

Amanda Jéssica Bernardo da Silva
Elissa Beatriz Araújo Ribeiro
Jovita Eduarda de Mendonça Maciel
Aldo Fernandes de Araújo Júnior

MANEJO DA EPILEPSIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



MANUAL DE APOIO PARA PROFISSIONAIS

**Amanda Jéssica Bernardo da Silva
Elissa Beatriz Araújo Ribeiro
Jovita Eduarda de Mendonça Maciel
Aldo Fernandes de Araújo Júnior**

**MANEJO DA EPILEPSIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
MANUAL DE APOIO PARA PROFISSIONAIS**

1ª edição

**Editora Itacaiúnas
Ananindeua – PA
2025**

©2025 por Amanda Jéssica Bernardo da Silva, Elissa Beatriz Araújo Ribeiro, Jovita Eduarda de Mendonça Maciel e Aldo Fernandes de Araújo Júnior
Todos os direitos reservados.

1ª edição

Conselho editorial / Colaboradores

Márcia Aparecida da Silva Pimentel – Universidade Federal do Pará, Brasil
José Antônio Herrera – Universidade Federal do Pará, Brasil
Márcio Júnior Benassuly Barros – Universidade Federal do Oeste do Pará, Brasil
Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
Wildoberto Batista Gurgel – Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Brasil
André Luiz de Oliveira Brum – Universidade Federal de Rondônia, Brasil
Mário Silva Uacane – Universidade Licungo, Moçambique
Francisco da Silva Costa – Universidade do Minho, Portugal
Ofélia Pérez Montero - Universidad de Oriente – Santiago de Cuba, Cuba

Editora-chefe: Viviane Corrêa Santos – Universidade do Estado do Pará, Brasil
Editor e web designer: Walter Luiz Jardim Rodrigues – Editora Itacaiúnas, Brasil
Editor e diagramador: Deividy Edson Corrêa Barbosa - Editora Itacaiúnas, Brasil

Projeto de capa: Walter Rodrigues

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

SI586	Silva, Amanda Jéssica Bernardo da
	Manejo da epilepsia na atenção primária à saúde: Manual de apoio para profissionais [recurso eletrônico] / Amanda Jéssica Bernardo da Silva, Elissa Beatriz Araújo Ribeiro, Jovita Eduarda de Mendonça Maciel e Aldo Fernandes de Araújo Júnior. - Ananindeua : Editora Itacaiúnas, 2025. 30p.: PDF ; 1 MB.
	Inclui bibliografia e índice. ISBN: 978-85-9535-328-2 (E-book) DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-328-2
	1. Epilepsia. 2. Atenção primária à saúde. 3. Manejo clínico. 4. Educação em saúde. I. Título.
	CDD: 616.853 CDU: 616.853-036:614.2

Índice para catálogo sistemático:

1. Epilepsia: 616.853

E-book publicado no formato PDF (*Portable Document Format*). Utilize software [Adobe Reader](#) para uma melhor experiência de navegabilidade nessa obra.

Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade do(s) autor(es). Esta publicação está licenciada sob [CC BY-NC-ND 4.0](#)

Esta obra foi publicada pela **Editora Itacaiúnas** em junho de 2025



APRESENTAÇÃO

O mês de março é dedicado à conscientização sobre a epilepsia, sendo conhecido como o "Março Roxo".

Este material foi elaborado em março de 2025, como ação integrante do "Março Roxo" da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, representada, aqui, pela **Unidade Mista de Felipe Camarão**.

Apresenta as evidências mais recentes para manejo da epilepsia, com foco na Atenção Primária à Saúde.

Foi desenvolvido pelas alunas Elissa Ribeiro e Jovita Maciel, sob orientação da professora Amanda Jéssica, e é direcionado a profissionais médicos e enfermeiros como material de consulta e como ação de educação permanente em saúde.

Sumário

CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA.....	6
CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES EPILÉPTICAS	7
CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES EPILÉPTICAS	8
DIAGNÓSTICO DA EPILEPSIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	11
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	12
TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO.....	22
MANEJO DA CRISE CONVULSIVA NA APS.....	25
EDUCAÇÃO DO PACIENTE E FAMILIARES.....	27
REFERÊNCIAS	29

CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA

A epilepsia é uma condição neurológica caracterizada por crises epiléticas recorrentes, que são episódios transitórios de atividade elétrica anormal no cérebro. Ela pode surgir de uma variedade de causas genéticas, estruturais, metabólicas, imunológicas, infecciosas ou desconhecidas.

As crises podem se manifestar de diferentes formas, como movimentos involuntários, perda de consciência, ou alterações sensoriais. A epilepsia acomete cerca de 0,5 a 1% da população mundial.

Do ponto de vista prático, a epilepsia pode ser definida por uma das seguintes condições:

- Ao menos duas crises não provocadas (ou reflexas) ocorrendo com intervalo maior que 24 horas;
- Uma crise não provocada (ou reflexa) e risco aumentado de recorrência;
- Diagnóstico de uma síndrome epilética.

CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES EPILEPTICAS

As crises epiléticas podem ser classificadas de acordo com a origem e a manifestação clínica. Elas são divididas em dois grandes grupos:

- **Crises Focais:** Iniciam-se de forma localizada num hemisfério específico do cérebro, e suas manifestações clínicas dependem do local de início e propagação da descarga epileptogênica para outras áreas. Elas se subdividem, ainda, segundo a alteração ou não da consciência durante a crise (percepção dos eventos por parte do paciente) e tipo de manifestação da crise (motoras e não motoras).
- **Crises Generalizadas:** Afetam ambos os hemisférios cerebrais e envolvem toda a atividade elétrica cerebral. Os principais tipos são:
 - Motoras (tônico-clônicas, clônicas, tônicas, mioclônicas, mioclônico-tônico-clônicas, mioclônico-atônicas, atônicas, espasmos epiléticos)
 - Crises de ausência
- Existem, ainda, as crises “de início desconhecido” e crises “inclassificáveis”, seja por informações inadequadas, ou por impossibilidade de colocá-las em outras categorias.

CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES EPILEPTICAS

Uma síndrome epiléptica é um conjunto de características clínicas e eletroencefalográficas incorporados ao tipo de crise do paciente, tais como idade de início e remissão (quando aplicável), fatores precipitantes de crises, variação ao longo do dia e prognóstico. Podem estar associadas a comorbidades específicas, intelectuais e psiquiátricas, além de achados específicos de EEG e imagem.

Estão listadas na tabela abaixo as principais síndromes epilépticas.

Período neonatal	Epilepsia familiar neonatal benigna Encefalopatia mioclônica precoce Síndrome de Ohtahara
Lactente	Epilepsia do lactente com crises focais migratórias Síndrome de West Epilepsia mioclônica do lactente Epilepsia benigna do lactente Epilepsia familiar benigna do lactente Síndrome de Dravet Encefalopatia mioclônica em distúrbios não progressivos
Infância	Crises febris <i>plus</i> (pode começar no lactente) Síndrome de Panayiotopoulos Epilepsia mioclônica com crises atônicas (anteriormente astáticas) Epilepsia benigna com espículas centrotemporais Epilepsia do lobo frontal noturna autossômica dominante

	Epilepsia occipital da infância de início tardio (tipo Gastaut) Epilepsia com ausências mioclônicas Síndrome de Lennox-Gastaut Encefalopatia epiléptica com espícula-onda contínua durante o sono lento Síndrome de Landau-Kleffner Epilepsia ausência da infância
Adolescência - Adulto	Epilepsia ausência juvenil Epilepsia mioclônica juvenil Epilepsia somente com crises generalizadas tônico-clônicas Epilepsias mioclônicas progressivas Epilepsia autossômica dominante com características auditivas Outras epilepsias familiares do lobo temporal
Correlação menos específica com a idade	Epilepsia focal familiar com focos variáveis (da infância à idade adulta) Epilepsias reflexas
Constelações distintas	Epilepsia do lobo temporal mesial com esclerose do hipocampo Síndrome de Rasmussen Crises gelásticas com hamartoma hipotalâmico Epilepsia-hemiconvulsão-hemiplegia
Epilepsias que não se encaixam em nenhuma dessas categorias diagnósticas podem ser distinguidas primeiro com base na presença ou ausência de uma condição estrutural ou metabólica conhecidas (causa presumida) e em seguida, com base no principal modo de início da crise (generalizada versus focal)	

Tabela 1: Síndromes epiléticas organizadas por faixa etária de início. Fonte: Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Da Epilepsia, Ministério Da Saúde.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

DIAGNÓSTICO DA EPILEPSIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

O diagnóstico da epilepsia na APS pode ser realizado de forma clínica. Como já dito, caracteriza-se por:

- Ao menos duas crises não provocadas (ou reflexas) ocorrendo com intervalo maior que 24 horas;
- Uma crise não provocada (ou reflexa) e risco aumentado de recorrência. Isto é, probabilidade de novas crises ocorrerem nos próximos 10 anos de pelo menos 60%, o que é similar ao risco de recorrência geral após duas crises não provocadas;
- Diagnóstico de uma síndrome epiléptica.

Na anamnese, devem ser coletadas informações sobre a história detalhada da crise, que inclui: idade de início, frequência das crises e intervalos entre elas (o mais curto e o mais longo obtido na história do paciente), ocorrência de uma aura (manifestação sensorial inicial de uma crise) e fatores precipitantes da crise.

Também deve-se investigar eventos pré- e perinatais, crises no período neonatal, crises febris, qualquer crise não provocada e histórico familiar de epilepsia. Além disso, é importante investigar a ocorrência de trauma craniano, infecções ou intoxicações anteriores. Sempre que possível, é importante obter a descrição da crise com o auxílio de uma testemunha ocular. Além de realizar o exame físico geral e neurológico.

Em relação aos exames complementares, o principal exame utilizado é o eletroencefalograma (EEG). Porém, ele não é obrigatório (nem essencial) para diagnosticar epilepsia. O EEG é capaz de, quando alterado, identificar o tipo e a localização da atividade epileptiforme e orientar na classificação da síndrome epiléptica e na escolha do fármaco antiepiléptico (FAE), como veremos a seguir.

Já entre os exames de imagem, a ressonância magnética (RM) é o exame de escolha para auxiliar na investigação e condução dos casos de pacientes refratários ao tratamento medicamentoso.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O objetivo do tratamento da epilepsia é o controle total das crises com o mínimo de efeitos adversos. Os fármacos antiepiléticos são a base do tratamento.

