

MORTALIDADE ASSOCIADA À EPILEPSIA NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL (2020–2024): ANÁLISE DE DISTRIBUIÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

Isadora Nascimento dos Santos¹
Maydy Gomes da Silva²
Vitor de Souza Soares³

vitorsoares.med@gmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

A epilepsia é uma condição neurológica crônica, prevalente e heterogênea, associada à expressiva carga de morbimortalidade e a custos sociais. Estima-se que mais de 50 milhões de pessoas vivam com epilepsia no mundo, com maior carga em países de baixa e média renda e persistente lacuna de acesso ao diagnóstico e ao tratamento. O objetivo deste estudo é analisar os padrões da mortalidade associada à epilepsia na Região Sudeste do Brasil, no período de 2020 a 2024. Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, retrospectiva e de base populacional, que abrange a região Sudeste, por meio do DATASUS, adotando critérios de elegibilidade, assim como variáveis para melhor fluxo do estudo. Na região Sudeste, entre 2020 e 2024, registraram-se 9.451 óbitos por epilepsia, destacando o sexo masculino, faixa etária de 60 a 69 anos, estado de São Paulo e local de ocorrência no hospital. Esses resultados ressaltam a relevância de uma rede de saúde organizada e integrada, que possa proporcionar monitoramento contínuo, tratamento apropriado e respostas rápidas a situações agudas.

PALAVRAS-CHAVE: epilepsia; mortalidade; morte súbita inesperada na epilepsia.

1 INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma condição neurológica crônica, prevalente e heterogênea, associada à expressiva carga de morbimortalidade e a custos sociais. Estima-se que mais de 50 milhões de pessoas vivam com epilepsia no mundo, com maior carga em países de baixa e média renda e persistente lacuna de acesso ao diagnóstico e ao tratamento (Silva *et al.*, 2024; WHO, 2024). Como resposta global, a Organização

¹ Acadêmica do 11º período de Medicina, Centro Universitário Vértice - Univértix, Matipó/MG

² Acadêmica do 11º período de Medicina, Centro Universitário Vértice - Univértix, Matipó/MG

³ Médico, Docente dos cursos de Medicina e Odontologia, Centro Universitário Vértice - Matipó/MG

Mundial da Saúde (OMS) aprovou o Intersectoral Global Action Plan on Epilepsy and Other Neurological Disorders 2022–2031, convocando os Estados a integrar a epilepsia às prioridades de saúde pública, reduzir barreiras de acesso e enfrentar desigualdades estruturais (WHO, 2023). No continente americano, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vem reforçando a epilepsia como prioridade regional, articulando ações com sociedades civis e redes assistenciais (OPAS, 2024). No Brasil, embora o SUS organize a atenção integral à epilepsia, ainda se observam desafios relacionados à coordenação do cuidado, à continuidade terapêutica e à equidade territorial (Brasil, 2022).

Do ponto de vista epidemiológico, pessoas com epilepsia apresentam risco de morte superior ao da população geral, por fatores diretamente vinculados às crises (estado de mal epilético, traumatismos, afogamento) e por morte súbita inesperada em epilepsia (SUDEP), além de causas indiretas como doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias e transtornos mentais (Trinka *et al.*, 2023; Xu *et al.*, 2025).

A SUDEP figura entre as principais causas de óbito relacionadas à epilepsia em adultos, com incidência aproximada de 1,0–1,2 por 1.000 pessoas-ano, sendo o risco maior em presença de crises tônico-clônicas generalizadas frequentes e baixa adesão terapêutica (CDC, 2024). Parte dessas mortes é potencialmente evitável mediante controle adequado de crises, seguimento clínico estruturado e acesso oportuno a terapias eficazes (Tavares *et al.*, 2022).

Nesse contexto, cabe salientar que a região Sudeste do Brasil consiste em um recorte pertinente pela magnitude demográfica e pela acentuada heterogeneidade socioeconômica e de oferta de serviços (IBGE, 2023). Esses gradientes se articulam aos determinantes sociais da saúde, como pobreza, escolaridade e raça/cor, os quais modulam incidência, controle das crises e mortalidade por epilepsia, conforme literatura recente (Amorim *et al.*, 2022).

