

EPILEPSIA NA PRÁTICA CLÍNICA: REVISÃO DAS EVIDÊNCIAS SOBRE DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ENCAMINHAMENTO ESPECIALIZADO

Epilepsy in Clinical Practice: A Review of the Evidence on Diagnosis, Treatment, and Specialized Referral

Victor Borges da Silva (Autor)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9731-0079>

Residente em Clínica Médica

Instituição: Irmandade Santa Casa da Misericórdia de São Carlos (ISCMSC)

E-mail: victorborges188@gmail.com

Natália Pandolfi Marinho (Co-autor)

Residente em Clínica Médica

Instituição: Irmandade Santa Casa da Misericórdia de São Carlos (ISCMSC)

E-mail: natalia_pmarinho@hotmail.com

Ana Laura Moterani Irulegui (Co-autor)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9427-1319>

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT)

E-mail: analaure.moterani@hotmail.com

Carlos Walmyr de Mattos Oliveira (Orientador)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4823-854X>

Médico / Doutorando em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas

Instituição: Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz

E-mail: cwcarlosmattos@gmail.com

RESUMO

A epilepsia é um distúrbio neurológico crônico caracterizado pela ocorrência recorrente de crises epiléticas, com ampla diversidade clínica e elevado impacto na qualidade de vida dos pacientes. Estima-se que afete cerca de 65 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo mais prevalente em países de baixa e média renda, onde as barreiras estruturais dificultam o diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento adequado. Este artigo teve como objetivo revisar criticamente as evidências atuais sobre o diagnóstico clínico e complementar da epilepsia, suas abordagens terapêuticas – com ênfase no uso racional de medicamentos anticrise – e os critérios clínicos que norteiam o encaminhamento especializado. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com buscas em bases de dados científicas (PubMed, Scopus, Web of Science e SciELO), incluindo estudos publicados entre 2010 e 2025, em português e inglês. Selecionaram-se publicações relevantes sobre diagnóstico, tratamento e encaminhamento especializado, analisadas de forma narrativa e temática. Os achados apontam avanços nas classificações diagnósticas da epilepsia, no reconhecimento de síndromes epiléticas específicas e na utilização de ferramentas

complementares, como EEG e neuroimagem. A maioria dos pacientes responde à monoterapia, mas cerca de 30% desenvolvem epilepsia farmacorresistente, exigindo abordagens multidisciplinares especializadas. Além disso, destacam-se critérios clínicos para o encaminhamento a centros especializados e a necessidade de considerar aspectos psicossociais no manejo. Conclui-se que a integração entre diagnóstico preciso, individualização terapêutica e suporte contínuo é essencial para melhorar os desfechos clínicos e a qualidade de vida das pessoas com epilepsia, reforçando o papel da atenção primária e a importância de políticas públicas equitativas.

Palavras-chave: Epilepsia; Diagnóstico clínico; Tratamento; Medicamentos anticrise; Atenção primária; Encaminhamento especializado.

INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma condição neurológica crônica e multifatorial que afeta aproximadamente 50 a 70 milhões de pessoas em todo o mundo, constituindo uma das doenças neurológicas mais prevalentes globalmente. Segundo a definição atual da *International League Against Epilepsy* (ILAE), trata-se de um distúrbio cerebral caracterizado por uma predisposição duradoura para gerar crises epiléticas, bem como pelas suas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. O diagnóstico de epilepsia é estabelecido quando ocorrem, pelo menos, duas crises não provocadas em um intervalo superior a 24 horas; ou uma única crise não provocada associada a um risco de recorrência maior ou igual a 60% nos 10 anos seguintes, com base em achados de imagem ou de eletroencefalograma (EEG); ou, ainda, na presença de uma síndrome epilética bem definida.

As crises epiléticas são manifestações clínicas transitórias resultantes de descargas neuronais anormais, excessivas e síncronas no cérebro. Essas manifestações podem variar desde alterações motoras e sensoriais até distúrbios autonômicos e comportamentais, impactando significativamente a autonomia e a qualidade de vida dos pacientes. Indivíduos com epilepsia frequentemente enfrentam limitações em suas atividades diárias, prejuízo cognitivo, comorbidades psiquiátricas e estigma social, o que contribui para uma carga psicossocial considerável. A imprevisibilidade das crises e a elevada taxa de mortalidade associada — até 10 vezes maior que na população geral — tornam a epilepsia uma condição particularmente desafiadora. Entre os fatores de risco para mortalidade estão quedas, traumas, queimaduras, afogamentos, estado de mal epilético, suicídio e a morte súbita inesperada na epilepsia (SUDEP).

