



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**AMBIENTE, HÁBITOS ALIMENTARES E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
COM DIAGNÓSTICO DE NEUROCISTICERCOSE EPILÉPTICA**

MARIA SOCORRO DE SOUZA MELO

**Goiânia-GO
Dezembro de 2011**



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**AMBIENTE, HÁBITOS ALIMENTARES E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
COM DIAGNÓSTICO DE NEUROCISTICERCOSE EPILÉPTICA**

MARIA SOCORRO DE SOUZA MELO

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cibelle Kayenne Martins R. Formiga

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia-GO

Dezembro de 2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da PUC-GO



Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Pró – Reitoria de Pós – Graduação e Pesquisa

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Ambientais e Saúde

Maria Socorro de Souza Melo

**AMBIENTE, HÁBITOS ALIMENTARES E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
COM DIAGNÓSTICO DE NEUROCISTICERCOSE EPILÉPTICA**

DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM _____ DE _____ DE 2011 E CONSIDERADA
_____ PELA BANCA EXAMINADORA:

- 1) _____
Orientadora. Prof^a.Dra. Cibelle Kayenne Martins R. Formiga (NCAS-PUC-GO)
- 2) _____
Prof^a.Dra. Fabiana Pavan Viana (MCAS-PUC-GO)
- 3) _____
Prof^a.Dra. Lílian Fernanda Pacheco (UEG)
- 4) _____
Prof^o. Dr. José Edison da Silva Cavalcante (UFG-HC-FM)

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

Deus, que me dá força e coragem para enfrentar todos os obstáculos da minha trajetória.

Ao meu marido, Sebastião Jesus de Melo, pelo estímulo, força, compreensão e o amor devotado, que a cada dia nos fortalece mais.

Aos meus filhos, Fabrício de Souza Melo e Juliana de Souza Melo, pelo companheirismo e compreensão. Vocês são as coisas mais belas e mais importantes de minha vida.

A minha mãe, Arlinda Severino Gomes, por ter me transformado no que sou hoje.

Ao meu Pai, José Teixeira de Souza, que já dorme junto de Deus, a quem eu sinto tanta gratidão e saudade, por toda sua simplicidade e dedicação ao me conduzir no caminho do conhecimento.

Aos meus irmãos, Maria Aparecida, Maurício, Sebastião, Luzia, Tereza, Josenália e Mauro, pelo companheirismo. Tenho orgulho e prazer em ser irmã de vocês.

A todos do Núcleo de Neurociência do Hospital das Clínicas de Goiás, em especial; Marilda, Patrícia, Lara, Aline, Adenilde, D. Wander e D. Wolmer.

A minha amiga Andréia, que dedicou muito do seu tempo em me auxiliar na construção deste estudo.

As minhas amigas e companheiras do mestrado: Solange, Margarida e Líllian Lúcia, tenho muito carinho e gratidão por todas vocês.

A todas as pessoas amigas que, direta ou indiretamente, foram imprescindíveis para a construção desta pesquisa, os meus sinceros agradecimentos. Os estímulos que recebi de vocês no meu dia-a-dia me auxiliaram na construção do meu sonho de realização do mestrado. Compartilho este título com todos vocês, do fundo do meu coração.

Aos pacientes do Núcleo de Neurociência, que participaram como sujeitos desta investigação pelo carinho e receptividade. Este trabalho só foi possível porque vocês se dispuseram a colaborar, contribuindo assim para a realização deste estudo.

Ao Prof. Dr. Pós-Dr. José Edison da Silva Cavalcante, que sempre me incentivou e me auxiliou na construção deste trabalho.

A minha orientadora, Prof^a. Dra. Cibelle Kayenne Martins R. Formiga, pelo auxílio na construção deste estudo. Agradeço imensamente pela amizade, consideração e o ensino devotado para o meu conhecimento.

“O senhor é o meu pastor e nada me faltará”
(Salmo, 93)

RESUMO

O complexo teníase-cisticercose/neurocisticercose é a condição provocada pela infecção do sistema nervoso central pelo *Cysticercus cellulosae*, a forma larvária da *Taenia solium*. Ela é, provavelmente, a principal responsável pela elevada prevalência da epilepsia no Brasil e possui caráter endêmico. Os objetivos do presente estudo foram analisar as condições ambientais, hábitos e qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de Neurocisticercose; verificar as características das crises em função das condições ambientais, hábitos alimentares, procedência dos pacientes e a qualidade de vida em função das características dos hábitos de vida, sexo e procedência dos pacientes. Dessa forma, foram selecionados 102 pacientes com diagnóstico de neurocisticercose epiléptica e avaliados por três instrumentos: Questionário Epidemiológico; Critério de Classificação Econômica e Questionário de Qualidade de Vida. Segundo os resultados obtidos, verificou-se o predomínio do sexo feminino, o nível de escolaridade oscilando entre o ensino fundamental e o médio, faixa etária dos 16 aos 68 anos de idade, procedentes, em sua maioria, da zona urbana e da classe D, além de possuírem saneamento básico (79,6%). Todavia, (69,8%) costumam consumir água de outras fontes, (74,8%) deles, fazem ingestão de carne de porco, sendo que, dos entrevistados, (62,1%) preparam carne crua (4,8%) ou malpassada (44,7%) fazem ingestão de verdura crua (62,1%) e quase todos fazem alguma refeição fora de casa. Em relação à média de idade de início das crises epilépticas, relacionada aos hábitos alimentares, os que fazem ingestão de carne crua apresentaram idade de início das crises significativamente menor ($p=0,006$) em relação aos que não consomem carne crua. Entretanto, ao analisar os domínios do WHOQOL-BREF, verificou-se que o mais comprometido foi o domínio ambiental (43,65%), ao passo que o domínio físico apresentou a melhor média de escore (53,03%). Já em relação a análise da qualidade de vida, comparada aos hábitos de vida, notou-se que nenhuma das variáveis contribuiu de forma significativa para a melhora da qualidade de vida dos pacientes. Sugere-se que ações urgentes sejam tomadas, devido à necessidade de medidas profiláticas o que pode ocorrer através de programas de Saúde Pública.

Palavras-Chave: neurocisticercose; epilepsia; hábitos alimentares; meio ambiente; Qualidade de vida.

ABSTRACT

The complex teníase-cisticercose/neurocisticercose the condition is caused by central nervous system infection by Cysticercus cellulosae, the larval form of Taenia solium. She is probably the main reason for high prevalence of epilepsy in Brazil and has endemic. The objectives of this study were to analyze the environmental conditions, habits and quality of life of patients with neurocysticercosis, check the features of the crises in terms of environmental conditions, dietary habits, origin of patients and quality of life according to the characteristics of the habits of age, sex and origin of the patients. Thus, we selected 102 patients with neurocysticercosis and epilepsy assessed by three instruments: Epidemiological Questionnaire; Economic Classification Criteria and Quality of Life Questionnaire. According to the results obtained, there was a predominance of females, the level of education ranging from elementary school and the average age of 16 to 68 years of age, coming, mostly in urban areas and Class D besides having basic sanitation (79.6%). However, (69.8%) usually consumed water from other sources (74.8%) of them are eating pork, and, of respondents (62.1%) preparing raw meat (4.8%) or undercooked (44.7%) reported intake of raw vegetables (62.1%) and almost all make a meal out of the house. In the mean age of onset of epileptic seizures, diet related, those who had ingestion of raw age of onset of seizures significantly lower ($p = 0.006$) than those who do not consume raw meat. However, when analyzing the domains of WHOQOL-BREF, it was found that the most affected was the environmental domain (43.65%), while the physical domain had the highest average score (53.03%). Regarding the analysis of quality of life compared to the habits of life, it was noted that none of the variables contributed significantly to improving the quality of life of patients. It is suggested that urgent actions are taken because of the need for prophylactic measures which may occur through programs of Public Health.

Keywords: neurocysticercosis, epilepsy, eating habits, environment, quality of life.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS.....	V
RESUMO.....	Vii
ABSTRACT.....	Viii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	Xii
LISTA DE FIGURAS.....	Xiv
LISTA DE TABELAS.....	Xv
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1. Histórico.....	20
2.2. Agentes etiológicos e morfologia.....	21
2.3. Modo de transmissão.....	23
2.4. Sinais Clínicos.....	27
2.4.1. Teníase humana.....	27
2.5. Cisticercose.....	28
2.5.1. Enfermidade humana.....	29
2.6. Qualidade de Vida.....	22
2.7. Estado de mal epiléptico	31
2.7.1. Classificação das epilepsias.....	32
2.7.2. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10.....	33
3. JUSTIFICATIVA.....	35
4. OBJETIVOS.....	36
5. METODOLOGIA.....	37
5.1 Tipo e local de estudo.....	37
5.2 Procedimento de coleta de dados.....	37
5.3 Amostra.....	38

5.4 Materiais e instrumentos.....	39
5.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	40
5.6 Propriedades das informações.....	41
5.7 Uso e destino das informações coletadas.....	41
5.8 Análise dos dados.....	42
6. RESULTADOS.....	44
6.1 Distribuição dos pacientes quanto às características sociodemográficas..	44
6.2 Distribuição dos pacientes quanto aos hábitos alimentares e residência..	46
6.3 Distribuição dos pacientes quanto às características das crises epiléticas.....	48
6.4 Análise da média de idade de início das crises epiléticas em relação aos hábitos alimentares e residência.....	50
6.5 Análise da média de frequência das crises aos hábitos alimentares e residência.....	51
6.6 Análise dos hábitos familiares e residência em relação à procedência dos pacientes.....	53
6.7 Análise dos hábitos alimentares e residência em relação ao sexo.....	55
6.8 Parâmetros dos escores dos domínios da qualidade de vida.....	57
6.9 Análise da média da frequência e idade de início das crises epiléticas em relação à procedência dos pacientes.....	58
6.10 Análise dos hábitos, sexo e procedência dos pacientes em relação aos domínios da Qualidade de vida.....	59
7. DISCUSSÃO.....	61
7.1 Análise dos pacientes quanto às características sociodemográficas e hábitos alimentares em relação à procedência e sexo.....	61
7.2 Análise da média de idade de início das crises convulsivas e da frequência das crises em relação à residência e aos hábitos alimentares dos pacientes.....	64
7.3 Análise da residência e dos hábitos familiares em relação à procedência e sexo dos pacientes.....	71

7.4 Análise dos hábitos, sexo e procedência dos pacientes em relação aos domínios da qualidade de vida (WHOQOL-BREF).....	72
8. CONCLUSÃO.....	75
9. RECOMENDAÇÕES.....	78
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
ANEXOS.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

a.C- antes de Cristo

CC - Cisticercose

CID – Classificação Internacional de Doenças

CTCG – Crises Tônico-Clônicas Generalizadas

DP – Desvio Padrão

HC – Hospital das Clínicas

HIC - hipertensão intracraniana

ILAE - International League Against Epilepsy

GO – GOIÁS

QV -Qualidade de Vida

LCR - Líquido cefalorraquidiano

NCC - Neurocisticercose

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana da Saúde

WHOQOL – BREF – World Health Organization Quality of Life – Abreviado

SC – Santa Catarina

SNC - Sistema Nervoso Central

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESF - Estratégia Saúde da Família