No período de 2019 a 2023, sobrepõem-se efeitos diretos e indiretos da pandemia de COVID-19 sobre o manejo clínico e a vigilância epidemiológica, com relatos de redução de consultas presenciais, dificuldade na renovação de receitas e acesso a medicamentos de uso contínuo, além de estressores psicossociais com

potencial para aumentar a frequência de crises e o risco de desfechos graves (Brasil, 2021; Tedrus *et al.*, 2021).

Apesar disso, ainda persistem lacunas na identificação e quantificação dos determinantes diretos (crises epiléticas fatais, SUDEP, causas neurológicas) e indiretos (comorbidades, fatores socioeconômicos e acesso aos cuidados) das mortes associadas à epilepsia na região Sudeste, especialmente considerando o contexto pandêmico e seus efeitos prolongados sobre a rede de atenção. Compreender esses determinantes é essencial para orientar intervenções clínicas e de gestão que reduzam mortes evitáveis, aprimorem a vigilância e qualifiquem a linha de cuidado em epilepsia no SUS.

Nesse sentido, o presente estudo visa responder à seguinte questão norteadora: Quais são os padrões de distribuição temporal, geográfica e sociodemográfica da mortalidade associada à epilepsia na região Sudeste do Brasil, entre 2020 e 2024? Para isso, o objetivo deste estudo é analisar a distribuição temporal, sociodemográfica e geográfica dos óbitos por epilepsia na região Sudeste do Brasil, no período de 2020 a 2024.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A epilepsia consiste em uma desordem neurológica caracterizada pela capacidade de gerar espontâneas e recorrentes crises epiléticas (Vicente *et al.*, 2024). Sua fisiopatologia pode ser compreendida por uma hiperexcitabilidade neuronal derivada do desequilíbrio entre neurotransmissores excitatórios e inibitórios, sobretudo glutamato e GABA. Esse desarranjo diminui o limiar convulsivo e favorece descargas neurais simultâneas e desordenadas, resultando nas crises epiléticas e em sua sintomatologia característica (Nogueira *et al.*, 2024).

As crises epiléticas apresentam múltiplas origens e podem ser unilaterais, bilaterais ou multifocais, com sintomas diretamente relacionados ao local de início. Classificam-se como focais, generalizadas, mistas ou não classificáveis, podendo ser provocadas, quando há um fator desencadeante, ou não provocadas. Entre os principais gatilhos das crises provocadas incluem-se distúrbios metabólicos,

infecções, alterações hidroeletrólíticas, febre, sepse e lesões estruturais agudas (como AVC isquêmico ou hemorrágico, hematoma subdural e hemorragia subaracnoide), traumatismos, eclâmpsia, hipóxia, meningites, encefalites e abscessos cerebrais (Schachter *et al.*, 2025).

Distúrbios sistêmicos agudos, como hipoglicemia, hiperglicemia, hiponatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia, uremia, hipertireoidismo, porfiria, abstinência alcoólica ou de benzodiazepínicos, intoxicações e drogas ilícitas também podem desencadear crises. Já as crises não provocadas podem refletir uma lesão cerebral subjacente e constituir a primeira manifestação de epilepsia. As causas da epilepsia, conforme a Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE), distribuem-se em categorias genéticas, estruturais, metabólicas, imunológicas, infecciosas ou desconhecidas (Vicente *et al.*, 2024).

Nesse sentido, torna-se notável que o diagnóstico da epilepsia abrange uma anamnese detalhada, compreendendo inclusive descrição minuciosa das crises e dos fatores precipitantes, além de exames físico e neurológico, bem como exames complementares. Nesse contexto, ressalta-se o Eletroencefalograma (EEG) para identificar atividade epileptiforme e auxiliar a classificação das crises e síndromes epiléticas. Concomitantemente, merece destacar o papel da ressonância magnética na visualização de anormalidades estruturais cerebrais. Ademais, em casos específicos, exames adicionais, como monitorização prolongada por vídeo-EEG, avaliações metabólicas, imunológicas e testes genéticos, podem ser indicados para esclarecer a etiologia ou planejar intervenções terapêuticas (Nogueira *et al.*, 2024).

A partir disso, e em consonância com a ILAE, a epilepsia pode ser definida por qualquer uma das seguintes condições: pelo menos duas convulsões não provocadas, ocorrendo com mais de 24 horas de intervalo ou uma crise convulsiva não provocada e uma probabilidade de novas crises semelhantes ao risco geral de recorrência, após duas crises não provocadas (por exemplo, $\geq 60\%$) que ocorram nos próximos 10 anos ou diagnóstico de uma síndrome epilética (Schachter *et al.*, 2025).