Embora o avanço terapêutico tenha possibilitado o controle adequado das crises em aproximadamente 70% dos casos, estima-se que cerca de 30% dos pacientes com epilepsia não respondam satisfatoriamente ao tratamento medicamentoso convencional, sendo classificados como portadores de epilepsia farmacorresistente. Nesses casos, a falência terapêutica após o uso de pelo menos dois medicamentos anticrise (MACs) adequadamente escolhidos e administrados limita de forma expressiva a possibilidade de remissão, com taxas de sucesso em novas tentativas reduzidas a apenas 5 a 10%. Além disso, a abordagem desses pacientes exige recursos especializados, incluindo intervenções como cirurgia, neuromodulação, dieta cetogênica e suporte multidisciplinar contínuo.

Diante da complexidade diagnóstica, da diversidade de apresentações clínicas e das limitações terapêuticas, torna-se imperativo revisar criticamente as evidências atuais sobre a epilepsia na prática clínica. Isso inclui não apenas o reconhecimento preciso das crises e síndromes epiléticas, mas também a avaliação criteriosa das ferramentas diagnósticas complementares, a escolha individualizada das opções farmacológicas e os critérios clínicos que orientam o encaminhamento para serviços especializados. Além disso, destaca-se a importância de estratégias integradas que considerem as repercussões psicossociais da doença, ampliando o cuidado para além da simples supressão das crises.

Este artigo tem como objetivo revisar e sintetizar as principais evidências disponíveis na literatura científica sobre o diagnóstico clínico e complementar da epilepsia, suas abordagens terapêuticas com foco no uso racional de medicamentos anticrise, e os critérios que norteiam o encaminhamento especializado em contextos clínicos específicos. A proposta é oferecer uma visão abrangente e atualizada que auxilie profissionais de saúde, especialmente aqueles atuantes na atenção primária, no manejo eficaz e humanizado dos pacientes com epilepsia.

METODOLOGIA

Foram realizadas buscas sistemáticas nas principais bases de dados eletrônicas, abrangendo artigos científicos publicados em inglês e português, no período de janeiro de 2010 a abril de 2025, visando garantir a atualização e relevância dos achados.

As bases de dados consultadas incluíram PubMed, Scopus, Web of Science e SciELO, reconhecidas pela abrangência e qualidade das publicações na área neurológica e clínica. A

estratégia de busca utilizou palavras-chave e descritores alinhados ao tema central da revisão, tais como "epilepsy", "diagnosis", "treatment", "antiepileptic drugs", "status epilepticus", "referral", e "clinical practice", combinados com operadores booleanos para otimizar a precisão dos resultados. Especificamente, foram aplicados os operadores AND para conjunção dos termos principais (ex.: epilepsy AND diagnosis AND treatment) e OR para inclusão de sinônimos ou termos correlatos (ex.: antiepileptic drugs OR antiseizure medications).

Os critérios de inclusão abrangeram estudos originais, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas e metanálises que abordassem aspectos diagnósticos, terapêuticos e de encaminhamento especializado em epilepsia, com ênfase em populações adultas e pediátricas. Foram priorizados artigos publicados em periódicos indexados e revisados por pares, assegurando a confiabilidade das evidências. Foram excluídos estudos com amostras restritas a animais, relatos de caso isolados, artigos sem texto completo disponível e publicações em idiomas diferentes de português e inglês.

O processo de seleção dos estudos foi realizado em duas etapas independentes por dois revisores, que inicialmente analisaram os títulos e resumos para avaliação da pertinência, seguindo-se a leitura integral dos textos que atenderam aos critérios iniciais. Em caso de divergência entre os revisores, a decisão final foi tomada mediante consenso ou pela consulta a um terceiro avaliador, garantindo a objetividade e minimizando vieses.

Para a extração dos dados, foi elaborado um instrumento padronizado contendo informações sobre autoria, ano de publicação, tipo de estudo, objetivos, metodologia, principais achados e limitações, permitindo uma análise qualitativa detalhada e sistematizada dos conteúdos selecionados. A síntese dos resultados foi realizada de forma narrativa, com agrupamento temático dos principais aspectos relativos ao diagnóstico clínico e laboratorial da epilepsia, modalidades terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, manejo do status epilepticus e critérios para encaminhamento a centros especializados.