UFG – Universidade Federal de Goiás

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- <u>Taenia solium</u>.....	20
Figura 2 – cisticerco cerebral forma cellulosae.....	23
Figura 3 – cisticerco cerebral forma cellulosae.....	28

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição dos pacientes quanto às características sociodemográficas.....	31
TABELA 2- Distribuição dos pacientes quanto aos hábitos alimentares e residência.....	33
TABELA 3 – Distribuição dos pacientes quanto às características das crises epilépticas.....	35
TABELA 4- Análise da média de idade de início das crises convulsivas em relação aos hábitos alimentares e residência dos pacientes.....	36
TABELA 5- Análise da média de frequência das crises epilépticas em relação aos hábitos alimentares e residência.....	38
TABELA 6 – Análise dos hábitos alimentares e da residência em relação à procedência dos pacientes.....	40
TABELA 7. Análise dos hábitos alimentares e residência em relação ao sexo dos pacientes.....	42
TABELA 8 – Parâmetros dos escores dos domínios da qualidade de vida.....	44
TABELA 9 – Análise da média da frequência e idade das crises epilépticas em relação à procedência dos pacientes.....	44
TABELA 10- Análise dos hábitos, sexo e procedência dos pacientes em relação aos domínios da qualidade de vida.....	45

1. INTRODUÇÃO

Para a manutenção da saúde e prevenção de doenças, principalmente as parasitoses, em uma população, faz-se necessário rever as condições de saneamento básico, regras básicas de higiene, cuidados com os alimentos, água e solo, tratamento de indivíduos acometidos pela doença e, principalmente, orientação a essa população. Sabe-se que os aspectos socioeconômicos e culturais estão diretamente relacionados à saúde dessa população. Logo, a teníase representa um grave problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento, pelo fato de ser uma zoonose e estar relacionada aos aspectos socioeconômicos.

A cisticercose, em humanos, é uma infecção causada pela forma, Cysticercus cellulosae, da Taenia solium. Este platelminto possui oncosferas que penetram na parede intestinal e invadem tecidos, como o subcutâneo e o muscular, além do cérebro, coração, fígado, pulmões e peritônio, formando uma reação inflamatória. O comprometimento cerebral é conhecido como neurocisticercose (De Cicco, 2010).

Essa parasitose representa uma antropozoonose, na qual o homem é o hospedeiro definitivo e essencial disseminador da doença, e os animais vertebrados agem como hospedeiro intermediário (Silva et al. 2003).

A teníase e a cisticercose são duas entidades mórbidas distintas, causadas, respectivamente, pelas T. solium e T. saginata e suas formas correspondentes são Cysticercus cellulosae e Cysticercus bovis. A transmissão ocorre quando o suíno ou bovino ingerem ovos da tênia através de alimentos contaminados com fezes humanas contendo ovos do parasita, desenvolvendo dessa forma, em seu organismo, a forma larval que se instala principalmente na musculatura esquelética. O homem, ao se alimentar de carnes mal cozidas desses animais com cisticercos vivos, desenvolve a teníase na sua fase adulta, a qual localiza-se no intestino do

homem e libera ovos no meio ambiente através das fezes, que podem contaminar água e alimentos a serem consumidos pelos animais e seres humanos. Quando ingeridos, podem desenvolver a fase larval (cisticercose) no ser humano, bovino e suíno. Pode também ocorrer casos de auto-infecção, decorrentes da falta de higiene ao defecar ou em casos de vômitos ocasionados por movimentos retrógrados do conteúdo do intestino (Calasans, 2009).

A neurocisticercose epiléptica (NCC) é a infecção parasitária mais comum do sistema nervoso central (SNC) e a principal causa de epilepsia de origem secundária no Brasil, sendo causada pelo parasita *Taenia solium*, estágio de metacestóide (Costa et al. 2007).

As manifestações desta neuroparasitose ocorrem através de múltiplas facetas, variando desde simples enxaqueca (Flisser, 1979), aos mais graves sinais e sintomas de hipertensão intracraniana Cruz (1995), passando apenas por crises epilépticas ou caracterizando quadros clínicos complexos. A NCC pode ser assintomática, mesmo na forma racemosa e/ou de localização intraventricular (Agapejev, 1996), ou ser fatal, como nos doentes com hipertensão intracraniana (HIC) e que apresentam a clássica síndrome do líquido cefalorraquidiano (LCR) na NCC (Agapejev, 1996), ou até mesmo, nas suas exteriorizações mais benignas como as calcificações em doentes epilépticos, mas que desenvolvem o estado de mal epiléptico. Tudo depende de uma imprevisível interação: a resposta do hospedeiro ao parasita e a resposta do parasita às reações do hospedeiro.

No Brasil, os dados referentes à prevalência da neurocisticercose são imprecisos, escassos e geralmente representam trabalhos pontuais de profissionais de saúde. No entanto, ela é encontrada, com elevada frequência, nos estados de

São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Goiás. A prevalência populacional, contudo, é conhecida pela ausência de notificação da doença (Takayanagui & Leite, 2001).

Há diversos tipos de endemias parasitárias no Brasil e suas origens remontam à carência de saneamento básico e de educação sanitária porém, nenhuma delas parecem ser tão fácil de serem erradicadas quanto a cisticercose. Isto ocorre porque se trata de uma antropozoonose em que o suíno aparece tão somente como uma vítima dos maus hábitos de higiene do ser humano. Assim sendo, a extinção do parasita no homem levaria à interrupção da cadeia de transmissão, tornando possível a erradicação da referida doença (Freitas et al., (2005).

A neurocisticercose é identificada como uma das causas mais frequentes de epilepsia nos países tropicais sendo a manifestação clínica mais comum da cisticercose, ativa ou inativa (Moreira, 2004).

Nas síndromes epilépticas as crises repercutem no cotidiano do paciente e influenciam negativamente a qualidade de vida, podendo levar aos seguintes problemas: percepção de estigma, discriminação, rejeição e isolamento social; dificuldades no relacionamento interpessoal, para iniciar e manter relações amorosas; limitações às atividades diárias, problemas no trabalho, desemprego e variações na frequência e gravidade das crises (Alonso, 2007).

Estudos indicam que a incidência da cisticercose é bastante alarmante, especialmente da Cisticercosis cellulosa, que deriva dos porcos. Essa doença afeta, em graus variados, quase vinte países da América Latina, sendo de grande incidência em pelo menos quinze deles. Em algumas regiões, entre 15% e 60% dos porcos criados no sistema tradicional possuem anticorpos contra o parasita, o que indica que estiveram em contato com ele durante suas vidas. Outros estudos

assinalaram que cerca de 30% dos porcos têm nódulos de cisticercos em suas línguas. Uma pesquisa na Bolívia revelou que entre 1,4 e 2% da população das zonas rurais apresenta o parasita Taenia solium em seus intestinos; levando-se em conta que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera sério o grau do problema quando o nível de infecção ultrapassa 1% da população (Agapejev, 2003).

Na literatura brasileira, as informações acerca da neurocisticercose constituem coleções de trabalhos regionais que descrevem os aspectos polimórficos desta patologia. Os estudos clínicos e necroscópicos, associados aos relatos de casos e às avaliações soroepidemiológicas, ao serem analisados em conjunto, mesmo expressando variabilidade considerável de aspectos, permitem vislumbrar algumas características clínico-epidemiológicas comuns entre os pacientes portadores de neurocisticercose no Brasil (Agapejev, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida (QV) como sendo a percepção de um indivíduo de sua posição na vida, no contexto do sistema de valores, da cultura em que vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e interesses. Trata-se de um conceito amplo que agrega saúde física, aspectos psicológicos, nível de independência, sociabilidade e relações com o ambiente. (Guilhoto & Westphal-Guitti, 2007).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRICO

A neurocisticercose foi descrita pela primeira vez por Aristóteles e Aristófanes no século III a. C, apenas em suíno. A partir de então, gerou-se um conceito equivocado que considerava o porco como transmissor da tão temida doença, o que serviu de base para associação às proibições religiosas – muçumana, para o repúdio ao consumo de carne suína em grande parte dos povos antigos. Um exemplo deste fato pode ser encontrado em 300 a.C., época em que os primeiros escritos judeus já proibiam o consumo desse tipo de carne, sob pena de prisão (Mendes et al., 2005).

Historiadores mencionam que Joana D’Arc, após ser queimada em praça pública, foi submetida à necropsia. Observou-se que grande parte do cérebro, mormente, o lobo temporal esquerdo não foi queimado, tendo em vista a existência de cisticercos racemosos calcificados, daí as suas alucinações auditivas e visuais (Antoniuk, 1994).

O primeiro caso, no Brasil, foi observado no estado da Bahia por Severiano de Magalhães e a primeira descrição da forma cerebral feita por Miguel Pereira em 1905. Uma década após, uma tese baseada em 25 casos de NCC foi apresentada por Waldemar de Almeida tendo como casuística os pacientes do Hospital do Rio de Janeiro (Maretti, 1999).

2.2 Agentes etiológicos e morfologia



Figura 1- Taenia solium

(<http://educacao.uol.com.br/biologia/tenia-vermes-do-grupo-dos-platelmintos.jhtm>)

Os hospedeiros intermediários da T. solium são os suínos, javalis e raramente caninos, felinos, ruminantes, equinos e o homem; enquanto os da T. saginata são bovinos, raramente ovinos e caprinos e, excepcionalmente, o homem (Fortes, 1993; Funasa, 2000).

Morfologicamente, a T. saginata varia de 8 a 9m de comprimento, o escólex ou cabeça, excepcionalmente, não apresenta rostelo nem ganchos, já a T. solium pode atingir até 3 metros, apresenta rostelo guarnecido com duas fileiras concêntricas de ganchos. O colo dessas tênias situa-se logo abaixo, sem segmentação, e está em constante atividade reprodutiva, dando origem a proglotes jovens e o estróbilo que forma o corpo da tênia que é constituído de proglotes que são subdivididas em jovens, maduras ou grávidas, sendo que cada uma apresenta individualidade alimentar e reprodutiva. Cada proglote apresenta órgãos genitais masculino e feminino aptos para fecundação. Como característica, a proglote da T. saginata é retangular apresentando até 160 mil ovos e a T. solium quadrangular com 80 mil ovos cada (Lima et al., 2004).

O cisticerco da T. solium é constituído de escólex com quatro ventosas, rostelo, colo e uma vesícula membranosa translúcida com líquido claro. No SNC humano, o cisticerco pode se manter viável por vários anos. Durante este tempo, observam-se modificações anatômicas e fisiológicas até a completa calcificação da larva. Já o cisticerco da T. saginata, apesar de apresentar a mesma morfologia da T. solium, diferencia-se pela ausência do rostelo (Silva, 1995).