O quadro clínico depende do tipo de crise e da região cerebral envolvida. As crises focais podem manifestar-se por movimentos involuntários, alterações

sensoriais, fenômenos autonômicos ou alterações comportamentais, com ou sem comprometimento da consciência. Já as crises generalizadas tendem a envolver perda abrupta da consciência, movimentos tônico-clônicos generalizados, ausências, mioclonias ou crises atônicas. Em algumas síndromes epiléticas, podem ocorrer déficits cognitivos associados, alterações de humor, dificuldades de aprendizagem e impacto significativo na vida social e profissional (Wilfong, 2024).

O tratamento fundamenta-se no uso de medicamentos antiepiléticos, escolhidos de acordo com o tipo de crise, a síndrome epilética e o perfil clínico do paciente, com o intuito de obter controle total das crises com o mínimo de efeitos adversos (interações medicamentosas indesejadas, impacto em doenças renais e hepáticas, efeitos teratogênicos). Inicia-se, geralmente, com único antiepilético. Se insucesso, pode-se substituir esse ou acrescentar outro medicamento. No entanto, quando duas ou mais medicações adequadas não são eficazes, caracteriza-se a epilepsia refratária, na qual outras abordagens devem ser consideradas, como cirurgia para remoção de foco epileptogênico, estimulação do nervo vago, neuromodulação responsiva e dietas terapêuticas, como a dieta cetogênica. Paralelamente, convém ressaltar a importância da educação do paciente, de ajustes no estilo de vida, do apoio familiar e do acompanhamento regular (Karceski; Sihh, 2024).

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional, descritivo, retrospectivo, com utilização de dados secundários de domínio público extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), referentes aos óbitos por epilepsia na região Sudeste do Brasil, no período de 2020 a 2024. Foi conduzido e reportado conforme as diretrizes *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Von Elm, 2007). De acordo com Rouquayrol e Gurgel (2017), a pesquisa transversal é um tipo de design de estudo onde a exposição e o resultado são avaliados em uma determinada população em um único ponto no tempo. O estudo retrospectivo utiliza informações secundárias, com o objetivo de examinar conexões entre variáveis significativas a partir de eventos que já ocorreram.

Nessa perspectiva, o cenário do estudo abrange a Região Sudeste do Brasil (São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo). O período de análise compreende os anos de 2020 a 2024. A escolha desse recorte contempla períodos pré-pandemia, durante e pós-pandemia de COVID-19. O período de coleta de dados aconteceu em fevereiro de 2026.

A fonte oficial de dados foi por meio do DATASUS, no índice de Mortalidade. Disponível no seguinte *link*: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. No que tange ao processamento das informações obtidas, convém ressaltar que as bases foram padronizadas em planilhas Microsoft Excel®.

Os critérios de elegibilidade para inclusão dos registros abrangem todos os óbitos de residentes nos estados do Sudeste cuja causa básica e associada conste como epilepsia (CID-10: G40). Por outro lado, foram excluídos os registros com sexo, idade, município ou causa básica ausentes; duplicidades e inconsistências após checagem de integridade.

Quanto às variáveis, visa-se como desfecho principal os óbitos por epilepsia (CID-10: G40), tanto como causa básica quanto associada. Nesse prisma, foram adotadas como variáveis independentes: ano do óbito (2020-2024), sexo, faixa etária (<1; 1–4; 5–9; 10–14; 15–19; 20–29; 30–39; 40–49; 50–59; 60–69; 70–79; ≥80), estado de residência (SP, MG, RJ, ES), local de ocorrência (hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública, outros).

Por fim, a produção científica busca analisar os possíveis padrões de distribuição temporal, geográfica e sociodemográfica da mortalidade associada à epilepsia, como: determinantes diretos (crises epilépticas fatais, SUDEP e outras causas neurológicas) e indiretos (acesso a cuidados, fatores socioeconômicos e comorbidades), conforme literatura recente.