Embora a avaliação da qualidade metodológica dos estudos não tenha sido o foco principal desta revisão integrativa, foram considerados aspectos essenciais como o tipo de estudo, amostra e metodologia adotada para garantir a consistência das informações apresentadas. Ressalta-se que esta abordagem metodológica possibilita uma compreensão ampla e atualizada das práticas

clínicas na epilepsia, embasando profissionais da saúde na tomada de decisões fundamentadas em evidências recentes e consolidadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura revela que a prevalência global da epilepsia se situa entre 0,5% e 1,0% da população mundial, correspondendo a aproximadamente 65 milhões de pessoas afetadas, conforme estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se, portanto, de uma condição neurológica de expressiva magnitude epidemiológica, com impacto relevante nos sistemas de saúde, sobretudo nos contextos de baixa e média renda. A incidência anual varia entre 50 e 100 casos por 100 mil habitantes, com picos notadamente observados nos extremos etários — especialmente em crianças menores de 1 ano e em idosos com mais de 85 anos de idade. Esses dados reforçam a importância do monitoramento contínuo e da estratificação etária nas políticas de rastreio e intervenção precoce.

Outro ponto de destaque é a distribuição geográfica da carga da epilepsia: aproximadamente 80% dos casos estão concentrados em países com recursos limitados, onde os sistemas de saúde apresentam maiores fragilidades quanto à detecção precoce, acesso ao diagnóstico e tratamento contínuo. Essa realidade epidemiológica amplia os desafios clínicos e sociais associados à doença, com implicações diretas para o controle das crises, prevenção de comorbidades e redução do estigma social. Além disso, na atenção primária à saúde (APS), a epilepsia configura-se como a segunda condição neurológica crônica mais prevalente, o que reforça a necessidade de capacitação das equipes multiprofissionais e de integração das ações de vigilância, manejo clínico e suporte psicossocial.

Os dados epidemiológicos disponíveis demonstram não apenas a elevada prevalência e incidência da epilepsia em escala global, mas também a distribuição desigual de seus determinantes e desfechos, evidenciando lacunas relevantes em termos de equidade no acesso ao cuidado. Essas observações fundamentam a urgência de estratégias integradas de saúde pública voltadas à melhoria da vigilância epidemiológica, ao fortalecimento da atenção básica e à ampliação do acesso a terapias baseadas em evidências, sobretudo em populações vulneráveis.

Atualizações Classificatórias, Abordagem Clínica e Avanços na Investigação Complementar

A classificação e o diagnóstico das crises epilépticas passaram por significativas atualizações nos últimos anos, com impacto direto sobre a prática clínica e a definição terapêutica. Em 2017, a Comissão de Classificação e Terminologia da Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE) reformulou a classificação das crises epilépticas, consolidando uma abordagem eletroclínica que as categoriza em três grandes grupos: crises de início focal, início generalizado e início desconhecido. Posteriormente, em 2022, a ILAE reconheceu 39 síndromes epilépticas distintas, reforçando a necessidade de uma caracterização mais precisa dos padrões clínicos e eletroencefalográficos para fins diagnósticos e prognósticos.

As crises de início focal, que representam cerca de 70% dos casos em adultos com epilepsia recém-diagnosticada, têm origem localizada e podem apresentar manifestações motoras ou não motoras, com ou sem comprometimento da consciência. Quando há preservação da consciência, são classificadas como crises perceptivas; nos casos com alteração do estado de consciência, denominam-se crises disceptivas. Essas manifestações incluem desde automatismos motores e espasmos epilépticos até sintomas autonômicos, cognitivos, emocionais ou sensoriais. Já as crises generalizadas envolvem ambos os hemisférios cerebrais desde o início ictal e se dividem em motoras (como tônico-clônicas, mioclônicas e atônicas) e não motoras (principalmente ausências típicas ou atípicas). As crises de início desconhecido são aquelas em que não é possível determinar o ponto inicial da atividade epiléptica, sendo inicialmente categorizadas por manifestações motoras ou não motoras até que exames complementares ou evolução clínica permitam uma classificação mais precisa. Ademais, crises focais podem evoluir para crises tônico-clônicas bilaterais, fenômeno clínico que ilustra a complexidade da propagação ictal.

