

AS SÍNDROMES E CRISES EPILÉPTICAS E SUAS RELAÇÕES COM TRABALHO

ESTUDO PROSPECTIVO AMBULATORIAL DE 412 PACIENTES

*MOACIR ALVES BORGES**, *NELY SILVIA ARAGÃO DE MARCHI***,
*ADRIANA KOMATSU SATO****, *FLÁVIO VIANA ALEIXO*****, *JOSÉ ANTONIO CORDEIRO******

RESUMO - O objetivo desta pesquisa foi avaliar, prospectivamente, a influência das síndromes e crises epiléticas sobre o trabalho com base em uma amostra de 412 pacientes do ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Observou-se que, as síndromes epiléticas influenciaram significativamente ($p=0,001$) a capacidade laborativa dos pacientes, sendo que os pacientes com síndromes idiopáticas foram os menos comprometidos, enquanto que os sintomáticos os mais prejudicados. Os tipos de crises, também, influenciaram a capacidade laborativa dos pacientes ($p=0,016$), na seguinte forma: as crises generalizadas não convulsivas não interferiram; as parciais simples e as não classificadas prejudicaram moderadamente; por outro lado, as parciais com evolução para complexa e para generalização tônico-clônica foram as que mais tiraram o paciente do trabalho. A severidade das crises também foi analisada.

PALAVRAS-CHAVE: síndromes epiléticas, crises epiléticas, trabalho.

Epileptic syndromes and seizures and their relationship with work: a prospective ambulatory study in 412 epileptic patients

ABSTRACT - This study aims to evaluate, prospectively, the epileptic syndromes and seizures types upon work based on a sample of 412 out-patients from Hospital de Base, São José do Rio Preto, SP, Brazil. It was observed that the epileptic syndromes were significant in relation to the patients' labor skills ($p= 0.001$): the idiopathic syndromes showed less prejudiced, while the symptomatic was more. The seizures types also had some influence in relation to the patients' labor skills ($p=0.016$): the generalized non-convulsive seizures had no involvement; the simple partial and the non-classified had moderately involvement; and the simple partial seizures evolving to complex and tonic-clonic generalized were the seizures which mostly have taken the patients away from work. The seizure severity was also analyzed.

KEY WORDS: epileptic syndromes and seizures, working.

A epilepsia é uma disfunção do sistema nervoso central, episódica e imprevisível, que causa transtornos às atividades da vida diária das pessoas¹⁻³. As dificuldades no desempenho das atividades cotidianas dos pacientes epiléticos, segundo Hermann e Whitman^{4,5}, dependem de fatores psicológicos, psicossociais e intrínsecos da doença (por eles chamado fatores “neurepiléticos”). Têm sido adequadamente investigados os fatores psicológicos que dificultam a capacidade laborativa (trabalho) como a baixa auto-estima, depressão, ansiedade, medo⁶; também os psicossociais como

Departamento de Ciências Neurológicas da Faculdade de Medicina Rio Preto (FAMERP): *Professor Mestre Assistente e responsável do Serviço de Neurofisiologia Clínica da FAMERP; **Professora Mestre Assistente do Serviço de Neurofisiologia Clínica da FAMERP; ***Residente de Neurologia da FAMERP; ****Residente da Neurocirurgia da FAMERP; *****Professor Doutor de Bioestatística FAMERP. Aceite: 24-abril-2000.

*Dr. Moacir Alves Borges - Av Faria Lima 5622 - 15090-000 São José do Rio Preto SP- Brasil.
E-mail: moacirb@wm.com.br*

rejeição ou superproteção familiar, baixa escolaridade⁵⁻¹⁰, discriminação no ambiente de trabalho¹¹ ou dos empregadores¹² e os inerentes ao trabalho, propriamente ditos, como a falta de qualificação, adequação, readaptação profissional¹³⁻¹⁶ e taxa de desemprego^{17,18}.

A relação dos fatores “neurepilépticos” e trabalho tem sido motivo de pesquisa^{3,16}, mas o impacto específico das crises e das síndromes epiléticas, segundo a International League Against Epilepsy (ILAE)^{19,20} tem sido abordado apenas superficialmente e com conclusões controversas^{1,18,21-23}.