Entre as limitações do estudo, destacam-se o possível sub-registro e a subnotificação da epilepsia como causa básica de óbito, a heterogeneidade no preenchimento das Declarações de Óbito, a potencial subestimação da SUDEP em razão da ausência de confirmação anatomopatológica sistemática e as limitações

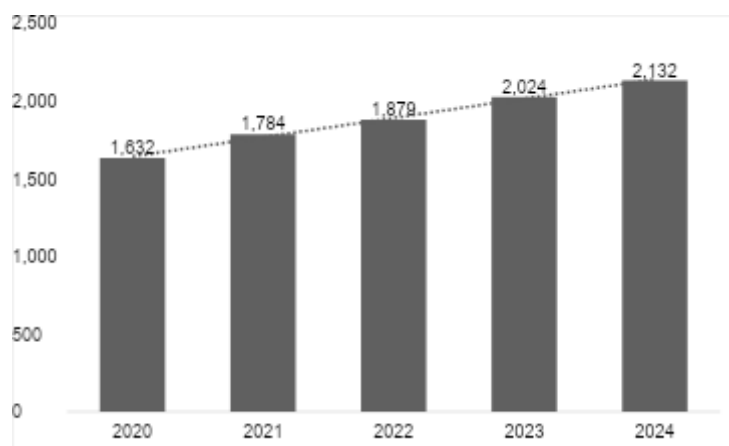
inerentes às bases secundárias para mensuração de determinantes socioeconômicos individuais (Xu *et al.*, 2025).

Consoante à Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016), por se tratar de estudo com dados secundários, agregados e de domínio público, sem identificação nominal, este estudo está enquadrado em dispensa de apreciação ética.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2020 e 2024, a região Sudeste registrou 9.451 óbitos por Epilepsia, sendo o maior registro em 2024, com 2.132 casos, e o menor registro em 2020, com 1.632 casos, assim como visto na Figura 1.

Figura 1 – Resultados sobre a mortalidade associada à Epilepsia na região Sudeste conforme o ano de óbito (2020-2024).



Fonte: Dados da pesquisa.

A investigação sobre as mortes relacionadas à epilepsia na região Sudeste entre 2020 e 2024 demonstra um aumento constante ao longo dos anos, saindo de 1.632 falecimentos em 2020 para 2.132 em 2024 (Figura 1). Esse crescimento progressivo indica agravamento do impacto da epilepsia na mortalidade na localidade, podendo estar ligado tanto ao aumento de diagnósticos quanto a inadequações no controle das crises epiléticas e no acompanhamento médico contínuo dos doentes

(Karciski; Shih, 2024). Ademais, 2020 marca o início da pandemia de COVID-19, que pode ter impactado o acesso aos serviços de saúde e contribuído para a descompensação clínica em pacientes com doenças neurológicas crônicas (Tedrus; Silva; Barros, 2021).

O aumento contínuo nas mortes no período (Figura 1) pode estar vinculado a diversos fatores, como barreiras no acesso contínuo a medicamentos antiepilépticos, descontinuidade do acompanhamento especializado, além de desigualdades socioeconômicas que afetam diretamente a adesão ao tratamento e a gestão das crises. A epilepsia, quando não é controlada, eleva o risco de ocorrências fatais, incluindo o estado de mal epiléptico e a SUDEP, enfatizando a necessidade de um acompanhamento neurológico constante e do uso apropriado da terapia (Nogueira *et al.*, 2024).

Em 2024, o total de falecimentos alcançou o maior índice da série histórica examinada, com 2.132 casos, sugerindo que, mesmo após a fase crítica da pandemia, os efeitos indiretos sobre o sistema de saúde e o cuidado a pacientes crônicos podem ter continuado. Esses dados destacam a urgência de robustecer as políticas públicas voltadas para o cuidado integral das pessoas com epilepsia, incluindo a ampliação do acesso a diagnósticos precoces, medicamentos eficazes e serviços especializados em neurologia. A vigilância epidemiológica contínua e a implementação de estratégias de educação em saúde são cruciais para diminuir a mortalidade relacionada à epilepsia e aprimorar a qualidade de vida dos pacientes na região Sudeste (Silva *et al.*, 2024).

No entanto, os óbitos por epilepsia conforme o sexo na região Sudeste prevaleceram entre os homens, com 5.945, assim como visto na Tabela 1.

Tabela 1 - Resultados sobre os óbitos por epilepsia na região Sudeste conforme o sexo (2020-2024).