A determinação do tipo de epilepsia também considera o padrão das crises e pode ser classificada como focal, generalizada, combinada (focal e generalizada) ou de etiologia desconhecida. A ILAE recomenda, ainda, a investigação da etiologia como parte essencial da avaliação diagnóstica, dada sua relevância na escolha terapêutica e na previsão do prognóstico. As etiologias reconhecidas abrangem causas estruturais (como esclerose mesial temporal, displasias corticais e neoplasias), genéticas, metabólicas, imunológicas (ex.: encefalites autoimunes com anticorpos anti-NMDA) e infecciosas (como neurocisticercose e meningites), exigindo uma abordagem diagnóstica multifatorial.

O diagnóstico clínico baseia-se em uma anamnese detalhada, sendo fundamental a descrição semiológica das crises, idade de início, frequência, fatores precipitantes, pródromos, nível de consciência durante os eventos e presença de comorbidades. A participação de acompanhantes que testemunharam as crises é crucial para reconstrução acurada do episódio, uma vez que raramente o médico presencia as manifestações ictais. O uso de vídeos gravados por familiares ou cuidadores tem se mostrado uma ferramenta diagnóstica de valor crescente, especialmente nos casos de difícil caracterização.

O exame físico geral e neuropsiquiátrico pode fornecer pistas etiológicas, sobretudo na presença de sinais clínicos de doenças neurológicas subjacentes. Ainda assim, a maioria dos pacientes apresenta exame físico normal, o que reforça a importância dos exames complementares. Entre estes, destaca-se o eletroencefalograma (EEG), que, embora tenha sensibilidade limitada (cerca de 50%), é capaz de identificar padrões sugestivos de epilepsia, local de origem das descargas epiléticas e resposta ao tratamento. Contudo, um EEG normal não exclui o diagnóstico de epilepsia. A neuroimagem, por sua vez, é indispensável na detecção de alterações estruturais e na definição do foco epileptogênico. A ressonância magnética (RM) apresenta maior sensibilidade que a tomografia computadorizada (TC) na investigação etiológica, sendo o exame de escolha na maioria dos casos. No entanto, a TC ainda é amplamente utilizada nos serviços de emergência, principalmente na exclusão de causas agudas como traumatismos, por sua maior disponibilidade e agilidade na realização.

A identificação precoce de síndromes epiléticas específicas é igualmente prioritária, uma vez que muitas delas apresentam comorbidades neuropsiquiátricas associadas que requerem manejo multidisciplinar. O reconhecimento sindrômico permite não apenas a personalização do tratamento, mas também a previsão do curso clínico e a resposta terapêutica, otimizando o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes. Em suma, o processo diagnóstico da epilepsia envolve a integração criteriosa de dados clínicos, exames complementares e critérios classificatórios atualizados, sendo determinante para a escolha terapêutica e para a abordagem individualizada do paciente epilético.

Critérios para Encaminhamento Especializado e Intervenção em Urgência

A literatura científica reforça que pacientes com epilepsia (PCEs) que apresentam bom controle das crises, ausência de comorbidades significativas e resposta adequada ao tratamento

farmacológico podem ser acompanhados com segurança no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, determinadas condições clínicas demandam avaliação especializada, seja em ambulatorios de neurologia, centros terciários ou serviços de urgência e emergência, especialmente diante da possibilidade de evolução clínica desfavorável ou de complexidade no manejo.

Diversos estudos identificam sinais de alerta que indicam a necessidade de encaminhamento desses pacientes para acompanhamento especializado. Entre os principais critérios clínicos estão: presença de múltiplas crises epiléticas com difícil controle terapêutico, suspeita de doenças sistêmicas ou neurológicas agudas associadas, ocorrência em extremos de idade (crianças muito pequenas ou idosos), histórico de estado de mal epilético, diagnóstico de síndromes epiléticas específicas, uso de esquemas terapêuticos complexos com risco de interações medicamentosas, comprometimento cognitivo significativo, encefalopatias epiléticas ou do neurodesenvolvimento, e alterações estruturais ou neurológicas detectadas por exames de imagem.