O objetivo da atual pesquisa é avaliar as relações das crises e das síndromes epiléticas com o trabalho.

MÉTODO

A relação das crises e das síndromes epiléticas com o trabalho foram analisadas a partir dos dados de 1.129 protocolos, obtidos, por ordem de chegada, mediante entrevistas pessoais feitas pelo mesmo neurofisiologista clínico, por ocasião da primeira consulta, com atualização por ocasião de cada retorno regular semestral, dos pacientes com epilepsia no ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto, no período de três anos meio, de março de 1996 a agosto de 1999.

Somente o protocolo mais atualizado de cada paciente na idade entre 14 e 65 anos e residência fixa nesta cidade foi considerado para o estudo.

Define-se como paciente epilético (ILAE) aquele que teve, pelo menos, duas crises não provocadas e com intervalo entre elas superior a 24 h. Considerou-se apenas a epilepsia ativa, segundo o critério de Jacoby, isto é, uma crise nos 2 últimos anos⁵. Usou-se o critério de Palmieri e Da Costa²⁴ para diferenciar epilepsia de crises epiléticas, segundo o qual, a primeira constitui a entidade nosológica como um todo e a segunda é apenas uma das partes da entidade. A etiologia das epilepsias foi classificada de acordo com a ILAE²⁵, conforme segue: *idiopática* refere-se à epilepsia que se enquadra em umas das síndromes epiléticas (presumidamente genética) e ocorre na ausência de quaisquer anormalidades neurológicas; *sintomática* refere-se à epilepsia que ocorre na presença de uma agressão remota ou a uma prévia desordem que seja reconhecidamente associada a fator de risco da epilepsia e, finalmente, o termo *criptogênico* é usado para a ausência da causa identificável e o paciente não reunir critério para a síndrome epilética idiopática.

Foram excluídos: epiléticos com déficits neurológicos ou mentais (QI < 80), diabéticos, aidéticos, alcoolistas, os que se mudaram ou que não retornaram ao ambulatório desde março de 1996 e os com protocolos ininteligíveis ou incompletos.

Apenas, para efeito de entendimento, foi estabelecido que *trabalho* é a modalidade de atividade diária com responsabilidade, podendo ser remunerado ou não; “*do lar*” e *estudantes* foram consideradas as modalidades de trabalho não remunerado; *sem trabalho* foram consideradas os desempregados, os desocupados, os pensionistas e com auxílio doença da Previdência e os aposentados.

As crises parciais simples (CPS) foram divididas em motoras (clônicas de face e extremidades apendiculares, versivas, tônico-posturais e circunversivas) e não motoras (sensitivas, autonômicas e experienciais). As crises generalizadas (CGEN) foram divididas em convulsivas (CGEN tônico-clônica [CGEN TC] e não convulsivas (ausência e mioclônica). Em caso de mais de uma crise, considerou-se aquela causadora de maior impacto psicossocial.

Enquadraram-se nos critérios propostos 412 pacientes epiléticos.

As diferenças obtidas dos vários tipos de crises epiléticas foram comparadas, utilizando-se cálculos estatísticos do χ^2 do MINITAB. Nos casos de valor amostral pequeno, usou-se o teste exato de Fisher. O grau de interdependência das categorias “COM TRABALHO” e a “SEM TRABALHO” foi analisado com as variáveis síndromes e crises epiléticas, utilizando-se a análise de dependência multifatorial pelo método da ANADEP²⁶. Por este método a interdependência será tanto maior, quanto maior for a distância, em valor absoluto, entre as categorias e as demais variáveis no mesmo quadrante. Usou-se o intervalo de confiança (IC, 95%) na estimação paramétrica dos atuais resultados com os da literatura. Foi considerado resultado significante o que produziu valor $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A média de idade foi 35,53 anos, DP = 12,85 e amplitude de idade, 14-64 anos. O gênero masculino foi encontrado em 53,64% (valor- $p = 0,15$) e não pode ser considerado diferente do feminino.

Tabela 1. Percentagens dos principais crises epiléticas.