É interessante notar que, na neurocisticercose, existe uma preferência dos cisticercos em se alojarem na substância cinzenta. A razão disso é que os cisticercos chegam ao SNC por via hematogênica, quando ainda muito pequenos. Como a substância cinzenta é mais vascularizada que a branca, o número de parasitas é maior. Nos locais de substância cinzenta, estão concentrados os corpos de neurônios, juntamente com seus dendritos e locais de sinapses sendo, portanto, áreas de processamento de informação, o que torna mais grave a neurocisticercose. As regiões corticais não são homogêneas, ou seja, o córtex do lobo temporal não realiza a mesma função do córtex occipital, o que explica a diversidade de sintomas (Segantim & Melo, 2005).

2.3. Modo de Transmissão

Ciclo de vida:

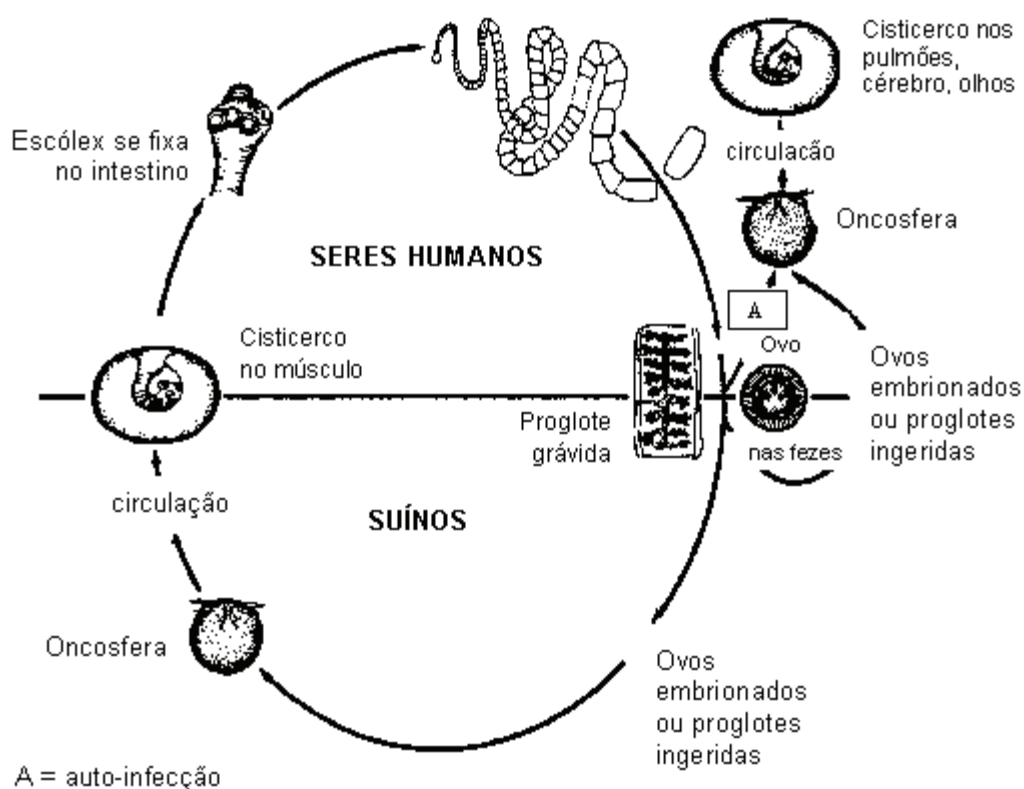


Figura 2 - Ciclo evolutivo do parasita

(http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hidrica/Taenia_solium.htm).

A teníase e a cisticercose são duas entidades mórbidas distintas, causadas pelo helminto *T. Solium* e *T. saginata*, suas respectivas formas são *Cysticercus cellulosae* e *Cysticercus bovis*. Suas transmissões ocorrem quando o suíno ou bovino ingerem ovos da tênia através de alimentos contaminados com fezes humanas contendo ovos do parasita que desenvolvem em seus organismos e a

forma larval se instala principalmente na musculatura esquelética. Assim, o homem, ao se alimentar da carne mal cozida desses animais com cisticercos vivos, desenvolve a teníase que, na sua fase adulta, abriga-se no intestino humano e libera ovos no meio ambiente através das fezes que podem contaminar água e alimentos que serão consumidos pelos animais e seres humanos. Quando ingeridos, podem desenvolver a fase larval (cisticercose) no ser humano, bovino e suíno (FOYACA & IBAÑEZ, 2002).

A Cisticercose humana é uma doença caracterizada pelo pleomorfismo, sendo que o cisticerco pode se alojar em diversas partes do organismo, sendo a região de maior frequência o SNC, inclusive intramedular, o que traz maiores repercussões clínicas. Num estudo clínico epidemiológico da neurocisticercose, no Brasil, observou-se que as oncosferas apresentam um grande tropismo, 79-96%, pelo NCC (Silva, 2005)

A NCC é consequência da infestação pela forma larvária da Taenia solium. O verme pertence ao filo Platelmino (verme chato), classe Cestoidea (hermafrodita sem tubo digestivo, em forma de fita com seguimentos chamados proglotes gerados pelo escólex- útero em forma de tubo longitudinal), ordem Cyclofillidea, família Taeniidae (que possui escólex), gênero Taenia e espécie solium (Maretti & Takayanagui, 1999).

O ciclo do parasita envolve dois hospedeiros: o suíno que é o hospedeiro intermediário e o homem, o único hospedeiro definitivo da forma adulta do verme. O problema do contágio da cisticercose nos seres humanos está relacionado à maneira como os porcos são criados. A cisticercose é uma das enfermidades mais perigosas, transmitidas por parasita aos seres humanos. É mais frequente nas zonas rurais dos países em desenvolvimento, podendo também se reverter em uma

ameaça para as zonas urbanas. A cisticercose está estritamente ligada a aspectos socioeconômicos, às formas de cultivo e à higiene. A América Latina, as zonas não-islâmicas da África, e do sudeste asiático e especialmente a Índia, enfrentam problemas maiores com essa enfermidade (Lunarde, 2008).

A larva pode se instalar no sistema nervoso central (neurocisticercose) no olho (ocular), na pele, no tecido celular subcutâneo, no fígado e outras localizações (Del Bruto, 2005).

A heteroinfecção, provavelmente, a forma mais frequente de aquisição desta condição, decorre da ingestão de água ou alimentos contaminados com ovos liberados pelos proglotes de outros indivíduos parasitados pela Taenia solium. Além disso, devido aos hábitos sexuais vigentes, uma transmissão através da prática sexual oral é uma possibilidade que não deveria ser negligenciada atualmente, principalmente quando se leva em conta os milhares de ovos expelidos diariamente por um indivíduo com teníase (Bittencourt; Silva & Figueiredo, 1998).

Em um estudo de incidência da neurocisticercose por 1000 habitantes na 13ª Regional de Saúde Cianorte, PR, Brasil, entre 1998 a 2003 observou-se que, com relação ao sexo, o mais atingido, de forma geral, para todos os municípios, foi o feminino com 59% dos casos notificados, e os casos ocorreram a partir dos 14 anos, sendo que a faixa etária mais atingida foi a de 25 a 46 anos. A partir de uma análise nos municípios de Cianorte, observou-se que, dos 95% provenientes da zona urbana, 73% relataram terem residido na zona rural pelo menos 5 anos antes de terem mudado para a zona urbana (Segantim & Melo, 2005).

Em um outro estudo foram analisados 44 prontuários de pacientes com neurocisticercose, procedentes de Campina Grande e de outras cidades do Estado da Paraíba, Brasil, atendidos entre 1990 e 2001. Foi evidenciado que, dos 44

pacientes estudados, 23(52,3%) apresentaram neurocisticercose provável, 31(70,5%) eram procedentes da zona urbana de Campina Grande e 13 (29,5%) de outras cidades do Estado da Paraíba. Os autores desse estudo afirmam que a neurocisticercose, apesar de estar relacionada às condições socioeconômicas insatisfatórias, foi diagnosticada também em pacientes de nível socioeconômico mais elevado, pois havia entre eles profissionais liberais e estudantes universitários. Isso sinaliza total descontrole do ciclo teníase/cisticercose no estado da Paraíba e condições sociosanitárias inadequadas. O referido estudo ainda descreve a idade de início dos sintomas que variou de 8 meses a 58 anos e a manifestação clínica inaugural da neurocisticercose foi a crise convulsiva, que ocorreu como único sintoma em 28 (63,6%) dos pacientes. O tipo de convulsão mais frequente foi a generalizada, que ocorreu em 23 (57,5%) dos casos, seguida da crise parcial com generalização secundária em 13 (32,5%) deles (Chagas; Junior & Tavares-Neto, 2003).

Em relação às causas etiológicas das crises epiléticas, um estudo realizado com 249 pacientes que procuraram um serviço de neurologia na cidade do Recife, Brasil, mostrou que 100 pessoas (40,2%) apresentaram crise epilética única; 40 pacientes (16,1%) duas crises epiléticas; 31 pacientes (12,5%) de 3 a 5 crises epiléticas e 78 pacientes (31,3%) apresentaram mais de cinco crises convulsivas. Não houve prevalência significativa em relação ao sexo já que 51,8% dos pacientes eram do sexo feminino e a cisticercose cerebral foi a principal causa encontrada de crise epilética. A neurocisticercose se destacou ainda como um importante fator etiológico de crise convulsiva/epilepsia, particularmente em pacientes com menos de 45 anos (Valença & Valença, 2000).

2.4 SINAIS CLÍNICOS

2.4.1 Teníase humana

As manifestações clínicas são variáveis, de acordo com a idade e o estado de saúde do hospedeiro definitivo. Podem incluir irritabilidade, insônia, anorexia ou apetite exagerado, perda de peso, dor abdominal, distúrbios digestivos, náuseas, vômitos, diarreia alternada com constipação, sensação de dor e fome. Muitas infecções são assintomáticas, exceto pelo incômodo de ter segmentos de vermes emergindo pelo ânus (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1996; FORTES, 1993; FUNASA, 2000).

Segundo Lima et al. (2004), a teníase é uma zoonose que se manifesta no homem sob duas formas clínicas: parasitose intestinal (teníase) que causa retardo no crescimento e no desenvolvimento das crianças e baixa produtividade nos adultos, a sintomatologia mais frequente é a de dores abdominais, náuseas, debilidade, perda de peso, flatulência, diarreia frequente e constipação em adultos. O prognóstico é, excepcionalmente, causa de complicações cirúrgicas, resultado do tamanho do parasita ou de sua penetração em estruturas do aparelho digestivo tais como apêndice, colédoco e ducto pancreático.

Na maior parte dos casos, o indivíduo somente toma ciência da infecção quando observa a liberação das proglotes, fato este que só é notado muito tempo após a infecção. Conseqüentemente, o doente pode disseminar a doença por período bastante longo antes de suspeitar que está contaminado (Brasil, 2002).

Apesar de ter distribuição universal, é característica de regiões com precárias condições sanitárias, a exemplo de vários países da América Latina, Ásia, África e Leste Europeu e países industrializados que recebem imigrantes de áreas endêmicas. A NCC no SNC é a forma mais grave e os sinais clínicos variam de acordo com o número de cisticercos, seu estado de desenvolvimento, variedade

morfológica, localização no sistema nervoso central e as reações no paciente. Os sintomas mais frequentes são: convulsões, hipertensão intracraniana e distúrbios psiquiátricos. No Brasil, registrou-se, um total de 937 óbitos por cisticercose no período de 1980 a 1989. Até o momento não existem dados disponíveis para que se possa definir a letalidade da enfermidade (Veronesi, 1991; Acha & Szifres, 1986; Funasa, 2000).