Sexo	Óbitos	%
Masculino	5.945	62,91
Feminino	3.506	37,09

Total

9.451

100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

A investigação das mortes por epilepsia na região Sudeste entre 2020 e 2024, em relação ao sexo, demonstra predominância de óbitos entre os homens, totalizando 5.945, em comparação com 3.506 mulheres. Essa disparidade indica uma maior suscetibilidade dos homens à morte decorrente da epilepsia, um padrão já identificado em pesquisa epidemiológica e revisão (Nogueira *et al.*, 2024).

Vários fatores, como aspectos biológicos, comportamentais e sociais, podem contribuir para essa situação, incluindo a maior exposição dos homens a riscos, como: lesões na cabeça e a adesão insuficiente ao tratamento, favorecendo chances de crises mais severas e complicações que podem levar à morte (Tavares *et al.*, 2022).

Além disso, os homens costumam buscar atendimento médico com menos frequência e, em muitas situações, apresentam irregularidade nos acompanhamentos ambulatoriais, o que pode dificultar a adequação das terapias antiepiléticas e o acompanhamento de possíveis efeitos adversos. Essa combinação de aspectos pode elevar o risco de ocorrências como o estado de mal epilético e a morte súbita inesperada na epilepsia, contribuindo para a taxa elevada de mortalidade nesse grupo. Esses achados enfatizam a importância de desenvolver estratégias de saúde pública voltadas para um monitoramento contínuo e educação em saúde, especialmente focadas na população masculina, com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento e diminuir a mortalidade por epilepsia na região Sudeste (Vicente *et al.*, 2024).

De tal modo, a faixa etária é uma variável de suma importância, assim como pode ser visto na Tabela 2, em que o maior registro foi entre indivíduos de 60 a 69 anos.

Tabela 2 - Resultados sobre os óbitos por epilepsia na região Sudeste conforme a faixa etária (2020-2024).

Faixa Etária	Óbitos	%
Menor de 1 ano	61	0,64

1 a 4 anos	175	1,85
5 a 9 anos	121	1,28
10 a 14 anos	119	1,25
15 a 19 anos	189	1,99
20 a 29 anos	619	6,54
30 a 39 anos	855	9,05
40 a 49 anos	1.350	14,30
50 a 59 anos	1.639	17,34
60 a 69 anos	1.652	17,49
70 a 79 anos	1.337	14,14
80 anos e mais	1.334	14,13
Total	9.451	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

A análise dos falecimentos relacionados à epilepsia na região Sudeste, entre 2020 e 2024, revela um aumento gradual nas taxas de mortalidade até os 69 anos de idade, destacando-se dois picos: um na faixa etária de 50 a 59 anos (1.639 mortes) e outro na de 60 a 69 anos (1.652 mortes). Esses números sugerem que, embora a epilepsia seja comumente vista na infância e na adolescência em termos de ocorrências, seu impacto em termos de mortalidade é mais significativo entre adultos e idosos (Silva *et al.*, 2019). Esse fenômeno pode ser atribuído à prevalência elevada de comorbidades crônicas, como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e neurodegenerativas, que intensificam a gravidade das crises e elevam o risco de complicações fatais nesta faixa etária (Tavares *et al.*, 2022).

No que diz respeito aos adultos jovens e de meia-idade, observa-se também uma quantidade expressiva de falecimentos, principalmente nas faixas de 30 a 39 anos (855 mortes) e 40 a 49 anos (1.350 mortes), o que mostra que a mortalidade associada à epilepsia não é exclusiva das idades extremas. Nesses grupos, elementos como epilepsia de difícil controle, descontinuação do tratamento, uso irregular de medicamentos e maior vulnerabilidade a riscos, como acidentes e uso de

substâncias psicoativas, podem influenciar a possibilidade de eventos letais, e lesões resultantes de convulsões (Costa; Brandão; Segundo, 2020).

Para as idades pediátricas e adolescentes, os dados foram relativamente menores, com 61 falecimentos em crianças com menos de 1 ano, 175 entre 1 e 4 anos e cerca de 120 a 190 em outras idades até 19 anos. Apesar de representarem um número absoluto inferior, essas mortes têm um grande impacto social e emocional, além de refletirem a existência de epilepsias graves que surgem precocemente, frequentemente associadas a síndromes epiléticas de origem genética ou a lesões estruturais no cérebro (Xu *et al.*, 2025). A distribuição etária apresentada reforça a necessidade de abordagens específicas de cuidados ao longo da vida, com foco no controle eficiente das crises, no acompanhamento contínuo e na prevenção de fatores de risco que possam agravar o prognóstico da epilepsia em todas as fases da vida (Silva *et al.*, 2024).