1. Para quais pacientes iniciar a terapia anticonvulsivante?

Precisamos levar em consideração três critérios: risco de recorrência de crises, consequências da continuação das crises para o paciente e eficácia e efeitos adversos do fármaco escolhido.

A terapia medicamentosa deve ser iniciada para pacientes com risco significativo de convulsões recorrentes. Esse risco é altamente comprovado após duas ou mais convulsões não provocadas com mais de 24 horas de intervalo. Porém, também pode-se considerar para pacientes com uma primeira convulsão não provocada e que tenham fatores de alto risco para recorrência de convulsões (anormalidade epileptiforme no EEG, alteração no exame neurológico, primeira convulsão durante o sono, primeira apresentação de uma síndrome de epilepsia, lesões cerebrais, entre outros). A recorrência das crises são inaceitáveis para pacientes que necessitam dirigir, continuar empregados ou são responsáveis por pessoas mais vulneráveis, nestes indivíduos, é racional optar por tratamento mesmo após uma primeira crise.

2. Por quanto tempo o paciente deverá tomar anticonvulsivante?

A terapia não é necessariamente vitalícia. A maioria dos pacientes alcançam remissão das convulsões com o uso de anticonvulsivantes. Desse modo, quando as convulsões são controladas, os pacientes geralmente querem interromper o uso dos antiepiléticos. Na maioria dos casos, pode-se discutir sobre testar a descontinuação de medicamentos anticonvulsivantes para adultos e crianças que não têm convulsões por pelo menos dois anos.

A decisão de retirar a terapia é complexa, deve ser sempre individualizada, e o papel da tomada de decisão compartilhada e do aconselhamento do paciente é primordial neste processo.

3. Como iniciar essa terapêutica medicamentosa?

Iniciar com a monoterapia, aumentando a dose progressivamente até controle adequado. Em caso de falha do primeiro fármaco, deve-se tentar sempre fazer a substituição gradual por outro, de primeira escolha, mantendo-se a monoterapia. Em caso de falha na segunda tentativa de monoterapia, pode-se tentar a combinação de dois fármacos antiepiléticos conforme evidências.

Poucos pacientes parecem obter benefício adicional com a associação de mais de dois fármacos, por isso, tal conduta não está preconizada pelo Ministério da Saúde.

4. Como escolher um medicamento anticonvulsivante?

Qual é o melhor antiepilético (mais eficaz e mais bem tolerado) para convulsões de início recente? A literatura atual ainda não responde claramente a essa pergunta, por isso deve-se sempre individualizar a escolha medicamentosa para cada paciente.

Portanto, antes de escolher o fármaco sempre devemos considerar:

- Eficácia do medicamento para o(s) tipo(s) de convulsão
- Possíveis efeitos adversos
- Interações medicamentosas
- Comorbidades (principalmente doenças hepáticas e renais)
- Idade e sexo, incluindo planos de gravidez
- Estilo de vida e preferências do paciente
- Custo

Ao selecionar um anticonvulsivante deve-se determinar o tipo de crise que o paciente está apresentando e, se possível, classificar a síndrome de epilética. Isso porque os antiepiléticos são classificados como agentes de amplo ou estreito espectro, onde os agentes de amplo espectro tratam crises focais e generalizadas enquanto os de estreito espectro tratam subtipos específicos de crises. Com base na literatura atual as escolhas iniciais incluem o seguinte:

- **Para crises focais e crises generalizadas secundárias** – Lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina, carbamazepina ou lacosamida.
- **Para crises de ausência** – Etossuximida, valproato ou lamotrigina.

- **Para convulsões tônico-clônicas generalizadas mediadas geneticamente** – Lamotrigina, levetiracetam, valproato e topiramato.
- **Para convulsões mioclônicas** – Levetiracetam, valproato e clonazepam.
- **Para convulsões tônicas/atônicas** – Valproato, lamotrigina, clobazam e levetiracetam.
- **Para crises motoras focais/epilepsia parcial contínua** – Fenitoína, carbamazepina, oxcarbazepina.

Considerando populações especiais e comorbidades médicas, temos anticonvulsivantes preferíveis em cada caso, sendo eles:

Idosos

- **Com convulsões focais:** Lamotrigina ou Levetiracetam (devido à relativa falta de sedação e ausência de interações medicamentosas)
 - Preferir lamotrigina se o cenário clínico não exigir um nível terapêutico imediato (por exemplo, as convulsões são infrequentes e/ou leves).
 - Preferir o levetiracetam se houver uma necessidade mais urgente de atingir a dosagem terapêutica mais rapidamente.
- **Com convulsões mioclônicas:** Levetiracetam ou Valproato
- **Com convulsões generalizadas:** Lamotrigina ou Levetiracetam - Convulsões generalizadas de início recente são improváveis em adultos mais velhos; convulsões generalizadas observadas são mais propensas a serem convulsões focais com generalização secundária. Portanto, utiliza-se a mesma terapia das convulsões focais.

Mulheres em idade fértil: Lamotrigina ou levetiracetam. (Evitar Valproato devido maior taxa de teratogenicidade de todos os anticonvulsivantes comercializados)

Doença renal

- Anticonvulsivantes de excreção renal: Gabapentina, Lacosamida, Levetiracetam, Oxcarbazepina, Pregabalina, Topiramato.

- Atentar para ajuste de dose com base na gravidade da insuficiência renal!