2.5. Cisticercose

2.5.1. Enfermidade humana



Figura 3 – cisticerco cerebral na forma cellulosa
(<http://anatpat.unicamp.br/bineucisticercose.html>).

Veronesi et al. (1991) enfatizam que a importância da cisticercose na patologia humana está na dependência da localização do parasita em tecidos nobres, como, globo ocular e do sistema nervoso central, sendo que outras localizações, como subcutânea, muscular e visceral, o cisticerco representa, via de regra, achado sem grande significância. Porém, a presença de cistos nessas localizações é um indicador da presença de cistos nos tecidos nobres.

Na Taenia solium, o homem atua como hospedeiro intermediário quando há ingestão de ovos que são eliminados por outro humano. Uma forma rara de infecção descrita na literatura é a autoinfecção por peristaltismo reverso e vômito seguido de incubação interna de ovos (Acha & Szifres, 1986; Rey, 1991).

A neurologia abrange um grande número de doenças que podem levar à morte de forma repentina ou em curto prazo, doenças incuráveis, progressivas ou não, e que deixam déficits motor e/ou cognitivo incapacitantes, interferindo diretamente na qualidade de vida (QV) do doente (Fonseca & Mariano, 2007).

2.6. Qualidade de Vida

A Organização Mundial da Saúde - OMS (1998) define Qualidade de Vida como as percepções individuais sobre sua posição de vida no contexto dos sistemas de cultura e de valores em que vivem, e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente, que incorpora de uma forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e o relacionamento com características que se destacam no ambiente.

Esta definição mostra as visões que se referem à qualidade de vida como uma avaliação subjetiva que induz dimensões positivas e negativas e que se baseia no contexto cultural, social e ambiental.

Assim sendo, a qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas e de que eles não têm negadas suas oportunidades para atingir a felicidade e a plenitude, com relação ao status físico de saúde, ou as condições sociais e econômicas. A meta de se melhorar a qualidade de vida aliado à prevenção de problemas de saúde evitáveis, tem uma importância cada vez maior na promoção da saúde. Isso é particularmente importante para o atendimento das pessoas doentes (OMS, 1998, p.31).

Conforme Coimbra (1985), qualidade de vida é a expressão que define o grau de satisfação atingido pelos indivíduos ou população, no que diz respeito às suas necessidades consideradas fundamentais. É a somatória de fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente, atingindo a vida no que concerne as suas necessidades biológicas, psíquicas e sociais inerentes e/ou adquiridas.

Guerreiro et al. (2000) evidenciaram que os pacientes epiléticos apresentam dificuldades em aceitar o diagnóstico da doença e as limitações que enfrentam com as crises. Desse modo, procuram desenvolver mecanismos de defesa como a negação, para manter um equilíbrio emocional, aspecto este, junto com o autoconceito (consciência da doença), comum nos pacientes com epilepsia em geral.

Por conseguinte, a qualidade de vida sofre influências multifatoriais e está ligada à relação de cada paciente com sua doença, considerando sua percepção de bem-estar, suas expectativas e seus objetivos. Na neurocisticercose epilética há uma interferência na qualidade de vida do paciente por se tratar de uma doença que

afeta diretamente a sua consciência, interferindo na auto-estima do indivíduo (Argntoni-Baldochi & Cukiert, 2010).

Os critérios utilizados para medir o impacto da epilepsia na vida de uma pessoa se baseavam em parâmetros exclusivamente clínicos: frequência, tipo e severidade das crises. Atualmente, se considera que o grau de desvantagem que uma pessoa experiencia como resultado da epilepsia pode ser determinado tanto pela percepção de quanto a doença alterou sua vida como pelas manifestações clínicas. Assim, o tratamento de pacientes epiléticos requer mais do que simplesmente a administração de drogas, e o prognóstico não depende exclusivamente do controle de crises, pois problemas sociais ou culturais podem interferir tanto quanto as crises na qualidade de vida dos pacientes epiléticos (Souza & Guerreiro, 2004).

Além disso, a abordagem holística amplia a capacidade de julgamento clínico dos profissionais de saúde (enfermeiro e médicos) determinando um grande avanço da ciência do cuidado/curar. Isto promove o aperfeiçoamento do atendimento hospitalar, domiciliar e comunidade, da prática do enfermeiro/médico que vivenciam o cotidiano dos clientes com epilepsia, visando uma melhor qualidade de vida desses clientes.

2.7. Estado de Mal Epiléptico

De acordo com Guilhoto et al., (2007), a epilepsia é segundo a mais recente definição da International League Against Epilepsy (ILAE), de 2005, um distúrbio cerebral duradouro causado pela predisposição a gerar crises epiléticas e pelas

consequências neurobiológicas, cognitivas, psicossociais, e sociais da condição, devendo ter ocorrido pelo menos uma crise epiléptica.

Manreza et al., (2003), diz que o conceito de epilepsia não se aplica a doença específica ou a síndrome única, mas sim a um grupo de condições neurológicas diversas que tem como característica comum à presença de crise epiléptica recorrentes usualmente não provocada. As crises epilépticas são decorrentes de descargas neuronais sincrônicas, excessivos e anormais que estão localizadas predominantemente no córtex cerebral. Esta atividade paroxística é usualmente intermitente e auto limitada.

2.7.1. Classificação das epilepsias

De acordo com Guerreiro (2000), a classificação das epilepsias e síndromes epilépticas propostas pela Internacional League Against Epilepsy, é baseada nas semelhanças em relação ao tipo de crise, idade de início, sinais clínicos e neurológicos associados, história familiar, achados eletroencefalográficos e, prognósticos. A maioria das síndromes epilépticas, entretanto, não tem necessariamente, causas comuns e conforme a Classificação Internacional das Epilepsias, elas se dividem em idiopáticas, sintomáticas e criptogênicas.

Para Yacubian (2002), Síndrome epilépticas idiopáticas são aquelas sem substrato lesional, provavelmente relacionadas à predisposição genética, e cursam com maior possibilidade de controle das crises e as sintomáticas são aquelas nas quais as crises representam o sintoma de lesão estrutural do sistema nervoso. Já

nas epilepsias provavelmente sintomáticas (criptogênicas), a lesão presumida ainda não pode ser demonstrada com os métodos atualmente disponíveis.

Os tipos de epilepsia mais assíduas nos países em desenvolvimento são aqueles relacionados às condições precárias de higiene, falta de saneamento básico, atendimento médico insuficiente e de baixa qualidade e problemas nutricionais. A alta incidência, sobretudo nas áreas rurais, de portadores de epilepsia causada por neurocisticercose é um fato que denuncia a baixa qualidade de vida da população dos países em desenvolvimento (Fleury et al., 2003).

2.7.2. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10

- G40.0 Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal;
- G40.1 Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples;
- G40.2 Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas;
- G40.3 Epilepsia e síndromes epilépticas generalizadas idiopáticas;
- G40.4 Outras epilepsias e síndromes epilépticas generalizadas;
- G40.5 Síndromes epilépticas especiais;
- G40.6 Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal);
- G40.7 Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal; ou
- G40.8 Outras epilepsias.

A epilepsia afeta a vida do indivíduo de maneira preocupante e as situações psicológicas enfrentadas pelos epiléticos e seus familiares podem causar dificuldades adaptativas tais como momentos de risco, incapacitação, restrições, perdas, imprevisibilidade. Essas situações geram reações emocionais como medo, ansiedade, raiva, vergonha, culpa, tristeza e até mesmo depressão. São vistos, nestas situações, mecanismos de defesa patológicos, que ajudam na diminuição da qualidade de vida e podem tornarem-se fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais (Kumar et al., 2002).

3. JUSTIFICATIVA

A construção desta pesquisa se deu pela inquietação devido ao alto índice de pacientes que buscam assistência no ambulatório de Neuropediatria do Hospital das Clínicas de Goiás em Goiânia com diagnóstico de neurocisticercose epiléptica. Trata-se de uma doença pouco conhecida pela população, mas que acarreta grandes transtornos à família, comunidade e ao indivíduo contaminado pelo cisticerco da Taenia solium ou Taenia saginata. Esta parasitose é comum em regiões endêmicas onde as pessoas não possuem saneamento básico, hábitos de higiene corporal e alimentar adequados o que pode ocasionar gastos ao Sistema Único de Saúde, ao paciente e sua família. Portanto, este estudo tem o objetivo de servir como meio de orientação a fim de colaborar para a redução dos gastos hospitalares, minimizar dias de internações, e perdas físicas e mentais aos portadores desta parasitose.

4. OBJETIVOS

- Analisar as condições ambientais, hábitos alimentares e qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de Neurocisticercose Epiléptica.
- Analisar as características das crises em função das condições ambientais, hábitos alimentares e procedência dos pacientes.
- Analisar a qualidade de vida em função das características dos hábitos de vida, sexo e procedência dos pacientes.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo e local de estudo

O estudo foi do tipo transversal, de natureza epidemiológica realizado no Ambulatório de Neurociências do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG).

As entrevistas com os pacientes foram realizadas no referido ambulatório do HC/UFG, com data e horário previamente agendados. Os participantes foram ainda esclarecidos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), sobre a natureza da pesquisa, as questões éticas gerais e de que as entrevistas seriam tratadas de forma anônima. Portanto, cada integrante desta pesquisa foi identificado por um determinado número, seguindo a ordem das entrevistas.

5.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG, os pacientes elegíveis para o estudo foram identificados junto aos prontuários médicos do Ambulatório de Neurociências com base nos critérios de inclusão estabelecidos. Após esta identificação inicial, os pacientes foram informados acerca dos objetivos do estudo e o procedimentos de coleta de dados. Após estes esclarecimentos e conforme a anuência, foi preenchido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I)

Posteriormente, foram aplicados os instrumentos de coleta de dados: Questionário Epidemiológico, Classificação Econômica da ABEP e o Questionário de Qualidade de Vida numa sala reservada do Ambulatório.

5.3. Amostra

Fizeram parte do estudo uma amostra de 102 pacientes, de ambos os sexos, que frequentam o Ambulatório de Neurociências do HC/UFG.

Critérios de inclusão: foram estudados pacientes que buscam atendimento no Ambulatório de Neurociência do HC/UFG, com diagnóstico de neurocisticercose epiléptica, idade entre 16 e 68 anos, sem distinção de raça, cor ou gênero e que apresentassem os seguintes exames: Ressonância Nuclear Magnética, Tomografia Computadorizada, Raio-X do crânio e Eletroencefalograma (EEG), exame físico clínico e exame neurológico que confirmassem a neurocisticercose epiléptica.

Critérios de exclusão: pacientes com crises epiléticas e transtorno mental, que tinham menos de 16 anos de idade ou mais de 70 e aqueles que não concordassem em participar da pesquisa. Assim como nos pacientes portadores de deficiência mental moderada a grave, que impossibilitassem o seguimento do protocolo a ser instituído ou presença de outra doença crônica maior associada, incluindo demências.