Tipos de crises	N	%	IC-95%
CGENs	33	8,1	5,5-10,7
Ausência	13	3,2	-
CGEN tônico-clonica	11	2,6	-
Mioclônica	9	2,2	-
CPSs	313	76	71,9-80,1
Versivas	66	16,1	12,6-19,6
Experienciais	80	19,4	15,3-32,2
“Bolus” epigástrico	66	16,1	12,6-19,6
Vertiginosas	24	5,8	2,6-8
Sensitivo/motoras	38	9,2	6,4-12
Visuais	21	5,1	3-7,2
Sensitivas especiais*	10	2,4	-
Fonatórias [#]	8	1,9	-
CPCs	187	45,3	40,5-50,1
CPC isolada	14	3,4	1,7-5,1
CPC → TC	16	3,9	2-5,8
CPS → CPC	57	13,8	10,5-17,1
CPS → CPC → TC	100	24,3	21,5-27,1
Crises não classificadas	19	4,6	2,6-6,6

N, número de pacientes; CGens, crises generalizadas; CPSs, crises parciais simples; *, uncinadas, auditivas e gustatórias; #, afásicas motora ou sensitiva; CPCs, crises parciais complexas.

As síndromes epiléticas tiveram a seguinte distribuição: 40 (9,7%: IC-95% [6,9- 12,5]) pacientes com epilepsia idiopática, 79 (19,2%: [15,4-23]), sintomática, e 293 (71,1%: [66,7-75,5]), criptogênica.

Entre todas as crises, 61,6% delas apresentaram alguma forma de generalização do tipo TC. Entre os pacientes com crises parciais, apenas 44 (10,7%) deles eram auto limitadas e 7 (1,7%) tinham crises parciais idiopáticas (epilepsia benigna com descarga centro-temporo-occipital).

A amostra teve a seguinte composição, com referência à frequência das crises: 62 (15% IC,95%; 11,6-18,4) pacientes tinham crises semanais, 170 (41,3% 36,6-46), mensais, 162 (39,3% 33,5-45,1), anuais e 18 (4,4% 2,4-6,4), indeterminadas.

DISCUSSÃO

A amostra estudada mantém algumas semelhanças do perfil semiológico das epilepsias com um estudo anterior do primeiro autor²⁷, realizado em 1996. Naquela época a amostra, ainda com 145 pacientes, tinha 8,2% pacientes com crises idiopáticas, 62%, criptogênicas e 29%, crises sintomáticas; 9% de CGENs, 84,1% CPSs; 3,4 de CPCs isoladas e 3,4% de crises não classificadas (Tabela 1). A baixa percentagem de crises sintomáticas associada à elevada de criptogênica (71,1%) é semelhante às amostras estudadas dos países em desenvolvimento, conforme a revisão de Lima²⁸. Também pode ocorrer em amostras de centros de referência de países desenvolvidos, como é visto no Chalfont Center for Epilepsy na Inglaterra, onde Thompson e Oxley²¹ estudaram 92 epiléticos com crises não controladas, na década de oitenta, e encontraram 11% de CGENs, 16% CPS sem espalhamento

Tabela 2. Relação das percentagens das síndromes epiléticas com o trabalho*.

Categorias	Etiologias sindrômicas								p
	Idiopática		Criptogênica		Sintomática		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Trabalha	35	87,5	224	76,5	47	40,5	306	74,3	0,001
Não trabalha	5	12,5	69	23,5	32	59,5	106	25,7	
Sub total	40	100	293	100	79	100	412	100	

*, $\chi^2 = 13,420$; GL = 2; N, n° de pacientes.

e 73% parciais com evolução para TC secundária. Esses perfis, acrescidos da alta frequência de crises semanais e mensais conferem à amostra atual o caráter de severidade da doença. Tal viés é explicado pelo fato de que somente os pacientes com epilepsia recente e os que não conseguem controle medicamentoso satisfatório são encaminhados a este serviço, enquanto os demais permanecem com a orientação nas cidades vizinhas ou nos Postos de atendimento nos bairros (SUS-Sistema Unificado de Saúde), de modo que a amostra superestima as crises de difícil controle e as de grande impacto psicossocial.

