stages, early onset (under 2 years) and represents 30% of cases of epilepsy in children. About 25% -50% of these are suitable for resective surgical treatment, wich consisting in removal of part of the brain tissue responsible for the seizures that may be of temporal origin, cortical dysplasia, tumors, atrophic lesions or AVMs. Resective surgery is indicated as curative or palliative therapy after identification of the epileptogenic zone by video-EEG, neuropsychological and neuroimaging tests, evaluation of antiepileptic drug response (FAE), misuse or frequency, and comparing it with surgical risk-benefit and the types of associative polytherapy, considering other treatments such as callosotomy, hemisferectomy and neuromodulation. This study wants to emphasize the importance of early diagnosis with the classification of seizure and surgical treatment, determining an adequate prognosis of patients with drug-resistant epilepsies, as well as interrupting the negative consequences of the disease, retaking or maintaining essential neuropsychomotor development of childhood. It is observed that circumscribed lesions in eloquent cortical areas have a better prognosis, and stereotactic intervention (electrode implantation) may be necessary. In extensive lesions, the approach is directed to lobectomy or quadrantectomy. Bibliographic review performed with scientific articles from SCIELO, published from 2001 to 2017.

KEYWORDS: Epilepsy; pharmaco-resistant; treatment; surgical indication; childhood.

1 | INTRODUÇÃO

Uma convulsão ocorre quando descargas elétricas anormais no cérebro fazem com que os músculos se contraiam e relaxem rapidamente de maneira desordenada. A epilepsia é um distúrbio cerebral que se manifesta através de convulsões recorrentes e perda momentânea da consciência, não associadas a febre, drogas ou alterações metabólicas. Necessita-se da ocorrência de pelo menos uma crise epilética não provocada com risco aumentado para outra, ou de 2 crises não provocadas com

um intervalo maior que 24h. Contudo, existem situações em que ocorre uma crise epiléptica única, como no acidente vascular cerebral, infecção do sistema nervoso central ou trauma craniano.

Grande parte dos casos de epilepsia possui um bom prognóstico relacionado ao controle das crises, tendo como fatores prognósticos a etiologia, anormalidades no eletroencefalograma, tipo de convulsão, número de crises e adesão ao tratamento.

No entanto, existe a epilepsia farmacorresistente, que se caracteriza por uma refratariedade de controle de crises epiléticas ao tratamento medicamentoso com fármacos antiepilépticos (FAE), o que leva a um prejuízo na qualidade de vida devido a possibilidade da ocorrência de acidentes, lesões físicas, transtornos psiquiátricos, declínio cognitivo progressivo, estigma e exclusão social. Sabe-se que o tratamento medicamentoso é o mais efetivo para a maioria dos pacientes, mas cerca de 30% apresentam tal resistência. Ela pode ser diagnosticada após a falta de resposta ao primeiro e ao segundo fármacos utilizados de forma adequada, e é mais comum nas síndromes epiléticas com crises focais do que as com crises generalizadas.

Cerca de 30% dos casos de epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso se adequam ao tratamento cirúrgico ressectivo, que consiste na remoção de parte do tecido cerebral considerada responsável pelas crises que, em maioria, são de origem temporal, bem como outras localizações como nos casos de displasia cortical, tumores de baixo grau, lesões atróficas, malformações vasculares e síndromes. A cirurgia ressectiva é indicada como terapêutica curativa ou paliativa após a identificação da zona epileptogênica por vídeo-EEG, testes neuropsicólogos e neuroimagem, avaliação da resposta aos fármacos antiepilépticos (FAE) pela má-adesão ao tratamento, utilização inadequada ou frequência e doses insuficientes, por vezes com associações inadequadas.

Existem, ainda, possibilidades terapêuticas para os casos em que há epilepsia farmacorresistente, mas que não há indicação cirúrgica. Entre elas está a dieta cetogênica, especialmente para crianças com epilepsias generalizadas sintomáticas, tratamento hormonal com progesterona, pulsoterapia com corticoide ou imunoglobulinas e a neuromodulação.

2 | MÉTODO

O estudo consiste em uma revisão da literatura nacional e internacional em revistas indexadas através do MEDLINE, PUBMed, Scielo, LILACS, período de janeiro de 2005 a setembro de 2019, utilizando o MeSH Term "Drug Resistant Epilepsy" associado a cada um dos MeSH Terms seguintes isoladamente: "mental health", "comorbidity", "quality of life", O DECS BVS "Epilepsia Refratária", "Pediatria", "Farmacorresistente", "Indicação Cirúrgica", "Pediatria", "Qualidade de

Vida”. Foram selecionados, a partir de múltiplos estudos originais (epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos), revisões sistemáticas, meta-análises e revisões em língua portuguesa e inglesa. Alguns artigos de interesse das referências não abarcados pelas ferramentas de busca foram incluídos. Poucos estudos com mais de dez anos foram selecionados por tratarem algum aspecto original que não tenha sido mencionado ou contestado posteriormente.