A Tabela 3 evidencia os óbitos por epilepsia conforme o estado, sendo o de São Paulo o destaque, com 3.945 casos.

Tabela 3 - Resultados sobre os óbitos por epilepsia na região Sudeste conforme o estado de residência (2020-2024).

Estado de Residência	Óbitos	%
Espírito Santo	493	5,21
Minas Gerais	3.513	37,17
São Paulo	3.945	41,74
Rio de Janeiro	1.500	15,88
Total	9.451	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

A investigação sobre as mortes ocorridas devido à epilepsia na região Sudeste de 2020 a 2024, levando em conta o estado de residência, revela números expressivos de falecimentos em São Paulo, que apresentou 3.945 registros, seguido por Minas Gerais, com 3.513 casos. Com números absolutos inferiores, estão Rio de

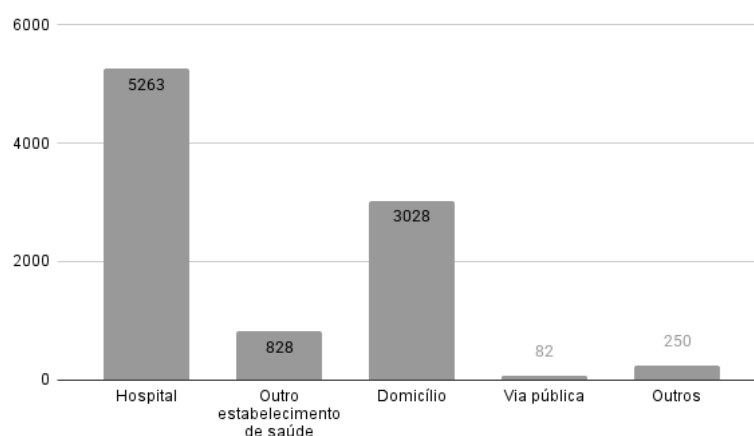
Janeiro, que contabilizou 1.500 óbitos, e Espírito Santo, com 493 mortes no período estudado.

Contudo, além dos aspectos demográficos, outros fatores podem impactar essas variações, como a oferta de serviços especializados em neurologia, a possibilidade de diagnósticos precoces, a regularidade no fornecimento de medicamentos antiepiléticos e as desigualdades socioeconômicas entre os estados (Silva *et al.*, 2024).

Regiões que contam com uma maior cobertura de serviços de saúde e um sistema de notificação mais eficiente tendem a registrar as mortes de forma mais precisa, enquanto áreas com menos acesso podem sofrer com a subnotificação. Esses achados ressaltam a relevância de desenvolver estratégias regionais para aperfeiçoar o atendimento à epilepsia, incluindo aumentar o acesso a tratamentos contínuos, seguimento ambulatorial e iniciativas de educação em saúde, com o objetivo de diminuir a mortalidade e aprimorar o prognóstico dos pacientes em toda o Sudeste (Wirell, 2025).

Por fim, destaca-se o local de ocorrência, em que 5.263 dos óbitos ocorreram no hospital, assim como visto na Figura 2.

Figura 2 - Resultados sobre os óbitos por Epilepsia na região Sudeste conforme o local de ocorrência (2020-2024).



Fonte: Dados da pesquisa.

A investigação sobre as mortes relacionadas à epilepsia na região Sudeste entre 2020 e 2024 revelou que a maioria dos registros de óbitos, somando 5.263, ocorreu dentro de hospitais. O hospital é, portanto, nessa análise, o principal local de falecimento, refletindo a gravidade das condições e o acesso a cuidados avançados. O segundo local com mais ocorrências foi a residência, com 3.028 óbitos. Isso pode estar relacionado à SUDEP, crises não assistidas ou à falta de reconhecimento da gravidade pelos familiares. A dificuldade de acesso a serviços de emergência e problemas de adesão ao tratamento também contribuem para os óbitos domiciliares. Esses dados mostram a importância da educação em saúde sobre o controle de crises e sinais de alerta (Xu *et al.*, 2025).