As síndromes epiléticas (Tabela 2) influenciaram de forma significativa a capacidade laborativa dos pacientes ($p = 0,001$) e, mediante análise de dependência (Fig 1), conclui-se que a categoria “COM TRABALHO” apresentou forte interdependência com a síndrome epilética idiopática, enquanto na categoria “SEM TRABALHO”, com a síndrome epilética sintomática ($p = 0,000$). A presença marcante das epilepsias idiopáticas (forte interdependência) na categoria trabalho deve-se: a ausência de crises devido à facilidade quanto ao controle medicamentoso (CGENTC e ausência piconoléptica); mesmo aquelas para os quais não se obtêm controle medicamentoso adequado são sutis, têm fatores precipitantes facilmente identificáveis e ocorrerem em determinados horários (ausência espanoléticas e epilepsia mioclônica juvenil).

Na literatura, Rodin et al.²⁹, na década de setenta, e Fraser et al.¹⁸, na década de oitenta, trabalharam com amostras específicas semelhantes à atual e não encontraram influência das crises

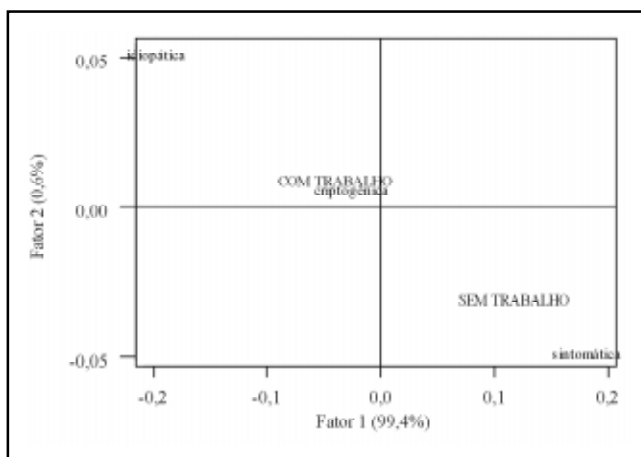


Fig 1. Síndromes epiléticas e trabalho.

Tabela 3. Relação das percentagens das crises epilépticas com o trabalho*.

Tipos de crises	Categorias					
	Trabalha		Não trabalha		Tipo/Total	
	N	%	N	%	N	%
Gnc	22	100	-	-	22	5,3
PSnm	20	87	3	13	23	5,6
NC	16	84,2	3	15,8	19	4,6
PSmPC	29	82,9	6	17,1	35	8,5
TC	22	78,6	6	21,4	28	6,8
PSnmPC	44	74,6	15	25,4	59	14,3
PSmPCTC	51	68	24	32	75	18,2
PSnmPCTC	102	67,6	49	32,4	151	36,7
Total	306	74,3	106	25,7	412	

$\chi^2 = 17,278$; GL = 7; *, valor-p = 0,016; →, evolução para; Gnc, não convulsiva; NC, Crises não classificadas; PSnm, crise parcial não motora auto limitada; TC, CGEN TC + TCG secundária; PSmPC, CPSm + CPSm → CPC+CPC; PSnmPC, CPS não motora → CPS; PSnm PC TC, CPS não motora → TCG + CPS não motora → CPC → TCG; PSm PC TC, CPSm → TCG + CPSm → CPC → TCG.

com trabalho, entretanto ambas as amostras eram pequenas, tinham pacientes com déficits ao exame neurológico e não usaram a atual classificação.