3 | INVESTIGAÇÃO – TIPOS E RECURSOS

A precisão do diagnóstico é fundamental, devido as implicações significativas que pode ter para o paciente, suas famílias e no tratamento terapêutico. O diagnóstico de um evento epiléptico ou não epiléptico pode ter como base uma descrição precisa do episódio ou episódios por parte do paciente ou da testemunha, sem necessidade de investigações adicionais. Além disso, refere que os eventos de síncope normalmente podem ser diferenciados de crises epiléticas pela descrição do paciente sobre como ele se sentiu antes do desmaio como tontura, perda da visão, náusea, transpiração e zumbido nos ouvidos.

Assim que obtiver clara descrição de um ou mais eventos, o médico deve tentar classificar os tipos de epilepsia. A principal e atual classificação é da League Against Epilepsy- ILAE - que estima cerca de 40-60% das epilepsias da infância têm etiologia genética e 25% têm etiologia estrutural ou metabólica, ao passo que aproximadamente 25% dos casos continuam sendo de causa desconhecida. O eletroencefalograma (EEG) é um complemento útil da classificação do tipo da crise, principalmente em epilepsias focais nas quais a atividade epileptiforme pode ajudar a identificar uma localização lobar. Muitas síndromes de epilepsia são associadas à achados específicos sobre EEG, portanto obter um EEG é muito útil para a classificação das síndromes.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, em seu website, em todos os outros casos de epilepsia da infância, incluindo casos atípicos das síndromes acima, é indicada a neuroimagem. A finalidade da neuroimagem é identificar qualquer lesão cerebral estrutural causal. Quando há dúvida clínica se episódios que ocorrem com mais frequência são epiléticos ou não, videotelemetria ou EEG ambulatório podem ser muito úteis, já que a maioria dos casos epiléticos terá um EEG correlacionado. Se, além disso, nenhum diagnóstico etiológico definitivo tiver sido feito por meio da neuroimagem, é razoável considerar a investigação de uma causa genética ou metabólica subjacente. A abordagem a essa investigação dependerá do seguinte: a natureza da epilepsia do paciente e as comorbidades correspondentes; o histórico populacional do paciente; e a prevalência de doenças genéticas/metabólicas.

4 | INDICAÇÃO CIRÚRGICA- AVALIAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA

O tratamento cirúrgico da epilepsia, embora apresente índices altos de sucesso, ainda não abrange grande parcela de pacientes que necessitam desta modalidade terapêutica. Este fato deve-se em parte à escassez de recursos especializados e ao pouco conhecimento sobre as situações clínicas, nas quais o tratamento cirúrgico apresenta taxas altas de sucesso. Infelizmente, muitas vezes, há demora no encaminhamento a centros especializados porque se insiste no tratamento farmacológico. Um dos erros mais comuns é que a cirurgia para epilepsia deva ser utilizada apenas em pacientes em que tudo foi tentado. Outro erro comum é o temor de sequelas neurológicas.

A avaliação pré-cirúrgica consiste em um conjunto de condutas e exames que visam avaliar a possibilidade de tratamento cirúrgico e determinar o planejamento do procedimento de modo a maximizar as chances de controle completo de crises e minimizar os riscos de sequelas. Esta avaliação é realizada em centros multidisciplinares especializados.

a) Avaliação pré-cirúrgica não invasiva:

- Avaliação clínica extensa envolvendo: antecedentes, detalhamento dos tipos de crises epiléticas, resposta aos medicamentos e presença de comorbidades.

- Eletrencefalograma e vídeo eletrencefalograma que são importante na caracterização clínico eletrográfica das crises epiléticas, localização e/ou lateralização da área epileptogênica.

- Ressonância magnética, com técnicas adequadas e dirigidas a áreas suspeitas. A identificação de lesão estrutural é um dos fatores de melhor prognóstico cirúrgico. Uma nova técnica, na avaliação pré-cirúrgica, é RNM funcional (RMF), capaz de detectar pequenas alterações no fluxo sanguíneo e oxigenação de tecidos cerebrais em que ocorre ativação neuronal (função de memória e linguagem).