Doença hepática: Levetiracetam, gabapentina ou pregabalina (não sofrem metabolismo hepático).

Doença cardiovascular: Levetiracetam e topiramato.

Doença da tireoide: Não afeta a escolha.

Câncer: Levetiracetam, lacosamida e lamotrigina.

Enxaqueca: Valproato, gabapentina e topiramato.

Transtornos psiquiátricos

- Depressão e epilepsia focal: Lamotrigina, lacosamida ou oxcarbazepina
 - Alguns anticonvulsivantes, em particular aqueles que potencializam a neurotransmissão do ácido gama-aminobutírico (GABA) (fenobarbital, tiagabina, vigabatrina, topiramato), foram relatados como causadores ou exacerbadores da depressão e devem ser evitados em pacientes com depressão
- Epilepsia generalizada mediada geneticamente: Lamotrigina ou valproato de sódio.

5. Principais Efeitos Adversos

- **Ácido valproico/valproato de sódio:** sonolência, cansaço, tremor, alterações da função do fígado, diminuição das plaquetas, ganho de peso, queda de cabelos;
- **Carbamazepina:** vermelhidão da pele, sonolência, ganho de peso, diarreia, náusea, vômitos, problemas para caminhar, mudanças de humor, tremor, transtorno de memória, visão dupla e impotência;
- **Clobazam:** sonolência, transtornos de memória e de comportamento, perda progressiva do efeito terapêutico;
- **Clonazepam:** sonolência, hiperatividade (em crianças), transtornos cognitivos, sialorreia, diplopia, fadiga e depressão (em adultos);

- **Etossuximida:** diarreia, náusea, vômitos, sonolência, perda de peso, dor de cabeça;
- **Fenitoína:** incoordenação, sonolência, aumento do volume e sangramento das gengivas, crescimento de pelos no corpo e na face;
- **Fenobarbital:** tontura, sonolência, depressão, mudança no comportamento, transtornos de memória e de concentração, hiperatividade em crianças;
- **Gabapentina:** aumento do apetite, ganho de peso, tontura, incoordenação, dor de cabeça, tremor, cansaço, náusea, comportamento agressivo (em crianças);
- **Lamotrigina:** dor de cabeça, náusea, vômitos, visão dupla, tonturas, incoordenação e tremor;
- **Levetiracetam:** tontura, sonolência, desânimo, cansaço e dor de cabeça;
- **Topiramato:** sonolência, perda do apetite, cansaço, nervosismo, pensamento lento, dificuldade de encontrar palavras, dificuldade de concentração, perda de peso, cálculo renal e glaucoma;
- **Vigabatrina:** defeitos do campo visual, sonolência, dor de cabeça, tontura, incoordenação, transtornos de memória e de comportamento, ganho de peso e tremor.

6. Fármacos E Esquemas De Administração

Ácido valproico (valproato de sódio): comprimidos ou cápsulas de 250 mg, comprimidos de 500 mg e solução e xarope de 50 mg/mL.

Dose inicial: 250 mg/dia.

Escalonamento: 250 mg/dia a cada 3 dias.

Dose máxima: 3.000 mg/dia.

Intervalo de dose: 2 administrações/dia.

Intolerância gástrica significativa (menor com o uso de valproato de sódio). Tomar após alimentação

Carbamazepina: comprimidos de 200 e 400 mg, suspensão oral de 20 mg/mL.

Dose inicial:

- Adultos: 200 mg/dia.
- Crianças de 6 a 12 anos: 100 mg/dia.

- Crianças abaixo de 6 anos: 5-10 mg/kg/dia.

Escalonamento:

- Adultos: 200 mg/dia/semana.
- Crianças de 6 a 12 anos: 100 mg/dia/semana.
- Crianças com menos de 6 anos: 5-10 mg/kg/dia/semana.

Dose máxima:

- Adultos: 1.800 mg/dia.
- Crianças de 6 a 12 anos: 600-1.000 mg/dia.
- Crianças com menos de 6 anos: 35 mg/kg/dia.

Intervalo de dose: se não for a formulação de liberação lenta, tem de ser utilizada 3 a 4 vezes ao dia, após alimentação.

Clobazam: comprimidos de 10 e 20 mg

Dose inicial: 5-10 mg/dia.

Escalonamento: 5 mg/dia/semana.

Dose máxima: 40 mg/dia.

Intervalo de dose: 1 a 2x/dia

Clonazepam: solução oral (2,5 mg/ml).

Dose inicial: 0,25 mg/dia (crianças de 2 a 12 anos: 0,01 mg/kg/dia).

Escalonamento: 0,25 mg/dia/semana (crianças: 0,1-0,2 mg/kg/dia/semana).

Dose máxima: 10 mg/dia.

Intervalo de dose: 1-2 administrações/dia.

Etossuximida: xarope de 50 mg/mL.

Dose inicial: 250 mg/dia.

Escalonamento: 250 mg/dia/semana.

Dose máxima: 1.500 mg/dia.

Intervalo de dose: 2-3 administrações/dia.

Fenitoína: comprimidos de 100 mg, suspensão oral 20 mg/mL.

Dose inicial: 100 mg/dia.

Escalonamento: 100 mg/dia/semana.

Dose máxima: 500 mg/dia.

Intervalo de dose: 1-2 administrações/dia.