Observou-se que as crises (Tabela 3) têm interferência significativa sobre trabalho (p = 0,016) e, mediante análise de dependência (Fig 2), destacou-se que a categoria “COM TRABALHO” teve maior interdependência com as crises generalizadas não convulsivas (valor-p = 0,000). Este fato deflui, como consequência, de essas crises constituírem parte importante das epilepsias idiopáticas, cuja explicação foi dada em parágrafo anterior. Seguindo a ordem decrescente, a categoria “COM

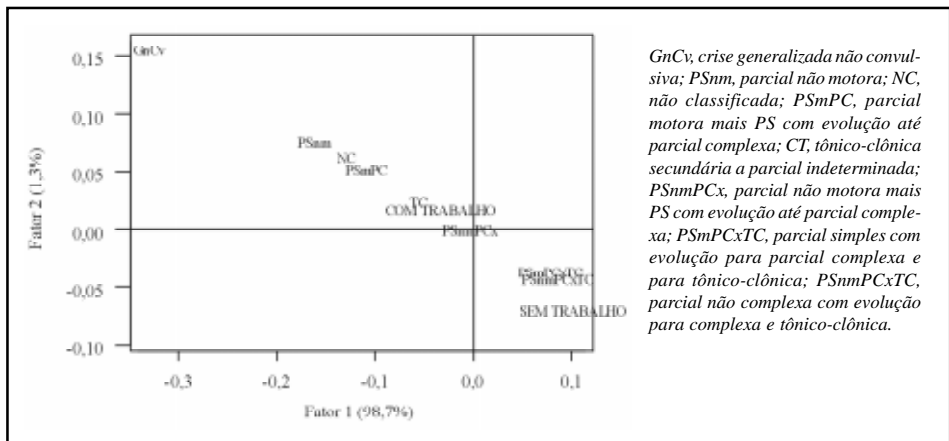


Fig 2. Crises epilépticas e trabalho.

TRABALHO” tem interdependência ainda forte com as *crises parciais não motoras* (PSnm). As *crises não classificadas* (NC) também têm boa identificação com trabalho, provavelmente devido ao fato de alguma delas derivarem das crises generalizadas mal caracterizadas e/ou crises parciais de sono (o que não interferiria nas atividades laborativas diurnas). As *crises parciais motoras e raras crises parciais motoras com evolução para complexa* (PSmPC) são as últimas que ainda têm interdependência forte por esta categoria. Seguem-se, ainda, no mesmo quadrante (Fig 2), as *crises tônico-clônicas* (TC) e crises parciais não motoras ocupam posição neutra, quanto à interdependência, em relação à categoria “COM TRABALHO”.

A maior perda da capacidade laborativa do epilético (Tabela 3) ocorre naqueles em que há ocorrência de crises parciais com evolução para complexa e para generalização tônico-clônica (valor-p = 0,016). A análise de dependência (Fig 2) destaca também que a categoria “SEM TRABALHO” exerceu forte interdependência (quadrante pequeno) a apenas esses dois tipos de crises e de modo semelhante (valor-p = 0,000). Esses dados estão em acordo aos achados de Anneger et al.³⁰, na década de oitenta, citados por Thompson e Oxley²¹. Os estudos de Jacoby^{5,31}, também apontam o impacto das crises sobre o trabalho, porém são amostras populacionais e cuja comparação requer cautela. Assim, foi a conjunção das crises parciais complexas com a generalização tônico-clônica, enquanto evolução de qualquer crise parcial, o fator responsável pela perda da capacidade laborativa desses pacientes epiléticos.

Os resultados desta pesquisa, embora com o viés inerente à amostra ambulatorial de centro de referência regional, mostraram, de forma estatística uma obviedade, i.é. que tanto as síndromes epiléticas como as diversas crises eletro-clínicas, têm significativa influência no trabalho. Ademais, destaca a alta percentagem de crises criptogênicas que é resultado da dificuldade que esses pacientes estão encontrando em se beneficiarem dos recursos tecnológicos disponíveis atualmente indispensáveis para a realização do diagnóstico causal de epilepsia.