- Imagem Funcional pode ser utilizada em casos selecionados, como o SPECT cerebral (interictal e ictal) e o PET. Os exames ictais baseiam-se no fato de que crises focais estão associadas à hiperfluxo na região de início da crise. A injeção deve ser realizada o mais próximo do início da crise, durante o registro por vídeo-EEG. Os exames interictais apresentam baixa sensibilidade, podendo demonstrar hipoperfusão regional em 30% a 50% dos casos. O SPECT interictal é mais importante para determinação de hiperperfusão ictal relativa, quando se comparam os resultados das injeções ictais e interictais, podendo ser utilizados métodos quantitativos, como o SISCON, para análise mais precisa. O PET é mais sensível que o SPECT quando utilizado no período interictal, pois estuda o metabolismo cerebral. É um exame particularmente importante nos casos sem lesão ou com lesões muito pequenas.

- Ainda há o uso de computação gráfica, tornando-se de grande valia na orientação do planejamento cirúrgico e como guia para o cirurgião durante o ato operatório (NEURONAVEGAÇÃO).

- A avaliação neuropsicológica consiste na aplicação de testes padronizados que estudam as diversas esferas cognitivas, incluindo eficiência cognitiva global, processos atencionais, capacidade de planejamento e resistência à interferência, memória e funções executivas. Essa avaliação permite identificar e acompanhar a evolução de déficits cognitivos, auxiliar na correlação anatômico-funcional e na previsão de possíveis prejuízos funcionais pós-operatórios.

- Teste de Wada consiste na cateterização seletiva da artéria carótida interna, habitualmente por punção femoral, objetivando a anestesia transitória de um hemisfério cerebral com barbitúrico de curta duração, classicamente era utilizado amital sódico, atualmente utilizamos o etomidato, para a avaliação de funções cognitivas no hemisfério contralateral. As principais indicações do teste são a determinação da dominância hemisférica de linguagem e a avaliação da reserva funcional de memória. Nos últimos anos, com a utilização de RM funcional para avaliar linguagem e a experiência adquirida ao longo dos anos do uso do teste de Wada, as indicações se tornaram mais restritas.

b) Avaliação pré-cirúrgica invasiva:

Em algumas situações, a estratégia cirúrgica não pode ser definida pelo conjunto de dados obtidos através dos exames citados anteriormente. Nestes casos é indicada a monitorização invasiva, através da colocação de eletrodos subdurais e de eletrodos profundos (estéreo EEG). As principais indicações para o implante de eletrodos invasivos são: dificuldade de determinar com segurança a área de início ictal; limitar a área epileptogênica; epilepsias não lesionais; e determinação de áreas eloquentes (área motora, área de linguagem).

5 | CIRURGIAS RESSECTIVAS

O tratamento cirúrgico das epilepsias na criança tem como objetivo o controle das crises e a melhoria da qualidade de vida do paciente, sem causar sequelas. Está indicado quando se constata a refratariedade das crises ao tratamento medicamentoso, onde a gravidade dos sintomas determinam lesões físicas, ocorrência de acidentes, transtornos psiquiátricos, declínio cognitivo progressivo, estigma e até exclusão social.

Quando falamos em tratar cirurgicamente a epilepsia em crianças, constatamos que há uma maior complexidade no procedimento em relação ao que seria em adultos, pelos mais diversos motivos, pois ainda é um ser em desenvolvimento.

Dentro dos procedimentos a serem realizados no paciente epiléptico, destacam-se as ressecções, que têm por objetivo remover a área responsável por causar as crises epiléticas, a fim de obter um controle completo das crises, diferentemente das cirurgias paliativas.

Temos como alguns exemplos de cirurgias ressectivas a lesionectomia, uma operação de remoção da lesão considerada como responsável pelas crises intratáveis. Essa lesão é a área danificada do cérebro e pode ser uma malformação vascular, uma neoplasia de baixo grau, uma cicatriz cortical, malformação do SNC ou desordem do desenvolvimento cortical. A lesionectomia pode ser determinada pura, quando se resseca apenas a lesão estrutural propriamente dita, ou ampliada, quando se resseca também a área vizinha à lesão, considerada como pertencente à zona epileptogênica. Na definição da tática cirúrgica, tem-se que utilizar de métodos propedêuticos na tentativa de avaliar a extensão da zona epileptogênica em relação à lesão, assim como avaliar se essa zona engloba a área cerebral eloquente.

Há também as ressecções temporais, que são a principal indicação em casos esclerose hipocampal, tendo bastante eficácia para o tratamento de tais afecções. Contudo, essas ressecções temporais têm menos importância para pacientes infantis em relação a adultos, uma vez que a esclerose hipocampal é rara em crianças.