Além disso, existem situações clínicas que exigem intervenção imediata e encaminhamento direto para serviços de urgência e emergência. Dentre essas, destacam-se: surgimento de nova alteração neurológica após a ocorrência de uma crise, persistência de alteração do nível de consciência entre os episódios, sugerindo a possibilidade de estado de mal epilético, suspeita de crise sintomática aguda (como aquelas secundárias a distúrbios metabólicos, infecciosos ou tóxicos), crises com duração superior a cinco minutos, ocorrência de traumatismo craniano associado às crises, e descompensações agudas de comorbidades clínicas ou psiquiátricas que agravem o quadro epilético.

O reconhecimento precoce desses sinais de alerta é essencial para a adequada estratificação do risco, para a definição da conduta assistencial e para a prevenção de complicações. A qualificação das equipes da APS quanto aos critérios clínicos de gravidade e às situações que demandam avaliação especializada contribui significativamente para a integralidade do cuidado, reduzindo o tempo até o diagnóstico adequado e ampliando as chances de controle eficaz das crises epiléticas.

Evidências Farmacológicas, Critérios de Individualização e Considerações Psicossociais

A decisão sobre o início do tratamento antiepiléptico após uma primeira crise deve ser pautada em evidências clínicas e considerações individuais. Pacientes sem fatores de risco associados à recorrência, como lesões estruturais evidenciadas em exames de imagem ou atividade epileptiforme identificada no eletroencefalograma (EEG), apresentam um risco estimado de 25% de nova crise nos dois anos subsequentes. A introdução precoce de medicamentos antiepiléticos (MACs) pode reduzir esse risco em aproximadamente 35%, embora essa medida não esteja associada à remissão sustentada das crises no médio prazo (3 a 5 anos). Por outro lado, os efeitos adversos relacionados aos MACs são relatados em 40% a 50% dos casos, o que reforça a necessidade de uma avaliação criteriosa. Assim, a decisão terapêutica deve considerar fatores como o tipo e a frequência das crises, a presença de comorbidades, o risco de trauma ou de morte súbita relacionada à epilepsia (SUDEP), além de aspectos pessoais, como desejo de gestação, atividade laboral e condução de veículos. Quando os riscos do tratamento superam os benefícios, é admissível postergar a introdução farmacológica até a ocorrência de uma segunda crise.

Nos casos em que o diagnóstico de epilepsia está confirmado, os benefícios da intervenção medicamentosa são substanciais, com redução significativa na frequência e gravidade das crises. A monoterapia representa a estratégia terapêutica inicial mais segura e eficaz, desde que instituída na menor dose capaz de promover o controle clínico. Dados de literatura indicam que até 47% dos pacientes com epilepsia recém-diagnosticada atingem remissão sustentada com o primeiro MAC prescrito, sem necessidade de substituição ou adição de novos fármacos. Em contrapartida, pacientes que não respondem adequadamente à monoterapia podem ser classificados como farmacorresistentes, exigindo politerapia racional e, frequentemente, encaminhamento para centros especializados em epilepsia, onde estratégias avançadas como cirurgia, neuromodulação ou dieta cetogênica podem ser avaliadas.

A escolha do fármaco deve ser baseada em múltiplos fatores clínicos, incluindo o tipo de crise ou síndrome epilética, idade, sexo (com especial atenção às mulheres em idade fértil), comorbidades clínicas e psiquiátricas, e o perfil de efeitos adversos. Para epilepsias focais, os MACs considerados de primeira linha incluem carbamazepina, oxcarbazepina, lamotrigina e levetiracetam — este último deve ser evitado em pacientes com histórico de transtornos psiquiátricos devido ao risco de exacerbação sintomática. Para epilepsias generalizadas, os fármacos de amplo espectro mais indicados são valproato, lamotrigina, levetiracetam e topiramato. O uso de valproato, embora eficaz, é contra-indicado em mulheres em idade fértil

devido ao seu potencial teratogênico, sendo reservado a situações em que não haja alternativas seguras. É importante salientar que alguns medicamentos, como carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina e fenitoína, podem agravar crises generalizadas e devem ser usados com cautela ou evitados nestes casos.

As propriedades farmacocinéticas e os perfis de interação medicamentosa variam significativamente entre os MACs. Fármacos como fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, oxcarbazepina (em doses elevadas) e topiramato (em doses superiores a 200 mg/dia) atuam como indutores do sistema enzimático hepático do citocromo P450, reduzindo os níveis plasmáticos de diversos medicamentos concomitantes, como anticoncepcionais orais, anticoagulantes, imunossupressores e psicotrópicos, comprometendo sua eficácia. Além disso, esses indutores podem impactar negativamente o metabolismo ósseo, promovendo osteopenia, dislipidemia e hipotireoidismo subclínico, com elevação do risco cardiovascular a longo prazo.