5.4. Materiais e Instrumentos

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes materiais:

a) Questionário Epidemiológico (Anexo II).

Este instrumento consiste em um questionário semi-estruturado, dividido em sete tópicos, com perguntas discursivas e objetivas que abordaram dados pessoais, do diagnóstico, de saúde, de alimentação, de moradia, sociais, econômicos e hábitos de vida. A coleta dessas informações teve o intuito de proporcionar o conhecimento da realidade do paciente para o auxílio na presente pesquisa.

b) Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2003), (Anexo III).

Este critério considerou o poder de compra das pessoas e o grau de instrução do chefe da família, variando de 0 a 34 pontos, classificando-as em uma escala ordinal decrescente como: Classe A1 (30 a 34 pontos), Classe A2 (25 a 29 pontos), Classe B1 (21 a 24 pontos), Classe B2 (17 a 20 pontos), Classe C (11 a 16 pontos), Classe D (6 a 10 pontos) e Classe E (0 a 5 pontos). O critério ABEP foi usado para classificar o nível econômico das famílias dos pacientes participantes da pesquisa.

c) Questionário de Qualidade de Vida (Anexo IV).

Foi aplicado o questionário WHORQOL-BREF Abreviado (FLECK, 2000) com 26 itens contendo questões objetivas e subjetivas para analisar a qualidade de vida e avaliar o sentimento do paciente no contexto entre saúde e doença. O questionário ofereceu ao paciente, no momento da entrevista, a liberdade de expressar seus sentimentos e circular/escrever a resposta que lhe parecesse mais adequada a sua realidade, caso o paciente não conseguisse realizar a leitura o entrevistador o auxiliaria na mesma.

5.5. Aspectos éticos da pesquisa (Protocolo nº.148/2010)

O estudo foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde), aprovado pela Direção do Núcleo de Neurociências do HC/UFG e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG. Os pacientes que concordaram em participar da pesquisa preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual consta todas as explicações necessárias acerca deste trabalho científico.

Os participantes foram convidados a participar deste estudo, sendo assegurada a privacidade durante a coleta dos dados. Desse modo, todas as informações coletadas devem permanecer em sigilo sob a responsabilidade da pesquisadora. Os dados coletados foram registrados de modo a não poder

identificar os participantes, tendo a ficha apenas um número de identificação para o controle do pesquisador.

Os resultados da pesquisa foram divulgados tendo como base a preservação do anonimato dos participantes. Os objetivos do estudo foram apresentados aos pacientes num estudo de forma oral e por escrito, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Diante da concordância dos mesmos, ele foi assinado pelo paciente em estudo e pelo pesquisador, conforme regulamenta os dispositivos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1998).

5.6. Propriedade das Informações

As informações advindas desta investigação ficarão arquivadas no Núcleo de Neurociência do Ambulatório do HC/UFG, do Departamento de Neurologia em Enfermagem, pelo período de, no mínimo, cinco anos (ou mais, caso sejam mudados os prazos atualmente em vigor).

5.7. Uso e destino das informações coletadas

As informações coletadas serão utilizadas para apresentação dos resultados esperados, bem como, subsidiar outras investigações conforme relatado neste protocolo, e os resultados deste estudo serão comparados a outros estudos desenvolvidos com metodologia semelhante.

5.8. Análise dos Dados

Os dados foram digitados e preparados no software Excel para Windows para posterior análise em programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS, versão 17.0.

Para a caracterização da amostra foi realizada a análise estatística descritiva (frequência, porcentagem, média e desvio padrão) dos dados sociodemográficos, hábitos, residência e características das crises convulsivas dos pacientes.

Tendo como intuito avaliar o comportamento das variáveis entre si, foram utilizados testes de comparações de grupos. O teste Fisher e o teste Qui – Quadrado foram usados para comparar os dados dos hábitos dos pacientes em relação à procedência e sexo. O teste t – Student foi usado para comparar os dados dos hábitos dos pacientes em relação a idade de início das crises, frequência das crises e escores dos domínios da qualidade de vida. Também foi usado o teste t – Student para comparar os dados da pontuação dos domínios da qualidade de vida em relação à procedência, sexo, tabagismo e etilismo.

Quanto ao cálculo dos escores da qualidade de vida do WHOQOL-BREF, foram seguidas as recomendações de sintaxe padronizada pelo grupo WHOQOL da OMS (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Devido ao fato da qualidade de vida ser um constructo multidimensional, não há como estabelecer um escore total de QV. Assim, cada domínio recebeu um escore independente, apresentado por meio da média e desvio padrão. Dessa forma, foi avaliada a consistência interna do WHOQOL-BREF pelo coeficiente de fidedignidade de *Cronbach* para os itens.

Por conseguinte, foi considerado o nível de 95% de confiança, ou seja, considera-se significativo $p < 0,05$.

6. RESULTADOS

O presente estudo analisou as características do ambiente e hábitos de uma amostra de 102 pacientes com diagnóstico de NCC Epiléptica, a Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra estudada.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes quanto às características sociodemográficas

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	68	66,1
Masculino	35	33,9
Cor		
Branca	34	33,0
Negra	21	20,4
Morena/Parda	48	46,6
Estado Civil		
Solteiro	35	34,31
Casado	62	60,78
Divorciado/ Viúvo	6	5,88
Escolaridade		
Analfabeto	2	1,9
Primário	21	20,4
Ensino Fundamental	30	29,1
Ensino Médio	46	44,7
Superior	4	3,9
Profissão		
Do lar	38	35,0
Estudante	11	10,7
Doméstica	8	7,8
Pedreiro	7	6,8
Aposentado	6	5,8
Costureira	5	4,8
Outros	30	29,1
Classe Social		
C	6	5,8
D	90	87,4
E	7	6,8

n: número de casos; %: percentual

Continua

Tabela 1. Distribuição dos pacientes quanto às características sociodemográficas

Variável	n	%
Religião		
Católico	64	62,1
Evangélico	35	34,0
Espírita	3	2,9
Ateu	1	1,0
Tabagismo		
Não	83	80,6
Sim	20	19,4
Etilismo		
Não	99	96,1
Sim	4	3,9
Ativ. Física		
Não	58	56,3
Sim	45	43,7
Plano de saúde		
Não	96	93,2
Sim	7	6,8
Procedência		
Goiás	77	74,8
Outros	26	25,2

n: número de casos; %: percentual

Nota-se, através dos resultados (tabela 1), que a idade dos pacientes variou de 16 a 68 anos com média de $40,1 \pm 9,2$ anos, a maiorias dos entrevistados são do sexo feminino, morenos/pardos e predominantemente casados. Pode-se observar que eles apresentam nível de escolaridade que oscila do ensino fundamental ao nível médio. Devido ao fato do predomínio do número de mulheres, a maioria trabalha somente no lar sendo, portanto, donas de casa, e em quase sua totalidade, pertencentes a classe social D.

Além disso, a maioria dos pacientes são católicos, declaram não serem tabagistas e nem etilistas. A maior parte não pratica atividade física, não possui plano de saúde e são oriundos do Estado de Goiás (74,8%).

A renda familiar foi em média de 1337,4 (\pm 647,1 reais/pessoas), variando de R\$ 400,00 a R\$ 4.360,00. Em média, 4,3 (\pm 1,1 pessoas) vivem da renda familiar, sendo no mínimo 1 pessoa e no máximo 7 pessoas.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes quanto aos hábitos alimentares e residência

Variável	n	%
Ingestão de carne de porco		
Sim	77	74,8
Não	26	25,2
Preparo da carne		
Crua	5	4,8
Cozida	75	72,8
Mal-passada	46	44,7
Ingestão de Carne crua		
Sim	20	19,4
Não	83	80,6
Ingestão de Verdura crua		
Sim	64	62,1
Não	39	37,9
Consumo de água tratada		
Sim	42	40,8
Não	61	59,2
Hábito de lavagem das mãos antes do preparo das refeições		
Sim	63	61,2
Não	40	38,8
Local das Refeições		
Casa	62	54,2
Casa e trabalho	43	41,7
Na rua	70	67,9
Possui teníase na família		
Sim	55	53,4
Não	48	46,6

n: número de casos; %: percentual

Continua

Tabela 2 Distribuição dos pacientes quanto aos hábitos alimentares e residência

Variável	n	%
Local da Residência		
Zona Urbana – Casa	99	96,1
Zona Rural	4	3,9
Saneamento básico		
Sim	82	79,6
Não	21	20,4
Água tratada/encanada		
Sim	95	92,3
Não	8	7,7
Consumo de água de outras fontes		
Sim	72	69,8
Não	31	30,2
Rede de esgoto		
Sim	84	81,6
Não	19	18,4
Sistema de coleta de lixo		
Sim	97	94,2
Não	6	5,8

n: número de casos; %: percentual

Em relação aos hábitos, nota-se que a maioria faz ingestão de carne de porco, sendo que aproximadamente a metade consome carne crua ou mal-passada, fazem ingestão de verdura crua e quase todos realizam alguma refeição fora de casa, o que pode vir a contribuir para o desenvolvimento da teníase.

Dos entrevistados a maioria mora em casas na zona urbana, desfruta de saneamento básico, possui água tratada/encanada em casa, rede de esgoto e sistema de coleta de lixo, porém, ainda costumam consumir águas de outras fontes. (Como por exemplo: córregos, rios, cisternas e minas).

Os entrevistados que relataram terem vivido na zona rural foram em média $12,46 \pm 4,44$ anos, ou seja, 63 pacientes (62,37%) relataram já terem vivido na zona rural.

Na Tabela 3 são apresentados os dados da distribuição dos pacientes quanto às características das crises epiléticas.

Tabela 3 Distribuição dos pacientes quanto às características das crises epiléticas

Dados do diagnóstico	n	%
Idade de início das crises	19,4 ± 13,6	Min. 0 ; Max. 55 anos
Duração das crises		
Minutos	96	95,0
Segundos	5	5,0
Frequência das crises (ano)	5,33 ± 2,63	
Quando piora as crises		
Não sabe	23	23,5
Uso irregular da medicação	56	57,1
Ansiedade/ nervoso	17	17,3
TPM	2	2,0
Descrição		
Cefaléia intensa	2	2,1
Crise parcial	4	4,2
CTCG	90	93,8

n: número de casos; %: percentual; TPM: Tensão pré menstrual ; CTCG: crises tônico-clônicas generalizadas

Em relação ao diagnóstico, pode-se notar que a idade de início das crises ocorreu por volta dos 19 anos de idade, costumam acontecer em fração de minutos, pioram com o uso irregular da medicação e são predominantemente CTCG.

A tabela 4 apresenta os resultados da análise da média de idade de início das crises epiléticas em relação aos hábitos alimentares e residência dos pacientes.

Tabela 4. Resultado da análise da média de idade de início das crises convulsivas em relação aos hábitos alimentares e residência dos pacientes.