Fenobarbital: comprimidos de 100 mg e solução oral 40 mg/mL.

Dose inicial: 50 mg/dia.

Escalonamento: 50 mg/dia/semana.

Dose máxima: 300 mg/dia.

Intervalo de dose: dose única diária.

Gabapentina: cápsulas de 300 e 400mg.

Dose inicial: 15 mg/kg/dia ou máximo de 300mg/dia.

Escalonamento: 300 mg/dia (15 mg/kg/dia).

Dose máxima: 3.600 mg/dia (50-100 mg/kg/dia).

Intervalo de dose: 3 administrações/dia.

Lamotrigina: comprimidos 25, 50 e 100 mg.

- Monoterapia:

Dose inicial: 25 mg/dia por 2 semanas; 50 mg/dia por mais 2 semanas.

Escalonamento: 50-100 mg a cada 1-2 semanas.

Dose máxima: 500 mg/dia (1-5 mg/kg/dia).

Intervalo de dose: 2 a 3 tomadas reduzem efeitos adversos de pico de dose.

- Terapia adjuvante com ácido valpróico:

Dose inicial: 25mg a cada 2 dias por 2 semanas (0,15 mg/kg/dia); 25 mg/dia por mais 2 semanas (0,3 mg/kg/dia).

Escalonamento: 25-50 mg a cada 1-2 semanas (0,3 mg/kg).

Dose máxima: 500 mg/dia (1-5 mg/kg/dia).

Intervalo de dose: 2 a 3 tomadas reduzem efeitos adversos de pico de dose.

- Terapia adjuvante com fármacos antiepiléticos indutores enzimáticos:

Dose inicial: 50 mg/dia por 2 semanas (0,6 mg/kg/dia); 100 mg/dia por mais 2 semanas (1,2 mg/kg/dia).

Escalonamento: 100 mg a cada 1-2 semanas (1,2 mg/kg).

Dose máxima: 700 mg/dia (5-15 mg/dia).

Intervalo de dose: 2 a 3 tomadas reduzem efeitos adversos de pico de dose.

Levetiracetam: comprimidos de 250, 500, 750 e 1.000 mg; solução oral 100 mg/mL.

- Terapia adjuvante no tratamento de crises focais/parciais com ou sem generalização secundária em bebês a partir de 1 mês de idade, crianças, adolescentes e adultos, com epilepsia:
 - Bebês com mais de 1 mês e menos de 6 meses de idade
Dose inicial: 14 mg/kg/dia
Escalonamento: 14 mg/kg/dia a cada 2 semanas
Dose máxima: 42 mg/kg/dia
Intervalo de dose: 2 administrações/dia
 - Bebês dos 6 aos 23 meses, crianças (dos 2 aos 11 anos) e adolescentes (dos 12 aos 17 anos) com peso inferior a 50 kg
Dose inicial: 20 mg/kg/dia
Escalonamento: 20 mg/kg/dia a cada duas semanas.
Dose máxima: 60 mg/kg/dia
Intervalo de dose: 2 administrações/dia.
 - Adolescentes (dos 12 aos 17 anos) com peso igual ou superior a 50 kg e adultos (≥ 18 anos)
Dose inicial: 1.000 mg/dia
Escalonamento: 1.000 mg/dia, a cada duas a quatro semanas
Dose máxima: 3.000 mg/dia
Intervalo de dose: 2 administrações/dia
- Terapia adjuvante de crises tônico-clônicas primárias generalizadas em crianças com mais de 6 anos de idade, adolescentes e adultos, com epilepsia idiopática generalizada:
 - Crianças (dos 6 aos 11 anos) e adolescentes (dos 12 aos 17 anos) com peso inferior a 50kg
Dose inicial: 20 mg/kg/dia
Escalonamento: 20 mg/kg/dia a cada duas semanas
Dose máxima: 60 mg/kg/dia
Intervalo de dose: 2 administrações/dia
 - Crianças (dos 6 aos 11 anos), adolescentes (dos 12 aos 17 anos) com peso igual ou superior a 50 kg e adultos (≥ 18 anos)
Dose inicial: 1.000 mg/dia
Escalonamento: 1.000 mg/dia, a cada duas a quatro semanas
Dose máxima: 3.000 mg/dia

Intervalo de dose: 2 administrações/dia

- Terapia adjuvante de crises mioclônicas em adolescentes (>12 anos) e adultos, com epilepsia mioclônica juvenil:
 - Adolescentes (dos 12 aos 17 anos) com peso inferior a 50 kg
Dose inicial: 20 mg/kg/dia
Escalonamento: 20 mg/kg/dia a cada duas semanas
Dose máxima: 60 mg/kg/dia
Intervalo de dose: 2 administrações/dia
 - Adolescentes (dos 12 aos 17 anos) com peso igual ou superior a 50 kg e adultos (≥ 18 anos)
Dose inicial: 1.000 mg/dia
Escalonamento: 1.000 mg/dia, a cada duas a quatro semanas
Dose máxima: 3.000 mg/dia
Intervalo de dose: 2 administrações/dia

Topiramato: comprimidos 25, 50 e 100 mg.