O acompanhamento clínico contínuo é essencial para monitorar a adesão ao tratamento, avaliar a eficácia terapêutica e identificar possíveis reações adversas. Recomenda-se que os pacientes sejam reavaliados trimestralmente, especialmente nos primeiros meses de tratamento. Pacientes estáveis podem ser acompanhados na atenção primária à saúde com duas a três consultas anuais. Considera-se remissão da epilepsia quando o paciente permanece assintomático por, no mínimo, dez anos com tratamento contínuo ou cinco anos após a suspensão do medicamento. Contudo, a interrupção da farmacoterapia ainda é tema de controvérsia, visto que a taxa de recorrência após a retirada de um MAC varia de 12% a 66%, dependendo da presença de fatores de risco clínico e eletroencefalográfico. Assim, a decisão de descontinuação deve ser baseada em critérios rigorosos, sempre considerando os riscos de recaída.

É imprescindível reconhecer o impacto psicossocial da epilepsia, que frequentemente está associado a estigmas sociais, restrições de autonomia, dificuldades no ambiente de trabalho e comprometimento das relações interpessoais. Cerca de 55% dos pacientes com crises mal controladas apresentam sintomas depressivos relevantes e risco aumentado de suicídio. Esses achados reforçam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar que inclua suporte psicológico, psiquiátrico e social, visando à integralidade do cuidado. A epilepsia, portanto, deve ser compreendida não apenas como uma condição neurológica, mas como uma entidade

complexa que exige intervenções clínicas, farmacológicas e psicossociais coordenadas e baseadas em evidências.

CONCLUSÃO

A epilepsia configura-se como um conjunto heterogêneo de distúrbios neurológicos caracterizados pela predisposição à ocorrência de crises epiléticas recorrentes, impactando significativamente a qualidade de vida dos pacientes em escala global. A análise das evidências epidemiológicas reforça a alta prevalência da doença, especialmente em países de baixa e média renda, onde as dificuldades estruturais dos sistemas de saúde limitam o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado. Essa desigualdade evidencia a necessidade premente de políticas públicas integradas que promovam a equidade no cuidado e a ampliação da cobertura assistencial, com ênfase na capacitação da atenção primária à saúde.

No âmbito clínico, a recente atualização classificatória da epilepsia pela ILAE e a ampliação do conhecimento sobre as síndromes epiléticas possibilitam um diagnóstico mais preciso e individualizado, fundamental para a escolha terapêutica otimizada e para a melhoria do prognóstico. Os dados compilados indicam que o diagnóstico deve basear-se em uma avaliação clínica minuciosa, complementada por exames como eletroencefalograma e neuroimagem, elementos imprescindíveis para a identificação das etiologias e da extensão do comprometimento neurológico.

Os critérios para encaminhamento especializado e intervenção urgente são de suma importância para o manejo adequado dos pacientes com maior complexidade, reforçando o papel da atenção primária como ponto central do cuidado e da triagem eficaz. O reconhecimento precoce dos sinais de gravidade e das situações que demandam avaliação especializada contribui para a integralidade do cuidado, reduzindo a morbimortalidade associada às crises.

Quanto ao tratamento, a literatura evidencia que, embora a monoterapia com medicamentos antiepiléticos seja eficaz para a maioria dos pacientes, um percentual significativo apresenta farmacoresistência, o que exige estratégias terapêuticas avançadas e multidisciplinares. A escolha racional do fármaco, considerando o perfil clínico, comorbidades e aspectos psicossociais do paciente, é determinante para o sucesso terapêutico e a minimização dos efeitos adversos. Além disso, a necessidade do acompanhamento clínico contínuo, incluindo a avaliação

periódica da adesão e da resposta ao tratamento, é reiterada para garantir a remissão e a segurança do paciente.

Importante destacar o impacto psicossocial da epilepsia, frequentemente subestimado, que envolve estigmatização, prejuízos na autonomia e risco aumentado de transtornos psiquiátricos, como depressão e suicídio. Assim, o manejo da epilepsia deve transcender a dimensão exclusivamente neurológica, integrando suporte psicológico, psiquiátrico e social para promover a integralidade e a humanização do cuidado.