Além disso, foram registrados 828 óbitos em estabelecimentos de saúde fora de hospitais, 82 na via pública e 250 em outros locais. Embora menos comuns, essas fatalidades são significativas. Elas destacam a necessidade de melhorar a rede de cuidados para epilepsia em todos os níveis, promovendo prevenção e orientações sobre primeiros socorros em crises convulsivas (Tedrus; Silva; Barros, 2021).

As mortes decorrentes por epilepsia, especialmente relacionados ao SUDEP, representam um desafio para a saúde pública, principalmente em áreas socialmente vulneráveis, com pouco acesso a serviços de saúde. A Atenção Primária à Saúde é vital para reduzir esses casos, monitorando pacientes, garantindo tratamento, reconhecendo riscos e educando pacientes e familiares. Além disso, a APS coordena atendimentos e facilita encaminhamentos para cuidados especializados, aumentando a prevenção em casa e diminuindo a mortalidade por epilepsia (Trinka *et al.*, 2023).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da mortalidade ligada à epilepsia na área Sudeste do Brasil entre 2020 e 2024 revelou uma tendência crescente no número de falecimentos ao longo do período. Observou-se uma maior incidência de mortes em homens e nas faixas etárias elevadas, especialmente a partir dos 50 anos. Esse padrão destaca o papel

dos fatores biológicos, comportamentais e clínicos na progressão da doença, refletindo uma maior presença de comorbidades, exposição a riscos e possíveis dificuldades no seguimento do tratamento, aspectos que intensificam a gravidade das crises e elevam a taxa de mortalidade.

A análise geográfica dos óbitos evidenciou um maior número de casos em estados com populações mais altas, como São Paulo e Minas Gerais. Ademais, o levantamento sobre o local das mortes indicou que a maioria ocorreu em hospitais, com um número significativo de óbitos em casa, possivelmente relacionado à SUDEP e à dificuldade de acesso ágil a serviços de emergência em determinadas ocasiões. Esses resultados ressaltam a relevância de uma rede de saúde organizada e integrada, que possa proporcionar monitoramento contínuo, tratamento apropriado e respostas rápidas a situações agudas.

Assim, os dados enfatizam a urgência de fortalecer as políticas públicas direcionadas à atenção integral das pessoas com epilepsia, priorizando a ampliação do acesso a serviços especializados, a garantia do fornecimento regular de medicamentos antiepilépticos e a implantação de programas educativos para pacientes e seus familiares. O acompanhamento epidemiológico constante e a avaliação dos fatores que influenciam a mortalidade são essenciais para direcionar intervenções mais efetivas, diminuir as desigualdades regionais e promover uma melhor qualidade de vida e sobrevida para pessoas com epilepsia na área Sudeste do Brasil.

REFERÊNCIAS

AMORIM, G.S.; GOMES, M.A.; AZEVEDO, N.B.; GONGIJO, A.A.; CASAGRANDE, E.; MONTEIRO, L.D. Perfil epidemiológico dos óbitos por epilepsia no Estado do Tocantins entre 2009 e 2019. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e149111536881-e149111536881, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36881>. Acesso em: 18 de nov. 2025.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 — Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 03 de out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Epilepsia: conheça a doença e os tratamentos disponíveis no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/epilepsia-conheca-a-doenca-e-os-tratamentos-disponiveis-no-sus>>. Acesso em: 7 de out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2020–2021: análise da situação de saúde e da pandemia da COVID-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2020-2021_analise_pandemia_covid-19.pdf>. Acesso em: 7 de out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sim>>. Acesso em: 7 de out. 2025.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP).** Atlanta: CDC, 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epilepsy/sudep/index.html>>. Acesso em: 7 de out. 2025.

COSTA, L.L.O.; BRANDÃO, E.C.; SEGUNDO, L.M.B.M. Atualização em epilepsia: revisão de literatura. **Revista de Medicina**, São Paulo, Brasil, v. 99, n. 2, p. 170–181, 2020. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v99i2p170-181. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/157412>. Acesso em: 19 nov. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **De 2010 a 2022, população brasileira cresce 6,5% e chega a 203,1 milhões.** Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes>>. Acesso em: 7 de out. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população – 1º de julho de 2025 (UF e municípios).** Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>>. Acesso em: 7 de out. 2025.

KARCESKI, S; SHIH, T. **Initial treatment of epilepsy in adults**. UpToDate. Última atualização em 22 out. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/initial-treatment-of-epilepsy-in-adults?search=epilepsia&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7. Acesso em: 19 nov. 2025.