- Adultos:
Dose inicial: 25 mg/dia.
Escalonamento: 25-50 mg/semana.
Dose máxima: 400 mg/dia.
Intervalo de dose: 2 administrações/dia
- Crianças e adolescentes de 6 a 16 anos:
Dose inicial: 1-3 mg/kg/dia.
Escalonamento: 1-3 mg/kg/semana.
Dose máxima: 9 mg/kg/dia ou 250 mg/dia.
Intervalo de dose: 2 administrações/dia.
- Crianças de 2-6 anos:
Dose inicial: 0,5-1 mg/kg/dia.
Escalonamento: 1-3 mg/kg/semana.
Dose máxima: 9 mg/kg/dia ou 100 mg/dia.
Intervalo de dose: 2 administrações/dia.

Nota: Em pacientes com insuficiência renal recomenda-se utilizar a metade da dose.

Vigabatrina: comprimidos de 500 mg.

Dose inicial: 500 mg/dia.

Escalonamento: 500 mg/semana.

Dose máxima: 3.000 mg/dia (150-200 mg/kg/dia)

Intervalo de dose: 1 a 2 administrações/dia

As doses máximas indicadas podem variar, pois dependem das características individuais do paciente e da interação com outros fármacos. A dosagem do nível sérico, particularmente nas suspeitas de intoxicação medicamentosa ou quando o paciente está em politerapia, pode ser útil para o ajuste de dose.

Em resumo:

Fármaco	Indicação Principal	Dose Inicial	Dose Máxima	Efeitos Adversos
Fenitoína	Crisesônico-clônicas e parciais	300 mg/dia	600 mg/dia	Hiperplasia gengival, ataxia, neuropatia periférica
Carbamazepina	Crises parciais e tônico-clônicas	200 mg/dia	1600 mg/dia	Diplopia, tontura, hiponatremia
Valproato	Crises generalizadas e parciais	500 mg/dia	3000 mg/dia	Ganho de peso, tremor, hepatotoxicidade
Lamotrigina	Crises generalizadas e parciais	25 mg/dia	400 mg/dia	Rash cutâneo, insônia, cefaleia
Levetiracetam	Crises parciais e generalizadas	500 mg/dia	3000 mg/dia	Irritabilidade, fadiga, sonolência
Topiramato	Crises parciais e generalizadas	25 mg/dia	400 mg/dia	Perda de peso, cálculos renais, dificuldades cognitivas
Gabapentina	Crises parciais	300 mg/dia	3600 mg/dia	Sonolência, tontura, edema periférico

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Mesmo utilizando fármacos adequados para o tipo específico de crise, um controle insatisfatório ocorre em cerca de 15% dos pacientes com epilepsia focal, sendo estes candidatos a tratamento cirúrgico da epilepsia, ou ainda, num segundo momento, se indicado, a tratamento de estimulação do nervo vago.

1. Tratamento cirúrgico

As indicações de cirurgia da epilepsia são consideradas em pacientes com crises epilépticas focais resistentes aos medicamentos, descontroladas e incapacitantes, e se as crises são originárias de uma região que pode ser removida com um risco inexistente ou mínimo de causar alguma disfunção neurológica ou cognitiva.

Existem situações específicas, nas quais claramente o prognóstico do tratamento cirúrgico é mais favorável que o prognóstico do tratamento medicamentoso, e que merecem, no mínimo, uma avaliação pré-cirúrgica em centros especializados. São elas: epilepsia do lobo temporal com esclerose hipocampal, hamartoma hipotalâmico, tumores glioneurais, displasias corticais focais, angioma cavernoso. Algumas doenças podem ser tratadas cirurgicamente, dependendo do resultado da avaliação pré-cirúrgica: esclerose tuberosa, síndrome de Sturge-Weber, lesões isquêmicas congênitas unilaterais, hemimegalencefalia e síndrome de Rasmussen.

2. Estimulação do nervo vago (ENV)

Trata-se de uma técnica que estimula diretamente o nervo, incluindo estimulação manual ou elétrica, aplicada de forma invasiva ou não. A forma de ENV mais bem avaliada cientificamente e com maior experiência clínica envolve a implantação de eletrodos helicoidais na região cervical esquerda, os quais disparam estímulos intermitentes oriundos de um gerador implantado na parede anterior do tórax.

O mecanismo exato pelo qual a estimulação vagal produz efeito antiepiléptico não é bem conhecido, mas acredita-se que seja pela ativação do sistema reticular.

No Brasil a ENV foi aprovada pela ANVISA em 2000 para tratamento de pacientes com diagnóstico há mais de dois anos de epilepsia refratária, focal ou generalizada.

3. Dieta cetogênica

A dieta cetogênica (DC) é rica em gorduras, adequada em proteínas e pobre em carboidratos e foi desenvolvida para mimetizar no nosso organismo os efeitos bioquímicos do jejum, mantendo um estado de anabolismo.

A DC pode oferecer em alguns casos resultados muito satisfatórios, sendo que em torno de 10% dos pacientes podem ficar livres de crises, e cerca de 40% dos pacientes têm redução delas em 50%.

Desde o início dos anos 1990, foi observado um aumento dramático em artigos científicos sobre DC, e atualmente a DC é bem estabelecida e comprovadamente eficaz para a epilepsia.

Um dos principais objetivos da DC, além do controle das crises, é a redução das doses dos fármacos antiepilépticos. Tanto o menor número e intensidade das crises epiléticas, quanto a redução dos efeitos colaterais dos fármacos podem resultar na melhora do desenvolvimento neuropsicomotor.