Outro tipo de procedimento são as ressecções multilobares, indicadas para pacientes com epilepsia refratária com uma zona epileptogênica difusa que envolve mais de lobo. Esse tipo cirúrgico é comumente utilizado em pacientes com lesões estáticas, com função motora contralateral preservada e sem indicação de hemisferectomia. Exemplos dessas lesões são os cistos porencefálicos, Síndrome de Sturge-Weber (angiomatose encefalotrigeminal) e as displasias corticais extensas. Já as hemisferectomias são procedimentos cirúrgicos mais radicais, reservadas a paciente com patologia hemisférica unilateral grave, que manifeste também, além das crises, algum déficit motor contralateral grave. Cerca de 80% dos pacientes submetidos a essas operações melhoram em relação ao controle das crises e ao comportamento, enquanto 60% se tornam livres das crises após a cirurgia. Contudo, pode haver complicações, sendo a principal complicação permanente das ressecções corticais é um prejuízo da função motora contralateral. Há também complicações como hematomas pós-operatórios, infecções ou hidrocefalia, sendo esses dois últimos mais frequentes após hemisferectomia. Além das ressecções, há outros procedimentos dentro da estratégia cirúrgica a ser abordada no tratamento da epilepsia, como cirurgias paliativas e estimulações, porém, é através das ressecções que, em nosso meio, consegue-se uma melhor eficácia no controle completo das crises epiléticas.

6 | RESULTADOS

O tratamento medicamentoso é o mais importante e efetivo para a maioria dos pacientes, mas aproximadamente 30% são farmacorresistentes. A farmacorresistência já pode ser diagnosticada após a falta de resposta ao primeiro e ao segundo fármacos utilizados de forma adequada.

Nas cirurgias ressectivas precoces ocorre resolução em 30-40% dos casos. O Êxito da cirurgia depende da ressecação cirúrgica da lesão. Lesões circunscritas, em áreas corticais eloquentes, há melhor prognóstico, podendo ser necessária a intervenção estereotáxica (implante de eletrodos). Nas lesões extensas, a conduta é direcionada para lobectomia ou quadrantectomia.

É importante considerar o seguimento global do paciente, incluindo a satisfação dos pais, a melhora no desenvolvimento neuropsicomotor e social, as atividades da vida diária, as modificações comportamentais e no rendimento escolar. Nas séries pediátricas, 60-100% dos pacientes tem uma boa evolução pós-operatória. Os pacientes com epilepsia temporal têm uma maior taxa de ausência de crises quando comparados com o grupo extratemporal. O índice de remissão para as epilepsias parciais sintomáticas ou criptogênicas varia de 10 a 62%. No grupo específico das epilepsias do lobo temporal encontramos baixos índices de remissão. As cirurgias não ressectivas, consideradas paliativas ou funcionais, destacando-se neste contexto as cirurgias de desconexão, notadamente a calosotomia, devem ser avaliadas diferentemente uma vez que se obtém, com freqüência, somente controle parcial das crises e, portanto, há necessidade da avaliação judiciosa da frequência de crises e qualidade de vida no pré e pós-operatório.

7 | DISCUSSÃO

As crises epilépticas da infância têm um amplo polimorfismo clínico caracterizada como evento transitório e involuntário, que se manifesta por sinais e sintomas sensitivos, motores, autonômicos, psíquicos, com ou sem alteração da consciência, provocada por atividade neuronal síncrona decorrente da maturação cerebral e da causa da lesão inicial. O tecido cerebral imaturo exhibe mais excitabilidade e menos inibição, além da diferente mielinização e conseqüente conectividade neuronal, o cérebro apresenta diferentes propriedades moleculares celulares e das redes neurais, traduzidas em sinapses mais densas com ação excitatória do neurotransmissor GABA.

Na população geral, crises epiléticas estão entre as causas neurológicas graves e frequentes da infância. A incidência é bastante variável, com taxas entre 20 e 375 casos/100 mil habitantes e níveis mais elevados no primeiro ano de vida,

havendo um decréscimo com o passar dos anos. As classificações de síndromes epiléticas nem sempre é fácil, pois se trata de uma doença cerebral caracterizada por pelo menos uma crise epilética ou uma crise reflexa e risco de uma nova crise estimado em pelo menos 60%. A remissão espontânea das crises ocorre em 10% a 18% dos casos, no entanto geralmente são crises refratárias e pode-se observar morbidade cognitiva, assim como em adultos, particularmente quando a epilepsia envolve o hemisfério dominante.

Trabalhos recentes têm evidenciado que mesmo os casos com evolução favorável, expõem o paciente a sequelas sociais, quando se consideram anos de escolaridade e capacitações profissional e pessoal. A identificação do prognóstico relacionada às síndromes epiléticas nem sempre é possível logo após a primeira crise, mas é fundamental para definir a terapêutica mais eficaz e realizar aconselhamento familiar. Os principais fatores correlacionados com pior prognóstico das epilepsias iniciadas na infância são início precoce das crises e sintomatologia, história de EME e não controle das crises após o início do tratamento com o primeiro fármaco antiepilético (FAE). Além das anormalidades ao exame neurológico, crises com generalização secundária e presença de espasmos infantis.