NOGUEIRA, G.M.; LIMA, R.F.S.; CASTRO, J.V.G.; FELIX, B.A.; SANTOS, D.M.; MANGARAVITI, M.B.M.; BASTOS, P.H.C.; TOLEDO, S.O.; FELIPPE, R.M.S. Perspectivas atualizadas sobre epilepsia. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 24, p. e16513, 26 jul. 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/16513>. Acesso em: 16 de nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **PAHO and International Bureau for Epilepsy seek to make epilepsy a health priority in the Americas**. Washington, D.C.: OPAS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/6-9-2024-paho-and-international-bureau-epilepsy-seek-make-epilepsy-health-priority-americas>. Acesso em: 7 de out. 2025.

ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830000>. Citado em: 22 de set. 2025.

SCHACTER, S. C; HAIDER, H.A.; BULINGER, K. **Evaluation and management of the first seizure in adults**. UpToDate. Atualizado em: 07 agosto de 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-the-first-seizure-in-adults?search=epilepsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 16 de nov. 2025.

SILVA, C.N.; MATOS, D.F.; AQUINO, M.L.P.; ALMEIDA, D.H. Caracterização epidemiológica e tendência temporal da mortalidade por Epilepsia no Brasil durante os anos de 1999 a 2019. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 5, p. e0213545617-e0213545617, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45617>. Acesso em: 17 de nov. 2025.

TAVARES, L.J.R.S.; DUARTE, F.G.S.; MARTINS, R.S.; FERREIRA, E.N.M.; CABRAL, I.F. Mortalidade por epilepsia e estado de mal epiléptico no Brasil: análise do perfil epidemiológico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e50111435922-e50111435922, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35922>. Acesso em: 17 de nov. 2025.

TEDRUS, G.M.A.S.; SILVA, J.F.C.P.; BARROS, G.S. The impact of COVID-19 on patients with epilepsy. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, n.79, v.4, p.310-314, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/anp/a/N4Kb9SW4nkkC89qxZGhZ7zS/>>. Acesso em: 7 de out. 2025.

TRINKA, E.; RAINER, L.J.; GRANBICHLER, C.A.; ZIMMERMANN, G.; LEITINGER, M. Mortality, and life expectancy in epilepsy and status epilepticus. **Frontiers in Epidemiology**, v. 3, n.1; 1081757, 2023. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/journals/epidemiology/articles/10.3389/fepid.2023.1081757/pdf>>. Acesso em: 7 de out. 2025.

VICENTE, A.G.; DIEGUEZ, A.C.; AMARANTE, B.T.; HORTOLAM, I.M.; CARNEIRO, S.M.B.; RUELA, G.A. Health profile of pediatric hospitalization for epilepsy in Brazil in the period between 2012 and 2022. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 3, p. e3413345203, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/45203>. Acesso em: 4 de out. 2025.

VON ELM, E.; ALTMAN, D. G.; EGGER, M.; POCKOCK, S. J.; GÖTZSCHE, P. C.; VANDENBROUCKE, J. P. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **BMJ**, v.335, n.7624, p. 806-8, out. 2007 DOI: 10.1136/bmj.39335.541782.Acesso em 22 de set. 2025.

WIRELL, E. **ILAE classification of seizures and epilepsy**. UpToDate. Atualizado em: 22 agosto de 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ilae-classification-of-seizures-and-epilepsy?search=epilepsia&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6. Acesso em: 16 nov. 2025.

WILFONG, A. **Seizures and epilepsy in children: Clinical and laboratory diagnosis**. UpToDate. Atualizado em: 19 jun. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/seizures-and-epilepsy-in-children-clinical-and-laboratory->

[diagnosis?search=epilepsia&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8](#). Acesso em: 19 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Epilepsy – Key facts**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>>. Acesso em: 7 de out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Intersectoral Global Action Plan on Epilepsy and Other Neurological Disorders 2022–2031**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076624>>. Acesso em: 7 de out. 2025.

XU, X.; SHA, L.; BASANG, S.; PENG, A.; ZHOU, X.; LIU, Y.; LI, Y.; CHEN, L. Mortality in patients with epilepsy: a systematic review. **Journal of Neurology**, v.272, n.4, p.1-8: 2025. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11937074/>>. Acesso em: 7 de out. 2025.