A dieta cetogênica clássica (DCC) é a mais utilizada para epilepsia resistente a medicamentos, principalmente em lactentes, pré-escolares e nos casos de encefalopatias epiléticas. É uma dieta com alto teor de gordura (90% do valor calórico total da dieta), composta principalmente por triglicérides de cadeia longa (TCL), baixo teor de carboidrato e teor adequado de proteínas, sendo o mínimo de 1 g/kg/dia.

É estritamente individualizada, minimamente calculada, baseada nas necessidades energéticas de cada indivíduo. Ela é realizada na proporção 3:1 (3 g de gordura para 1 g de carboidrato e proteína) e 4:1 (4 g de gordura para 1 g de carboidrato e proteína).

Existem condições neurológicas em que a DC não pode ser procedida. As contraindicações absolutas são:

- Deficiência primária da carnitina;
- Deficiência da carnitina palmitoiltransferase (CPT) tipo I ou II;
- Deficiência da carnitina translocase;
- Defeitos da beta-oxidação;
- Deficiência da acildesidrogenase de cadeia média (MCAD);

- Deficiência da acil-desidrogenase de cadeia longa (LCAD);
- Deficiência da acil-desidrogenase de cadeia curta (SCAD);
- Deficiência da 3-hidroxiacil-CoA de cadeia longa;
- Deficiência da 3-hidroxiacil-CoA de cadeia média;
- Deficiência de piruvato carboxilase;
- Porfiria.

As contraindicações relativas são:

- Inabilidade de manter nutrição adequada;
- Possibilidade de cirurgia identificada por vídeo-EEG ou neuroimagem (a DC pode ser realizada para controle das crises enquanto o paciente aguarda o agendamento do procedimento cirúrgico);
- Inaceitação da DC pelos pais ou cuidadores.

MANEJO DA CRISE CONVULSIVA NA APS

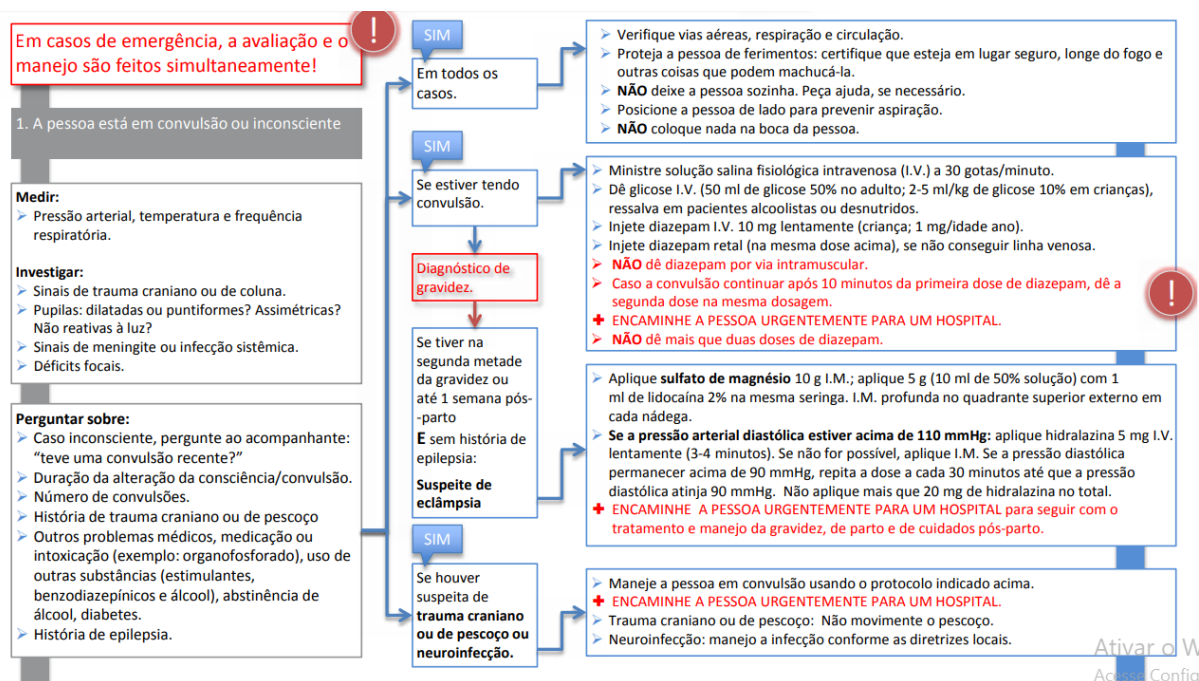


Figura 1: Fluxograma guia de avaliação e conduta para emergência pré-hospitalar do Ministério da Saúde (2018).

Como prioridade no tratamento da crise epiléptica inicia-se a estabilização do paciente. Portanto, é necessário verificar a permeabilidade das vias aéreas, avaliar a necessidade de intubação, posicionar o paciente para evitar aspiração, verificar a saturação de oxigênio, verificar a glicemia capilar, verificar sinais vitais, administrar medicamentos e encaminhar com urgência para um hospital. A primeira linha de tratamento são os benzodiazepínicos, depois um agente antiepiléptico endovenoso (segunda linha), seguido, quando necessário, por anestesia geral (terceira linha).