Por fim, esta revisão reforça a necessidade de fortalecer a capacitação dos profissionais de saúde, sobretudo na atenção primária, para garantir um manejo adequado, precoce e contínuo da epilepsia. A integração das evidências atuais sobre diagnóstico, tratamento e encaminhamento especializado é crucial para otimizar os desfechos clínicos, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir as desigualdades no acesso ao cuidado. Futuros estudos devem priorizar a avaliação de intervenções contextualizadas em diferentes realidades socioeconômicas, visando a implementação de modelos assistenciais eficazes e sustentáveis.

REFERENCIAS

ABOU-KHALIL, B. W. Update on antiseizure medications 2022. **Continuum Neurol.**, v. 28, n. 2, p. 500-535, abr. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35393968/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

BENNETT, D. A. et al. Development of the Standards of Reporting of Neurological Disorders (STROND) checklist: a guideline for the reporting of incidence and prevalence studies in neuroepidemiology. **Neurology**, v. 85, p. 821–828, 2015. Disponível em: <https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.0000000000001866>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRIGO, F.; MARSON, A. Approach to the medical treatment of epilepsy. **Continuum Neurol.**, v. 28, n. 2, p. 483-499, abr. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35393967/>. Acesso em: 23 abr. 2025.

CHEN, Z.; BRODIE, M. J.; LIEW, D.; KWAN, P. Treatment Outcomes in Patients With Newly Diagnosed Epilepsy Treated With Established and New Antiepileptic Drugs A 30-Year Longitudinal Cohort Study. **JAMA Neurol.**, v. 75, n. 3, p. 279-286, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5885858/>. Acesso em: 09 mai. 2025.

FERLISI, M. et al. Preliminary results of the global audit of treatment of refractory status epilepticus. **Epilepsy Behav.**, v. 49, p. 318–324, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25952268/>. Acesso em: 12 mai. 2025.

FISHER, R. S. et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. **Epilepsia**, v. 58, n. 4, p. 522-530, mar. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28276060/>. Acesso em: 30 abr. 2025.

FRENCH, J.; BITON, V.; DAVE, H.; DETYNIECKI, K.; GELFAND, M. A.; GONG, H. et al. A randomized phase 2b efficacy study in patients with seizure episodes with a predictable pattern using Staccato® alprazolam for rapid seizure termination. **Epilepsia**, v. 64, n. 2, p. 374-385, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10107237/>. Acesso em: 07 mai. 2025.

HOCKER, S. E. et al. Predictors of outcome in refractory status epilepticus. **JAMA Neurol.**, v. 70, p. 72–77, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23318514/>. Acesso em: 13 mai. 2025.

KANNER, A. M.; BICCHI, M. M. Antiseizure medications for adults with epilepsy: a review. **JAMA**, v. 327, n. 13, p. 1269-1281, abr. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35380580/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

KANTANEN, A. M. et al. Long-term outcome of refractory status epilepticus in adults: a retrospective population-based study. **Epilepsy Res.**, v. 133, p. 13–21, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28402834/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

LEITINGER, M. et al. Predicting outcome of status epilepticus. **Epilepsy Behav.**, v. 49, p. 126–130, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26071999/>. Acesso em: 03 jun. 2025.

MEYER, A. C. et al. Global disparities in the epilepsy treatment gap: a systematic review. **Bull World Health Organ**, v. 88, p. 260–266, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2855595/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

NGUGI, A. K. et al. Incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis. **Neurology**, v. 77, p. 1005–1012, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3171955/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

SAURO, K. M. et al. The current state of epilepsy guidelines: A systematic review. **Epilepsia**, v. 57, n. 1, p. 13-23, jan. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26659723/>. Acesso em: 07 mai. 2025.

VAITKEVICIUS, H.; RAMSAY, R. E.; SWISHER, C. B.; HUSAIN, A. M.; AIMETTI, A.; GASIOR, M. Intravenous ganaxolone for the treatment of refractory status epilepticus: Results from an open-label, dose-finding, phase 2 trial. **Epilepsia**, v. 63, n. 9, p. 2381-2391, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9796093/>. Acesso em: 18 abr. 2025.

WIRRELL, E. C.; NABBOUT, R.; SCHEFFER, I. E. et al. Methodology for classification and definition of epilepsy syndromes with list of syndromes: report of the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. **Epilepsia**, v. 63, p. 1333-1348, 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/epi.17237>. Acesso em: 12 mai. 2025.