Variável	Média ± DP	p
Ingestão de carne de porco		
Sim	21,50 ± 11,62	0,221
Não	18,43 ± 12,25	
Preparo da carne		
Crua	30,25 ± 12,23	0,236
Cozida	17,88 ± 12,59	
Mal-passada	18,11 ± 10,79	
Ingestão de Carne crua		
Sim	16,82 ± 10,78	0,006
Não	24,16 ± 14,75	
Ingestão de Verdura crua		
Sim	12,50 ± 7,78	0,681
Não	18,74 ± 12,25	
Consumo de água tratada		
Sim	16,25 ± 10,74	0,078
Não	22,82 ± 13,60	
Hábito de lavagem das mãos antes do preparo das refeições		
Sim	17,63 ± 11,20	0,390
Não	19,34 ± 12,96	
Local das Refeições		
Casa	21,29 ± 13,29	0,335
Casa e trabalho	17,61 ± 11,45	
Na rua	19,60 ± 12,63	
Possui teníase na família		
Sim	16,85 ± 10,80	0,062
Não	19,83 ± 13,03	

DP: Desvio-padrão

* p < 0,05

Continua

Tabela 4. Resultado da análise da média de idade de início das crises convulsivas em relação aos hábitos alimentares e residência dos pacientes.

Variável	Media ± DP	p
Local da Residência		
Zona Urbana – Casa	19,8 ± 12,42	0,404
Zona Rural	24,75 ± 16,21	
Saneamento básico		
Sim	19,52 ± 11,96	0,914
Não	19,86 ± 14,89	
Água tratada/encanada		
Sim	19,15 ± 12,13	0,216
Não	24,87 ± 16,65	
Consumo de água de outras fontes		
Sim	18,37 ± 11,93	0,134
Não	22,42 ± 13,62	
Rede de esgoto		
Sim	19,94 ± 12,20	0,556
Não	18,05 ± 14,18	
Sistema de coleta de lixo		
Sim	18,87 ± 11,99	0,017
Não	31,33 ± 16,26	

DP: Desvio-padrão

* p < 0,05

Quando se relaciona a média de idade do início das crises com os hábitos alimentares, nota-se que, dos entrevistados, os que fazem ingestão de carne crua apresentaram idade de início das crises significativamente menor ($p=0,006$) em relação aos que não consomem carne crua, quanto aos demais hábitos alimentares, não foi observado diferença significativa.

Ao comparar a idade de início das crises, em relação às variáveis, não se encontrou diferença significativa quanto ao local da residência, saneamento básico, usufruto de água tratada/encanada ou não, consumo ou não de águas de outras fontes, apesar de que os que apresentaram crises mais jovens $18,37 \pm 11,93$ são

exatamente aqueles que fazem uso de água de outras fontes. Também não houve diferença significativa em relação a ter ou não rede de esgoto.

Na Tabela 5 encontra-se os resultados da análise da média de frequência das crises epiléticas em relação aos hábitos alimentares e residência.

Tabela 5. Resultados da análise da média de frequência das crises epilética em relação aos hábitos alimentares e residência.

Variável	Média ± DP	p
Ingestão de carne de porco		
Sim	5,58±3,28	0,585
Não	5,24±2,41	
Preparo da carne		
Crua	4,80±2,17	0,680
Cozida	5,29±2,55	
Mal-passada	4,91±2,21	
Ingestão de Carne crua		
Sim	5,29±2,61	0,851
Não	5,16±2,40	
Ingestão de Verdura crua		
Sim	5,67±1,51	0,746
Não	5,30±2,30	
Consumo de água tratada		
Sim	4,95±2,41	0,092
Não	5,87±2,91	
Hábito de lavagem das mãos antes do preparo das refeições		
Sim	4,77±1,86	0,085
Não	5,71±3,01	
Possui teníase na família		
Sim	4,95±2,69	0,177
Não	5,72±2,66	

DP: Desvio-padrão

Continua

Tabela 5. Resultados da análise da média de frequência das crises epiléticas em relação aos hábitos alimentares e residência.

Variável	Media ± DP	p
Local da Residência		
Zona Urbana – Casa	5,24 ± 2,50	0,525
Zona Rural	5,72 ± 3,23	
Saneamento básico		
Sim	5,26 ± 2,50	0,484
Não	6,14 ± 4,18	
Água tratada/encanada		
Sim	4,86 ± 2,35	0,398
Não	6,50 ± 2,96	
Consumo de água de outras fontes		
Sim	5,11 ± 2,34	0,005
Não	6,21 ± 3,55	
Rede de esgoto		
Sim	5,30 ± 2,60	0,104
Não	5,67 ± 3,44	
Sistema de coleta de lixo		
Sim	5,36 ± 2,66	0,746
Não	4,50 ± 1,91	

DP: Desvio-padrão

legenda

Ao verificar a relação entre a frequência das crises e as variáveis, não foi encontrada diferença significativa em relação a ingestão ou não de: carne de porco, verdura crua e água tratada, além disso, não ocorreram diferenças relevantes quanto ao preparo da carne, hábito de lavagem das mãos antes do preparo das refeições e se possui teníase na família.

Quando se comparou a frequência das crises em relação as variáveis não foi encontrada diferença significativa em relação ao local da residência, quanto ao ter ou não saneamento básico, quanto a usufruir de água tratada/encanada ou não, quanto a ter ou não rede de esgoto e quanto ao sistema de coleta de lixo.

Na tabela 6 são apresentados os resultados dos hábitos familiares em relação à procedência dos pacientes.

Tabela 6. Resultados da análise dos hábitos familiares em relação à procedência dos pacientes.

Variável	Procedência				p
	Goiás		Outros		
	n	%	n	%	
Ingestão de carne de porco					
Sim	57	74,0	20	76,9	0,200
Não	20	26,0	6	23,1	
Preparo da carne					
Crua	3	3,9	2	7,7	-
Cozida	53	68,8	22	84,6	
Mal-passada	32	41,6	24	92,3	
Ingestão de Carne crua					
Sim	61	79,2	22	84,6	0,195
Não	16	20,8	4	15,4	
Ingestão de Verdura crua					
Sim	29	37,7	10	38,5	0,184
Não	48	62,3	16	61,5	
Consumo de água tratada					
Sim	46	59,7	15	57,7	0,179
Não	31	40,3	11	42,3	
Hábito de lavagem das mãos antes do preparo das refeições					
Sim	32	41,6	8	30,8	0,118
Não	45	58,4	18	69,2	
Possui teníase na família					
Sim	40	51,9	15	57,7	0,159
Não	37	48,1	11	42,3	

n: número de casos; %: percentual

Continua

Tabela 6. Análise dos hábitos familiares e residência em relação à procedência dos pacientes.

Variável	Procedência				p
	Goiás		Outros		
	n	%	n	%	
Local da Residência					
Zona Urbana	74	96,1	25	96,2	0,991
Zona Rural	3	3,9	1	3,8	
Saneamento básico					
Sim	59	76,6	23	88,5	0,195
Não	18	23,4	3	11,5	
Água tratada/encanada					
Sim	71	92,2	24	92,3	0,987
Não	6	7,8	2	7,7	
Consumo de água de outras fontes					0,905
Sim	63	81,8	21	80,8	
Não	14	18,2	5	19,2	
Rede de esgoto					
Sim	72	93,5	25	96,2	0,282
Não	5	6,5	1	3,8	
Sistema de coleta de lixo					
Sim	56	72,7	16	61,5	0,618
Não	21	27,3	10	38,5	

n: número de casos; %: percentual

Ao se verificar a relação entre a análise dos hábitos alimentares e a residência, não foram encontradas diferenças significativas em relação a ingestão ou não de: carne de porco, verdura crua e água tratada, Além disso, não ocorreram diferenças relevantes quanto ao preparo da carne, hábito de lavagem das mãos antes do preparo das refeições e se possui teníase na família.

Nota-se que não há diferença significativa em relação às variáveis relacionadas ao hábito dos entrevistados quanto à sua procedência.

A tabela 7 apresenta os resultados e análise dos dados dos hábitos alimentares e residência em relação ao sexo dos pacientes.

Tabela 7. Resultados da análise dos hábitos alimentares e residência em relação ao sexo dos pacientes.

Variável	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Ingestão de carne de porco					
Sim	17	25,0	9	25,7	0,188
Não	51	75,0	26	74,3	
Preparo da carne					
Crua	3	4,4	2	5,7	-
Cozida	51	75,0	24	68,6	
Mal-passada	28	41,2	18	51,4	
Ingestão de Carne crua					
Sim	56	82,4	27	77,1	0,166
Não	12	17,6	8	22,9	
Ingestão de Verdura crua					
Sim	39	57,4	25	71,4	0,066
Não	29	42,6	10	28,6	
Consumo de água tratada					
Sim	41	60,3	22	62,9	0,164
Não	27	39,7	13	37,1	
Hábito de lavagem das mãos antes do preparo das refeições					
Sim	25	36,8	15	42,9	0,140
Não	43	63,2	20	57,1	
Possui teníase na família					
Sim	37	54,4	18	51,4	0,158
Não	31	45,6	17	48,6	

n: número de casos; %: percentual

Continua

Tabela 7. Resultados da análise dos hábitos alimentares e residência em relação ao sexo dos pacientes.

Variável	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Local da Residência					
Zona Urbana	68	98,6	31	91,2	0,069
Zona Rural	1	1,4	3	8,3	
Saneamento básico					
Sim	57	82,6	25	73,5	0,282
Não	12	17,4	9	26,5	
Água tratada/encanada					
Sim	68	98,6	27	79,4	0,001
Não	1	1,4	7	20,6	
Consumo de água de outras fontes					
Sim	48	69,6	24	70,6	0,915
Não	21	30,4	10	29,4	
Rede de esgoto					
Sim	61	88,4	23	67,6	0,011
Não	8	11,6	11	32,4	
Sistema de coleta de lixo					
Sim	67	97,1	30	88,2	0,071
Não	2	2,9	4	11,8	

n: número de casos; %: percentual

*p=<0,05

Ao verificar a relação entre a análise dos hábitos alimentares e a residência quanto ao sexo dos pacientes, não foram encontradas diferenças significativas em relação a ingestão ou não de: carne de porco, verdura crua e água tratada, Além disso, não ocorreram diferenças relevantes quanto ao preparo da carne, hábito de lavagem das mãos antes do preparo das refeições e se possui teníase na família.

Ao compararmos as variáveis relacionadas ao hábito dos entrevistados quanto ao sexo, pôde-se observar que existe diferença significativa quanto ao número de pessoas do sexo masculino em relação ao sexo feminino que desfrutam de água tratada, e também existe diferença significativa em relação a rede de esgoto, sendo que nos dois casos a maioria privilegiada representa o sexo masculino.

A tabela 8 apresenta os resultados da análise das médias dos domínios da qualidade de vida (WHOQOL).

Tabela 8. Parâmetros dos escores dos domínios da qualidade de vida

Domínios	N	Média \pm DP	α <i>Cronbach</i>
Físico	7	53,03 \pm 12,38	0,546
Psicológico	6	49,97 \pm 12,64	0,445
Social	3	52,02 \pm 17,78	0,655
Ambiental	8	43,65 \pm 14,02	0,707
Questão 1	1	12,44 \pm 6,09	-
Questão 2	1	11,30 \pm 6,34	-

N: número de questões

$p < 0,001$ teste Friedman

Pode-se notar através da tabela que existe diferença significativa entre os domínios do WHOQOL-BREF, sendo que o domínio ambiental apresentou a pior média de escore 43,65 , ao passo que o domínio físico apresentou a melhor média de escore 53,03.