Os portadores de epilepsias farmacorresistentes considerando pseudorefratariedade como recorrente e relacionar ao êxito da cirurgia, na qual depende de ressecção da lesão. Geralmente, as lesões circunscritas, há melhor prognóstico, podendo ser necessária a intervenção estereotáxica (implante de eletrodos). Nas lesões extensas, a conduta é direcionada para lobectomia ou quadrantectomia. O tratamento cirúrgico em crianças tem prognóstico semelhante ao observado em adultos, não havendo justificativas para se protelar a indicação cirúrgica ante a determinação da refratariedade clínica.

As epilepsias farmacorresistentes são aquelas que geralmente cursam com alterações neurológicas e/ou cognitivas em que se evidenciem lesões estruturais em exames de neuroimagem. Podem se associar a um grande número de patologias, como as anormalidades do desenvolvimento cortical, as doenças hipóxico-isquêmicas, as facomatoses, os tumores benignos e a própria síndrome da esclerose mesial temporal, em maioria, são de origem temporal, bem como outras localizações como nos casos de displasia cortical, tumores de baixo grau, lesões atróficas, malformações vasculares e síndromes.

A cirurgia ressectiva pode ser indicada como terapêutica curativa ou paliativa após a identificação da zona epileptogênica por vídeo-EEG, testes neuropsicólogos e neuroimagem, avaliação da resposta aos fármacos antiepiléticos (FAE) pela má-adesão ao tratamento, frequência e doses insuficientes, por vezes com associações inadequadas, e compará-las com risco-benefício cirúrgico e os tipos de politerapia associativas, por isso que é fundamental realizar precocemente o diagnóstico com

a classificação da crise, avaliar a efetividade e segurança do tratamento cirúrgico.

A encefalopatia epiléptica infantil com surto-supressão, também denominada síndrome de Ohtahara, clinicamente, caracteriza-se por crises iniciadas nos primeiros meses de vida, destacando-se crises tônicas focais, posturais ou generalizadas e podendo se associar a crises clônicas focais, parciais simples e espasmos epiléticos. Crises mioclônicas não estão presentes, o que deve ser utilizado no estabelecimento do diagnóstico diferencial com a síndrome de Aicardi^{1,5,7}. A etiologia é variada, podendo decorrer de distúrbios do desenvolvimento cortical, agenesia do corpo caloso e lesões isquêmicas extensas. O exame neurológico é alterado e há severo comprometimento do DNPM. Aproximadamente, metade dos pacientes evoluirá com síndrome de West e, uma parcela menor, com síndrome de Lennox-Gastaut^{1,5,7}. O EEG apresenta desorganização da atividade de base e padrão de surto-supressão, com frequente evolução para descargas polimórficas multifocais (ondas agudas, espícula, poliespícula, espícula-onda e poliespícula-onda), hipsarritmia e ritmo recrutante epilético. Os resultados terapêuticos são desanimadores, com frequente evolução para epilepsia refratária.

A síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) está classificada entre as epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas sintomáticas, sendo mais frequente no sexo masculino. A etiologia é estrutural ou metabólica na maioria dos pacientes, embora sejam relatados casos criptogênicos de menor morbidade neurológica^{1,13,14}. A SLG é definida clinicamente pela tríade: crises atônicas, tônicas e ausência atípica. Em fases mais avançadas é comum a presença de crises parciais complexas, parciais simples e crises tônico-clônica generalizadas (CTCG). As crises têm início antes dos 8 anos de idade, com pico entre 3 e 4 anos.

O EEG apresenta as clássicas descargas de espícula-onda lenta (com frequência inferior a 3 Hz), generalizadas, ocorrendo em uma atividade de base moderada a acentuadamente desorganizada e alentecida. O registro do ritmo recrutante epilético generalizado (surto de atividade rápida com frequência de 10 a 20 Hz, de média amplitude) é frequente durante o sono. A RNM-E complementa a investigação etiológica, sendo os achados radiológicos muito variados, incluindo lesões estruturais decorrentes de hipóxia perinatal, malformações cerebrais, displasias e distúrbios de migração neuronal. RNM-E de alta resolução é capaz de identificar pequenas displasias em pacientes com SLG previamente classificados como criptogênicos, bem como a tomografia por emissão de pósitrons (PET-scan) pode identificar áreas de hipometabolismo em pacientes com RNM-E normal¹⁶⁻¹⁸.