A primeira linha é o uso de diazepam EV, na dose usual de 10 mg, conforme a necessidade, até uma dose máxima de 20 mg, numa velocidade de infusão de 5 mg/min. Mesmo que a crise cesse, o índice de recorrência é alto, e a maioria dos pacientes irá precisar de fármacos antiepilépticos de segunda linha. Pode-se utilizar fenitoína, na dose de 18 mg/kg (15-20), numa velocidade de infusão máxima de 50 mg/min, que deve ser administrada através de uma veia calibrosa ou central, com monitorização do ECG e da pressão arterial (PA) ou fenobarbital 15 mg/kg, infundidos 10 a 100 mg/min. Se as crises recorrerem, em pacientes que estão hemodinamicamente estáveis, deve-se otimizar a dose do primeiro fármaco de segunda linha e, após, considerar o uso de

um segundo fármaco de segunda linha. O passo seguinte (após 30 minutos da admissão, sem resposta) é a terceira linha, que utiliza anestesia geral, com intubação e ventilação. Os medicamentos devem ser administrados em UTI. Podem ser utilizados: (1) propofol (1,5 a 3 mg/kg, em bolo – com atenção para a ocorrência de hipotensão e bradicardia) e 1 a 5 mg/kg/h, na manutenção; (2) midazolam (1 mg EV em bolo; após 0,05 a 0,20 mg/kg/hora; ou ainda (3) tiopental 3 a 5 mg/kg/h. No caso do uso de anestésicos gerais, está indicada a monitorização contínua por EEG, para avaliar o nível de sedação e abolição das descargas epileptiformes.

EDUCAÇÃO DO PACIENTE E FAMILIARES

1. Aconselhamento sobre epilepsia

Para muitos pacientes, ser diagnosticado com epilepsia traz um momento de vulnerabilidade, incerteza e confusão enquanto esperam pela liberdade das convulsões. Portanto, antes de iniciar o tratamento, o clínico deve iniciar um diálogo com o paciente, a família e os cuidadores para aumentar sua compreensão da epilepsia e sua capacidade de relatar informações necessárias e relevantes.

A epilepsia afeta cada paciente de uma maneira única, e os pacientes diferem em sua capacidade de entender vários aspectos do transtorno. Como resultado, os clínicos devem adaptar as discussões para esclarecer o impacto da condição na qualidade de vida do paciente específico e nas expectativas do plano de tratamento. Essas discussões aumentarão a probabilidade de o paciente cumprir o plano de tratamento.

2. Ingestão de álcool e cafeína

O consumo de álcool em pequenas quantidades (1-2 doses por dia) pode não afetar a frequência das convulsões ou os níveis séricos de medicamentos anticonvulsivantes em pacientes com epilepsia bem controlada. Porém, a ingestão mais intensa de álcool (3 ou mais doses por dia) aumenta o risco de convulsões, principalmente durante o período de abstinência (7 a 48 horas após a última dose), e essa prática deve ser fortemente desencorajada.

O consumo de café ou chá não é considerado prejudicial desde que o consumo de cafeína seja inferior a 400 mg por dia (cerca de cinco xícaras de café).

3. Explicando o regime dos medicamentos anticonvulsivantes

O médico deve enfatizar ao paciente, à família e aos cuidadores a necessidade crítica de seguir o regime prescrito.

Instruções escritas sobre como e quando tomar os medicamentos devem ser fornecidas e devem explicar o regime de dosagem e quaisquer efeitos adversos potenciais.

O paciente também deve ser avisado para não parar de tomar o(s) anticonvulsivante(s) e não permitir que uma receita acabe ou expire.

Os pacientes devem ser aconselhados a não iniciar nenhum outro medicamento prescrito, de venda livre, suplementos alimentares ou remédios fitoterápicos sem primeiro entrar em contato com seu médico, porque eles podem afetar os níveis séricos de seus anticonvulsivantes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação e conduta da epilepsia na atenção básica e na urgência e emergência [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_conduta_epilepsia_atencao_basica.pdf. Acesso em: 18 mar. 2025.

Karcesk, S. **Initial treatment of epilepsy in adults**. In: UpToDate. Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. Waltham, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/initial-treatment-of-epilepsy-in-adults?search=epilepsia&topicRef=2220&source=see_link>. Acesso em: 18 mar. 2025.

Schachter, S C. **Evaluation and management of the first seizure in adults**. In: UpToDate. Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. Waltham, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-the-first-seizure-in-adults?sectionName=Unprovoked%20seizure&search=epilepsia&topicRef=2220&anchor=H2412951470&source=see_link#H2412951470>. Acesso em: 18 mar. 2025.

Schachter, S C. **Overview of the management of epilepsy in adults**. In: UpToDate. Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. Waltham, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-epilepsy-in-adults?search=epilepsia&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 18 mar. 2025.

Wirrell, E. **ILAE classification of seizures and epilepsy**. In: UpToDate. Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. Waltham, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ilae-classification-of-seizures-and-epilepsy?search=epilepsia&topicRef=2220&source=see_link>. Acesso em: 18 mar. 2025.

Wilfong, A. **Seizures and epilepsy in children: Classification, etiology, and clinical features**. In: UpToDate. Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. Waltham, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/seizures-and-epilepsy-in-children-classification-etiology-and-clinical-features?search=epilepsia&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3>. Acesso em: 18 mar. 2025.