A tabela 9 - apresenta a análise dos dados da média da frequência e idade de início das crises epiléticas em relação à procedência dos pacientes.

Tabela 9 – Resultados da análise da média da frequência e idade de início das crises epiléticas em relação à procedência dos pacientes.

Variável	Procedência		p
	Goiás	Outros	
Frequência das Crises	5,12 ± 2,45	6,00 ± 12,08	0,162
Idade de início das Crises	17,71 ± 3,12	24,44 ± 12,36	0,025 *

*P=<0,05

Nota-se, através da tabela, que; dos entrevistados, os que eram procedentes de Goiás, apresentaram idade de início das crises significativamente menor do que os oriundos de outros estados.

A tabela 10 apresenta a análise dos hábitos, sexo e procedência dos pacientes em relação aos domínios da qualidade de vida.

Tabela 10. Resultados da análise dos hábitos, sexo e procedência dos pacientes em relação aos domínios da qualidade de vida.

Variável	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
	Media ± DP	Media ± DP	Media ± DP	Media ± DP
Local da Residência				
Zona Urbana – Casa	53,16±12,45	50,40±12,65	52,32±17,90	43,46±14,16
Zona Rural	51,34±14,24	51,46±16,71	54,17±15,96	46,54±14,99
p	0,782	0,811	0,807	0,676
Saneamento básico				
Sim	52,98±12,46	49,25±12,58	50,80±18,16	42,87±13,86
Não	53,49±12,71	53,21±13,09	58,33±15,14	46,22±15,15
p	0,850	0,187	0,067	0,348
Água tratada/encanada				
Sim	52,70±12,06	49,80±12,40	52,04±17,46	42,94±13,90
Não	58,16±17,09	53,93±17,22	57,14±22,22	52,04±15,52
p	0,446	0,574	0,724	0,144
Consumo de água de outras fontes				
Sim	53,54±12,08	50,24±12,05	56,13±15,36	43,33±14,21
Não	51,99±13,45	49,74±14,69	43,39±20,09	44,20±14,17
p	0,531	0,748	< 0,001*	0,733
Rede de esgoto				
Sim	52,66±12,48	49,31±12,50	51,49±17,25	42,64±14,27
Não	55,02±12,46	53,61±13,52	56,48±19,91	47,84±13,02
p	0,453	0,178	0,242	0,163
Sistema de coleta de lixo				
Sim	53,46±12,41	50,12± 12,71	52,73±17,49	43,25±14,12
Não	47,32±12,66	49,58±14,28	47,22±22,77	48,73±14,45
p	0,246	0,939	0,498	0,362

DP: Desvio-padrão

* P=<0,05

Continua

Tabela 10. Resultados da análise dos hábitos, sexo e procedência dos pacientes em relação aos domínios da qualidade de vida.

Variável	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
	Media ± DP	Media ± DP	Media ± DP	Media ± DP
Sexo				
Masculino	53,42±11,63	51,59±13,22	51,14±18,71	42,73±14,20
Feminino	52,43±14,12	47,10±11,28	54,92±15,64	45,28±14,05
p	0,794	0,100	0,364	0,345
Procedência				
Goiás	52,29±12,10	50,03±11,76	52,39±16,38	44,36±14,42
Outros	55,58±13,44	50,27±15,65	52,43±21,91	41,16±13,16
p	0,344	0,988	0,909	0,305
Tabagismo				
Não	53,00±12,36	50,24±12,95	51,82±17,75	44,81±14,02
Sim	53,48±13,18	49,47±12,07	54,82±18,07	38,42±13,76
p	0,862	0,851	0,448	0,071
Etilismo				
Não	53,56± 11,98	50,27±12,72	52,85±17,44	44,00±14,25
Sim	41,96±19,86	45,83±14,03	41,67±24,53	33,59±4,69
P	0,068	0,507	0,237	0,144

DP: Desvio-padrão

*p< 0,05

Ao ser feita uma análise da qualidade de vida em relação aos hábitos, observa-se que nenhuma das variáveis contribuiu de forma significativa para a melhora da qualidade de vida dos pacientes. Nota-se, portanto, que não existe diferença significativa em relação a procedência quanto à qualidade de vida.

Não importa se do sexo masculino ou feminino, os entrevistados se comportaram semelhantes em relação à qualidade de vida. Além disso, para este estudo, o fato do entrevistado ser tabagista ou etilista, não contribuiu nem deixou de contribuir para a melhora da qualidade de vida dos entrevistados.

7. DISCUSSÃO

7.1. Análise da distribuição dos pacientes quanto às características sociodemográficas e hábitos alimentares em relação à procedência e ao sexo

Ao analisar os resultados referentes às características epidemiológicas, verificou-se maior prevalência do sexo feminino, com profissão do lar em sua maior proporção e em quase sua totalidade pertencente à classe D. A maior parte dos pacientes nega tabagismo e etilismo, refere não fazer atividade física e apresenta faixa etária de 16 a 68 anos. Nota-se que a maioria deles são morenos/pardos, predominam os casados e apresentam nível de escolaridade que oscila entre o ensino fundamental e o médio. Não possuem plano de saúde e a maioria é oriunda do estado de Goiás.

Em relação ao preparo da carne, dos 102 pacientes pesquisados, quase a metade consome mal passada enquanto uma minoria se alimenta de carne crua.

Os pacientes entrevistados, em sua maioria, moram na zona urbana e desfrutam de saneamento básico, ou seja, água tratada, rede de esgoto e sistema de coleta de lixo.

O trabalho de Narrata et al., (1998), aproxima-se do estudo atual no quesito da preponderância do sexo feminino, o que aponta para uma possível preocupação maior com a saúde por parte do sexo feminino o que pode ter contribuído estatisticamente para o diagnóstico de neurocisticercose. No entanto, em um estudo de atualização, segundo os resultados obtidos por Takayanaqui & Leite (2001), a

NCC acomete indivíduos de ambos os sexos, de qualquer raça e de todas as faixas etárias, com predomínio entre 11 e 35 anos.

No estudo de Marques (2005) também surgiram resultados parcialmente contraditórios à atual pesquisa. Um exemplo disso ocorre quando ele descreve o levantamento de estudos sobre a doença no Brasil feito pela médica Svetiana Agapejev, do Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), segundo o qual a maioria das vítimas no Brasil são homens, com idade entre 31 e 50 anos. Entretanto, os exemplos mais graves concentram-se em mulheres entre 21 e 40 anos, habitantes de áreas urbanas e, em geral, com epilepsia secundária à hipertensão intracraniana. Não se sabe a razão da diferença, mas especula-se que exista algum fator hormonal a interferir na evolução da moléstia.

Apesar dessa fragilidade inerente ao sexo feminino, a caracterização dos pacientes estudados nesta pesquisa, quanto ao sexo e idade, foi parcialmente igual às descritas na literatura. Em outros estudos a idade também variou entre 1 e 83 anos, sendo a cisticercose mais frequente nas terceira, quarta e quinta décadas, confirmando as observações de outros autores, que também referem as faixas etárias mais atingidas como as economicamente mais produtivas (Machado. Pialarissi & Vaz (1988), Bonametti et al. (1992), Freitas, (2005).

Segundo Segantim & Melo (2005), em um estudo de incidência de Neurocisticercose abrangendo 1000 habitantes na 13ª Regional de Saúde Cianorte, PR, Brasil, entre 1998 a 2003, com relação ao sexo, o mais atingido, de forma geral, para todos os municípios, foi o feminino com a maioria dos casos notificados, e os casos ocorreram a partir dos 14 anos, sendo que a faixa etária mais atingida foi a de 25 a 46 anos. A partir de uma análise no município de Cianorte, observou-se que

dos 95% provenientes da zona urbana, 73% relataram ter residido na zona rural pelo menos 5 anos antes de terem mudado para a zona urbana. No estudo atual, também foi encontrado um índice mais elevado para o sexo feminino, com faixa etária dos 16 aos 68 anos de idade e a prevalência maior ficou para a zona urbana, portanto o estudo atual ficou bem parecido com a pesquisa deste autor.

Por conseguinte, Bittencourt et al., (1998) afirmam que a NCC é uma condição disseminada por todo o país, não configurando exagero afirmar tratar-se de uma endemia; ao que tudo indica, não existe um estado da federação livre da cisticercose, sendo ela ativa ou inativa.

De acordo com Agapejev (2003), a incidência de NCC pode variar considerando as diferenças regionais e dependendo do tipo de estudo realizado. Desse modo, foi observado que a procedência rural ocorreu em maior proporção quando comparado a urbana, porém, tendo como referência as formas mais graves da NCC, a procedência urbana foi considerada mais recorrente. Em referência à idade, o autor relata que a faixa etária mais envolvida foi de 11 a 60, já em relação ao sexo, no geral, a neurocisticercose comprometeu mais o sexo masculino. Em relação à manifestação clínica da NCC, dentre os sintomas predominantes estão as crises epiléticas, as quais são mais frequentes no sexo masculino e a cefaléia, no sexo feminino. Todavia, no estudo atual, o que mais predominou foram as crises convulsivas enquanto as cefaléias apresentaram uma menor frequência. Além disso, a idade variou de 16 a 68 anos e o índice mais elevado de ocorrência foi em área urbana, ou seja, diferente do que foi observado no estudo dele.

Portanto, este fato, provavelmente se deve, pelo menos em parte, às migrações do homem do campo para cidades maiores, e as condições insatisfatórias em que grande parte da população vive, mesmo nas grandes metrópoles.

São dados como esses que exigem uma reflexão profunda, por parte das autoridades sanitárias, no sentido de orientar os criadores a venderem seus rebanhos a abatedouros ou frigoríficos com inspeção e acima de tudo conscientizar os consumidores para só comprarem carnes inspecionadas. Vale lembrar que Alves (2000) citou em seu trabalho que não descarta a hipótese da ocorrência de cisticercose suína nos abates clandestinos”, o que vem confirmar o trabalho feito por Souza et al (1998). Logo, este estudo igualmente confirma os resultados adquiridos nos estudos anteriores ao revelar um índice considerável de pacientes moradores no estado de Goiás com diagnóstico de NCC tendo como complicações clínicas crises epiléticas. Dentre os fatores causais dessa doença, está o consumo inapropriado de carne suína contaminada, justificando o índice tão elevado de pacientes que buscam assistência no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

7.2 Análise da média de idade de início das crises convulsivas e da frequência das crises em relação à residência e aos hábitos alimentares dos pacientes.

Nesta parte serão discutidos os resultados obtidos quanto à média de idade de início das crises e frequência em relação à residência e aos hábitos alimentares dos pacientes. Ao se comparar a idade de início das crises, em relação às variáveis, não ocorreu diferença significativa em relação ao local da residência, saneamento básico, uso de água tratada/encanada ou não, consumo ou não de água de outras fontes e ter ou não rede de esgoto.