O tratamento geralmente não resulta em controle satisfatório das crises e a evolução com EME tônico ou de ausência atípica é comum. Carbamazepina e fenitoína podem exacerbar crises de ausência atípica e mioclônicas. Procedimentos cirúrgicos paliativos como cirurgias desconectivas, calosotomia e utilização de

estimulador do nervo vago (terapia VNS) são úteis nesses pacientes refratários. Ressecções corticais focais são indicadas em casos específicos e criteriosamente selecionados e com melhor prognóstico para esses pacientes que se encontram na infância.

Síndrome de Landau-Kleffner (SLK) denominada síndrome da epilepsia-afasia, é considerada uma síndrome epiléptica pouco frequente. O diagnóstico ocorre entre 3 e 7 anos de idade e há predomínio no sexo masculino. A etiologia não é totalmente conhecida, sendo possível identificar lesões na estrutura cerebral, como malformações do desenvolvimento cortical e lesões decorrentes de traumatismos ou infecções centrais. Parece haver participação genética em uma parcela menor dos casos. A epilepsia tem evolução heterogênea, podendo ser de fácil controle ou evoluir com refratariedade. Afasia receptiva está presente em todos os pacientes e sua causa não é totalmente conhecida. Alterações funcionais decorrentes da presença de descargas epileptogênicas nas redes neuronais responsáveis pela linguagem falada são identificadas como causa direta dos distúrbios do comportamento verbal.

A atividade epiléptica intensa no lobo temporal esquerdo parece contribuir para o estabelecimento de uma encefalopatia hipometabólica, que se manifestaria por alterações no comportamento verbal e social. O EEG registra descargas de onda aguda nas regiões temporais, com ocasional predomínio à esquerda. Descargas extratemporais também podem estar presentes e uma parte significativa destes pacientes apresenta espícula-onda contínua durante o sono, o que agrava a morbidade neurológica.

A RNM-E pode ser normal, apresentar achados inespecíficos como atrofia cerebral ou alterações estruturais específicas como malformações do desenvolvimento cortical e lesões destrutivas. O tratamento farmacológico, embora geralmente conduza ao controle das crises epilépticas, parece não alterar o comportamento verbal e social. ACTH e corticoides orais são eficazes em alguns pacientes. Valproato de sódio, divalproato de sódio, topiramato e benzodiazepínicos podem auxiliar na terapia de anti-epiléptica de manutenção. Etossuximida é indicada em casos de crises de ausência refratária. Levetiracetam pode ser utilizado em associação. Fenobarbital e fenitoína são contraindicados devido a relatos de agravamento das crises e EME.

A síndrome de Rasmussen (SR) caracterizada por crises epilépticas parciais refratárias, hemiparesia e comprometimento intelectual de caráter progressivo¹. As crises têm início durante a infância e classificadas como parciais complexas e parciais simples (clônicas), podendo evoluir com CTCG. EME focal pode ocorrer em até 20% destes pacientes. Os achados do EEG variam durante a evolução da doença, podendo ser normal nas fases iniciais. Progressivamente, a atividade de

base torna-se assimétrica, sendo o hemisfério cerebral afetado caracterizado por atividade de base alentecida, desorganizada e deprimida. O registro interictal é marcado pela presença de descargas de ondas agudas focais ou multifocais com franco predomínio hemisférico.

A REM-E demonstra atrofia cerebral hemisférica, mais proeminente nas regiões temporais e insulares. A espectroscopia por ressonância magnética pode demonstrar redução relativa do marcador neuronal N-acetil-aspartato (NAA) no hemisfério comprometido. O tratamento é desanimador e não costuma interromper a grave evolução da doença. Embora possam ser indicadas altas doses de esteroides, imunoglobulinas, interferon, ACTH e plasmaferese, a deterioração cognitiva, mental, intelectual e motora é a regra. FAE tradicionais e aqueles mais recentes também não se mostram eficazes. O tratamento cirúrgico deve ser indicado precocemente, com o objetivo de preservar o estado neurológico da criança, sendo mais realizada a hemisferectomia funcional. A transecção subpial múltipla de Frank Morrell é uma alternativa quando há envolvimento de áreas eloquentes.

8 | CONCLUSÃO

Pela refratariedade de controle das crises epiléticas ao tratamento medicamentoso, o prejuízo na área cognitiva e na qualidade de vida, surgiu a necessidade de um tratamento alternativo. A cirurgia ressectiva é indicada como terapêutica curativa ou paliativa após a identificação da zona epileptogênica por vídeo-EEG, testes neuropsicólogos e neuroimagem, avaliação da resposta aos Fármacos antiepiléticos (FAE) pela má-adesão ao tratamento, utilização inadequada ou frequência e doses insuficientes, por vezes com associações inadequadas. Ela só deve ser indicada se houver uma possível oportunidade de melhorar significativamente a vida do paciente.