REFERÊNCIAS

1. Udel M. The work performance of epileptics in industry. Arch Environ Health 1960;1:91-98.
2. Jacoby A. Epilepsy and quality of everyday life: findings from a study of people with well-controlled epilepsy. Soc Sci Med 1992;34:657-666.
3. Jalava M, Sillanpää M, Camfield C, Camfield P. Social adjustment and competence 35 years after onset of childhood epilepsy: a prospective controlled study. Epilepsia 1997;38:708-715.
4. Hermann BP, Whitman S. Psychopathology in epilepsy: a multi-etiological model. In Whitman S, Hermann BP (eds). Psychopathology in epilepsy social dimension. Oxford: Oxford Univ Press, 1986.
5. Jacoby A, Baker GA, Steen N, Potts P, Chadwick QW. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a UK community study. Epilepsia 1996;37:148-161.
6. Brown SW. What resources? Addressing the needs of the epilepsy community. Seizure 1995;4:207-210.
7. Ryan R, Kempner K, Emlen AC. The stigma of epilepsy as a self-concept. Epilepsia 1980;21: 433-444.
8. Carroll D. Employment among people with epilepsy. Seizure 1992;1:127-131.
9. Bernet-Bemardy P, Tabo A, Druet-Cabanac M, et al [Epilepsy and its impact in northwest region of the Central African Republic]. Med Trop 1997;57:407-411.
10. Chaplin JE, Wester A, Tomson T. Factors associated with the employment problems of people with established epilepsy. Seizure 1998;7:299-303.
11. Troxell J. Epilepsy and employment: the Americans with disabilities act and its protections against employment discrimination. Med Law 1997;16:375-384.
12. Cooper M. Epilepsy and employment-employer attitudes. Seizure 1995;4:193-199.
13. Yagi K. Epilepsy: comprehensive care, quality of life, and factors preventing people with epilepsy from being employed. Clin Ther 1998;20:19-29.
14. Lennox MA, Mohr J. Social and work adjustment in patients with epilepsy. Am J Psychiatry 1951;107:257-263.
15. Britten N, Morgan K, Fenwick PBC, Britten H. Epilepsy and handicap from birth to age 36. Dev Med Child Neurol 1986;28:719-728.
16. Marques- Assis L, Teixeira MR. Epilepsia e trabalho. Rev Paul Med 1986;104:128-131.
17. Elwes RD, Marshall J, Beattie A, Newnam PK. Epilepsy and employment: a community based survey in an area of high unemployment. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1991;54:200-203.
18. Fraser RT, Clemmons DC, Trejo WR, Temkin NR. Program evaluation in epilepsy rehabilitation. Epilepsy 1983;24:734-746.
19. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy: proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. Epilepsia 1981;22:489-501.

20. Commission on Classification and Terminology of the International League against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies syndromes. *Epilepsia* 1989;30: 389-399.
21. Thompson PJ, Oxley J. Socioeconomic accompaniments of severe epilepsy. *Epilepsia* 1988;29:9-18.
22. Collings JA. Epilepsy and the experience of employment: a report of National Survey by the British Epilepsy Association, Leeds, BEA, 1992.
23. Callaghan N, Crowley M, Goggin T. Epilepsy and employment, marital, education and social status. *Ir Med J* 1992;85:17-9.
24. Palmini A, Costa JC. Introdução à epileptologia clínica e classificação das epilepsias e crises epiléticas. In Costa JC, Palmini A, Yacubian EMT, Cavalheiro ES (eds): *Fundamentos neurobiológicos das epilepsias*. São Paulo: Lemos Editorial 1998:149-161.
25. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia* 1993;34:592-596.
26. Cordeiro JA. Análise de dependência. Tese de Livre Docência. UNESP 1990.
27. Borges MA, Cruz EMTN. Epilepsia and working: it is relationship (abstract). *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56:325-326.
28. Lima JML. Síndromes epiléticas mais comuns no adulto. In Costa JC, Palmini A, Yacubian EMT, Cavalheiro ES (eds): *Fundamentos neurobiológicos das epilepsias*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998:326-327.
29. Rodin EA, Shapiro HL, Lennox K. Epilepsy and life performance. *Rehab Lit* 1977;38:34-38.
30. Anneger JF, Hauser WA, Elveback LR, Kurland LT. Remission and relapse of seizures in epilepsy. In Wada JA, Penry JK (eds). *Advances in epileptology: the Xth Epilepsy International Symposium*. New York: Raven Press 1980:143-147.
31. Jacoby A. Impact of epilepsy on employment status: findings from a UK study of people with well-controlled epilepsy. *Epilep Res* 1995;2:125-132.