É claro, pela exposição feita, que o tratamento cirúrgico ressectivo ultrapassa o simples controle das crises epiléticas, promovendo uma mudança na evolução da doença, qualidade de vida, menos riscos de acidentes e redução dos transtornos psiquiátricos devido às crises. Os resultados conseguem ser ainda mais satisfatórios quando realizado em crianças, devido ao processo de desenvolvimento ainda estar acontecendo.

Dessa forma, a cirurgia ressectiva para epilepsia nos traz índices de baixa morbidade e elevado de controle das crises. Associado aos métodos diagnósticos atuais, análise adequada de cada caso, cuidado com a família e com o paciente, e avaliação pré-operatória adequada, a indicação cirúrgica pode ser estabelecida de forma adequada e segura.

REFERÊNCIAS

Costa, J.C. da; Portela, E. J. Tratamento cirúrgico das epilepsias na criança. J. epilepsy clin. neurophysiol. vol.12 n.1 suppl.1. Porto Alegre Mar. 2006.

Jorge, C.L.; Tzu, W. H. Tzu; Roz, L. M. da Roz. **Refratariedade a tratamento em epilepsia.** LIGA BRASILEIRA DE EPILEPSIA (LBE).

Filho, H. S. Maia; Costa, C. R. M da; Gomes, M. M. **Epilepsia e saúde mental na infância.** J. epilepsy clin. neurophysiol. vol.12 n.2 Porto Alegre Junho 2006.

Baaghi E.; Giussani G.; Sander J.W. **The natural history and prognosis of epilepsy** *Epileptic Disord.* 2015 Sep;17(3):243-53.

Fisher, R. S; Acevedo, C.; et al. **Relato oficial da ILAE: Uma definição prática de epilepsia.** *Epilepsia* 2014;55(4):475-82.

Meneses, M. S; Rocha, S.B; et al. **Tratamento cirúrgico da epilepsia do lobo temporal: análise de 43 casos consecutivos.** *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.63 no.3a São Paulo Sept. 2005.

Portuguez M.W. **Memória Epilepsia e Lobectomia Temporal: Um Estudo Neuropsicológico** [Teste de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo –Escola Paulista de Medicina, 1999.

Beghi E; Giussani G; Sander J.W. **The natural history and prognosis of epilepsy.** *Epileptic Disord.* 2015 Sep;17(3):243-53.

Neto, A. R.; Centeno, R.; et al. **Tratamento Cirúrgico das Epilepsias.** *Rev. Neurociências* 9(3): 118-126, 2001

Behling, J. A. K.; Magalhães. L. V.; et al. **Epilepsia do lobo temporal: é possível curar?** *ACTA MEDICA - LIGAS ACADÊMICAS* | ISSN: 0103-5037 | Vol. 39, n. 1 (2018).

Terra, V. C; **Crises e síndromes epiléticas na infância.** Projeto editorial e gráfico: Casa Leitura Médica. São Paulo, SP. 2017.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acupuntura 53, 55, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123
Adolescência 46, 136, 173, 269, 270, 277, 279, 280
Álcool 2, 5, 8, 54, 76, 81, 84, 128, 180, 183, 185, 187, 189, 191, 192, 193, 215, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 223, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 282, 287, 292, 293, 294, 296, 298, 320, 322
Ansiedade 2, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 42, 47, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 69, 70, 85, 99, 103, 104, 106, 109, 117, 119, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 164, 196, 199, 202, 218, 246, 254, 282, 283, 287, 289, 294, 321
Atendimento psicológico 308, 313, 314, 315, 316

C

Cannabis 99, 100, 101, 102, 183, 184, 185, 190, 239, 240, 246, 248, 320, 321, 322
Centro de Atenção Psicossocial 3, 195, 196, 201, 217, 223, 249, 251, 252, 256, 297, 298, 306
Chi Kung/Qi Gong 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61
Comportamento Autodestrutivo 172, 181
Cuidados de Enfermagem 320, 322

D

Depressão 2, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 56, 57, 58, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 103, 104, 106, 108, 109, 116, 117, 119, 122, 131, 133, 136, 141, 142, 143, 146, 198, 202, 218, 240, 246, 253, 283, 289, 290, 291
Depressão pós-parto 31, 33, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49
Diagnóstico Psiquiátrico 86, 93, 95, 98

E

Emergência 181, 204, 205, 208, 213, 214, 298, 301, 305
Enfermagem 30, 34, 41, 44, 45, 46, 48, 49, 84, 85, 108, 114, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 144, 153, 169, 183, 192, 193, 194, 198, 202, 203, 204, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 217, 219, 224, 238, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 272, 274, 275, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 299, 302, 320, 321, 322
Enfermagem psiquiátrica 269, 292
Epilepsia 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 99, 101
Escola 23, 53, 71, 72, 92, 96, 134, 153, 190, 194, 198, 202, 204, 215, 217, 219, 224, 227, 257, 261, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 293, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319
Escuta 114, 131, 254, 256, 295, 302, 303, 305
Esgotamento Profissional 103
Estratégias de enfrentamento 194, 195, 196, 201, 202, 214, 322

Estudante 39, 59, 69, 71, 104, 116, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 183, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 227, 238, 239, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 272, 273, 274, 275, 277, 292, 295, 311

F

Fatores de riscos 4, 33, 43, 45, 46, 48, 75, 76, 78, 81, 82, 84, 103, 105, 180, 181, 185, 189, 251, 253
Funções Executivas 16, 68, 225, 226, 236

G

Gestação 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 42, 43, 45, 46, 274

I

Idoso 59, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85

L

Lesões autoprovocadas 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182

M

Maconha 101, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 193, 222, 238, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248
Medicalização 54, 60, 63, 69, 71, 72, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 97, 122

O

Oncologia 162, 202, 281, 282, 283, 284, 286, 287, 288, 289
Organização Mundial de Saúde 42, 105, 171, 172, 186, 192, 241, 255

P

Práticas intersetoriais 269
Prevenção 1, 3, 6, 7, 9, 25, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 55, 58, 63, 76, 80, 84, 103, 106, 110, 112, 120, 121, 131, 172, 181, 185, 190, 217, 222, 223, 251, 254, 255, 256, 271, 275, 276, 278, 283, 290, 293, 305, 311
Processos de enfermagem 322
Promoção da saúde 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 25, 48, 55, 119, 172, 181, 269, 271, 276, 278, 279, 297, 298, 305, 311
Psicologia 33, 35, 50, 51, 52, 55, 56, 60, 63, 73, 108, 122, 133, 134, 153, 192, 202, 213, 214, 224, 225, 227, 236, 237, 248, 250, 256, 268, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 323
Psicologia da Religião 225, 237

Q

Qualidade de vida 12, 13, 16, 18, 22, 32, 47, 50, 52, 56, 57, 58, 61, 77, 79, 81, 83, 84, 85, 103, 107, 108, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 137, 142, 146, 148, 153, 202, 206, 235, 238, 239, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 271, 283, 298

R

Relacionamento Interpessoal 257, 258, 259, 260, 262, 264, 266, 267, 268

Relato de Experiência 256, 292, 293, 308, 309, 313, 317, 320

Religião 83, 183, 188, 190, 197, 198, 199, 200, 225, 226, 232, 233, 235, 237, 243, 273, 285, 288

Religiosidade 76, 81, 83, 141, 184

S

Saúde Coletiva 9, 85, 97, 98, 122, 123, 168, 169, 172, 181, 182, 183, 193, 224, 238, 248, 256, 279, 280, 307

Saúde sexual 59, 269, 271

Serviços-escola 308, 309, 310, 311, 312, 315, 316, 317, 318, 319

Sexualidade 147, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280

Síndrome de Burnout 103, 108, 204, 205, 206, 208, 210, 212, 213, 214

Sofrimento mental 195, 202, 250, 255, 298, 322

T

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. 259, 262, 265, 266, 267

Terapia Ocupacional 183, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 238, 241, 242, 243, 244, 245

Trabalho 5, 6, 7, 8, 34, 38, 41, 44, 48, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 86, 87, 93, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 113, 125, 133, 137, 151, 156, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 171, 179, 180, 181, 183, 186, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 216, 230, 260, 271, 274, 279, 281, 282, 283, 284, 286, 288, 289, 290, 295, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 311, 317

Transtorno de Déficit de Atenção de Hiperatividade 65

Transtorno de Humor Bipolar 195

Transtorno do espectro autista 86, 94

Tratamento 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 32, 46, 47, 48, 51, 55, 61, 65, 68, 70, 80, 81, 87, 90, 92, 93, 94, 96, 97, 99, 101, 103, 106, 107, 109, 112, 113, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 131, 149, 167, 173, 190, 197, 198, 199, 200, 201, 215, 217, 218, 221, 222, 223, 249, 251, 253, 254, 255, 264, 266, 283, 284, 285, 290, 293, 294, 295, 298, 299, 300, 301, 306, 307, 317, 320, 321, 322

U

Unidades básicas de saúde 109, 212, 305

Urgência 44, 181, 204, 205, 208, 213, 305, 317

Uso de drogas por universitários 184

V

Violência 111, 171, 172, 182, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 254, 271, 298, 300, 304, 305, 306

Vírus da Hepatite B 3

 **Atena**
Editora

2 0 2 0