É interessante ressaltar que o controle da neurocisticercose requer a adoção integral de várias medidas, tais como o aprimoramento das condições de

saneamento básico, educação sanitária da população, modernização da suinocultura, eficácia na inspeção da carne, fiscalização da qualidade das verduras e tratamento precoce da teníase (Takayanagui et al 2000; Takayanagui et al 2001; Takayanagui et al 2006).

De acordo com Narrata (1998), em um estudo com achados tomográficos de pacientes com neurocisticercose de procedência urbana, confirma-se o indiscutível papel da NCC como etiologia de uma série de distúrbios neurológicos, em especial a epilepsia. Assim sendo, o atual estudo teve 102 pacientes analisados e todos apresentaram a neurocisticercose e crises convulsivas.

Desse modo, é relevante ressaltar que, no estudo atual, dos 102 pacientes pesquisados, 19,4% faziam ingestão de carne crua ou mal passada e 34,8% não lavam as mãos antes de tocar nos alimentos para o preparo das refeições.

Por conseguinte, Poppa (2005) reforça estes achados, ao afirmar que comer carne crua ou mal cozida dos suínos e bovinos, que contenha larvas da tênia (cisticercose) pode desenvolver a teníase no homem tornando-o hospedeiro definitivo desta parasitose, albergando, desta forma, o verme em sua fase adulta, que libera ovos através das fezes, contaminando o meio ambiente.

Além disso, Grzesiuk, (2010), em uma pesquisa de revisão, estimou a prevalência das epilepsias em até 2% da população mundial, sendo que os países em desenvolvimento apresentam os maiores índices desta patologia, decorrentes, provavelmente, de uma maior exposição a fatores de risco associados, em particular, a desnutrição, a baixa higiene e profilaxia, precária assistência pré e perinatal e a neurocisticercose, esta última, em particular, no Brasil.

De acordo com Goel (2011), em um estudo realizado na Índia, observou-se o perfil etiológico e a prevalência da epilepsia ativa na população rural de Uttarakhand.

Dessa forma, realizou-se um levantamento em seus domicílios com a aplicação de um questionário validado. Assim, todos os casos suspeitos de epilepsia foram examinados por um neurologista para confirmar ou não este diagnóstico. A população estudada foi de 14.086 pessoas, sendo detectados 141 casos de epilepsia ativa, ou seja, uma taxa de prevalência bruta de 1%. Após a avaliação clínica e verificação, 35 (24,8%) foram diagnosticados com neurocisticercose (NCC). Outro fator relevante, neste mesmo estudo, sugere que a região específica apresenta taxas de prevalência da epilepsia e são, em parte, dependentes da ocorrência da NCC em determinada comunidade. Em certa medida, ela pode ser a responsável por taxas variáveis de prevalência da epilepsia relatada em diferentes regiões do país. Além disso, no estudo atual, dentre os pacientes estudados todos apresentaram epilepsia decorrente da neurocisticercose, demonstrando assim uma certa relação com o estudo anterior.

Segundo Singhvi (2000), em um estudo com 100 pacientes, as chances de remissão da epilepsia, como sequela por infecção do SNC foi relatada para ser 46%. Nesta série, a neurocisticercose foi a principal causa (11 casos) de infecção do SNC. Já no estudo atual, evidenciou-se que a frequência das crises variou ($5,33 \pm 2,63$), e, em relação ao diagnóstico, pode-se notar que a idade de início das crises ocorreu por volta dos 19 anos, faixa etária mais produtiva, e que essas crises costumam acontecer em duração de minutos (95,0%), e pioram em 57,1% dos casos com uso irregular da medicação para o controle das crises, uma vez que (93,8%) são predominantemente CTCG.

Segundo Bittencourt et al (1998), em termo de classificação das crises epilépticas decorrentes da NCC, sabe-se que elas, preferencialmente, apresentam-se como parciais, simples ou complexas, com ou sem generalização secundária e

tendem a ocorrer em salva. Entretanto, estudos eletrocardiográficos poderão ser normais nestes pacientes. Enfatiza-se que possíveis alterações detectadas poderão ser consequências de outras causas que não a NCC. Um exemplo disso pode ser as epilepsias geneticamente herdadas que certamente existem; todavia, em nosso país, a familiar positiva para epilepsia, deveria conduzir ao raciocínio da possibilidade de “NC Familiar”, antes da admissão de uma origem genética do problema. Por conseguinte, no estudo atual foi identificado que ao perguntar aos pacientes se eles possuem pessoas na família com teníase, 53,4% disseram sim, confirmando o trabalho anterior em relação a possível transmissão entre o seio familiar. Além disso, no estudo atual, as descrições das crises foram predominantemente CTCG, (93,8%) e as crises parciais em proporção inferior, (4,2%). Os pacientes ainda descreveram cefaléia intensa antes e após as crises, assim sendo, o estudo concorda, em parte, com a descrição do autor.

Ndimubanzi et al (2010) realizaram um estudo no Sul da África tendo como base uma revisão sistemática acerca dos relatos de ocorrência de neurocisticercose (NCC) em todo o mundo e foi calculada uma proporção de ocorrência mundial desta doença de 28%. Estes dados confirmam a relevância da infecção pela NCC na etiologia da epilepsia em países em desenvolvimento, sugerem também que a NCC pode ser associada a uma ocorrência muito grande de neurocisticercose em áreas endêmicas onde a epilepsia é prevalente. Sendo assim, a inconsistência na prevalência e nas estimativas também podem ser explicadas pelo fato de que a definição de epilepsia e da epilepsia ativa variam de estudo para estudo. Alguns autores utilizaram o corte de um ano de crises não provocadas enquanto outros usaram três ou cinco anos para definir epilepsia ativa. A partir do trabalho atual pode-se observar que os estudos acerca da neurocisticercose

realmente são feitos com metodologias diferentes, em áreas isoladas e com maior proporção em unidades neurológicas para fins de titulação. Isso, de certa forma, prejudica um conhecimento melhor, além de pouco contribuir no estudo efetivo da prevalência e formulação de instrumentos para notificação da doença.

Segundo WHO (2004), uma das causas da epilepsia pode decorrer das complicação de infecções do sistema nervoso central (SNC), tal como a cisticercose e estas condições são mais prevalentes nos países tropicais, nos quais estão concentrados os países de baixa renda. Assim, a eliminação do parasita seria a forma mais eficaz para reduzir a prevalência da epilepsia em todo o mundo, mas a conscientização sobre como evitar a infecção também é de fundamental importância.

Conforme Ganc (2004), pacientes com história de NCC, apresentam antecedentes familiares de teníase em 22% a 34% dos casos. Portanto, ele foi similar a este estudo, ao descrever a presença de neurocisticercose no histórico familiar.

Um outro estudo de grande relevância, em relação ao estudo atual, é o descrito por Segantim & Melo (2005) baseado na incidência de neurocisticercose por 1000 habitantes na 13ª Regional de Saúde Cianorte, PR, Brasil, entre 1998 a 2003. Eles observaram que, em relação ao sexo, o mais atingido, de forma geral, para todos os municípios, foi o feminino com 59% dos casos notificados, e os casos ocorreram a partir dos 14 anos, sendo que a faixa etária mais atingida foi a de 25 a 46 anos. A partir de uma análise no municípios de Cianorte, observou-se que em sua maioria são provenientes da zona urbana e relatam ter residido na zona rural pelo menos 5 anos antes de terem mudado para a zona urbana.

Além disso, no estudo de Freitas et al (2005), acerca da criação de porcos, constatou-se que da amostra de 110 pacientes epiléticos, 9 (8,2%) destes pacientes lidam com esse tipo de criação e que 101 (91,8%) não o fazem. Percebeu-se também que o número de pacientes que consomem carne de suínos é baixo, pois apenas 24 (21,8%) se alimentam da carne do animal, enquanto 86 (78,2%) ingerem outros tipos de carne. Aliado a isso, 90, (81,8%) pesquisados possuem o hábito de comer verduras, sendo que destes, 28 (31,1%) o fazem sem cozimento e 62 (68,9%) com cozimento. Assim sendo, a referida pesquisa ficou parecida ao estudo atual, devido ao número importante de pacientes pesquisados que se alimentam de verduras cruas.

Segundo Valença & Valença (2000), em relação às causas etiológicas das crises epiléticas, o estudo realizado com 249 pacientes que procuraram um serviço de neurologia na cidade do Recife, Brasil, mostrou que 100 pessoas (40,2%) apresentaram crise epilética única; 40 pacientes (16,1%) duas crises epiléticas; 31 pacientes (12,5%) de 3 a 5 crises epiléticas e 78 pacientes (31,3%) apresentaram mais de cinco crises convulsivas. Não houve prevalência significativa em relação ao sexo já que 51,8% dos pacientes eram do sexo feminino e a cisticercose cerebral foi a principal causa encontrada de crise epilética. Desse modo, a neurocisticercose se destacou ainda como um importante fator etiológico de crise convulsiva/epilepsia, particularmente em pacientes com menos de 45 anos. No atual estudo também foi evidenciado que as crises epiléticas costumam acontecer em duração de minutos, com frequência das crises em (ano) $5,33 \pm 2,63$, e as crises são predominantemente crises tônico-clônicas generalizadas (CTCG).

De acordo com Elger (2008), nas epilepsias focais, as crises epiléticas iniciam de forma localizada numa área específica do cérebro, e suas manifestações

clínicas dependem do local de início e da velocidade de propagação da descarga epileptogênica. As crises dividem-se em focais simples (sem comprometimento da consciência) e focais complexas (com comprometimento ao menos parcial da consciência durante o episódio). Por fim, uma crise focal, seja simples ou complexa, quando propagada para todo o córtex cerebral, pode terminar em crises tônico-clônicas generalizadas (CTCG), sendo então denominada crise focal secundariamente generalizada. Já com relação ao estudo atual, foi evidenciado um número de 102 pacientes portadores de neurocisticercose epiléptica relevante em relação às crises tônico-clônicas generalizadas, ao passo que as crises parciais se apresentaram em menor proporção.

Takayanagui (2006) questiona que, apesar da relevância das doenças transmitidas por alimentos, a falta de estudos similares no Brasil impediu a comparação desses resultados com os da literatura. Por conseguinte, o estudo atual questiona a validade dos critérios de adequação qualitativa de hortaliças da legislação vigente, por desconsiderar coliformes a 45°C. A pesquisa destas bactérias pode fornecer informações relevantes sobre a ocorrência de contaminação de origem fecal, assim como de outros agentes patogênicos, constituindo um indicador de condições sanitárias deficientes na produção de hortaliças. Dessa forma, é importante ressaltar que, de um grupo de 102 pacientes entrevistados, portadores de neurocisticercose epiléptica, 62,1% fazem ingestão de verdura crua e quase todos fazem refeição fora de casa o que pode contribuir para o desenvolvimento de teníase.

7.3. Análise da residência e dos hábitos familiares em relação à procedência e sexo dos pacientes.

No estudo atual nota-se não existir diferença significativa em relação às variáveis relacionadas ao hábito dos entrevistados quanto à sua procedência. Já ao comparar as variáveis aos hábitos dos entrevistados quanto ao seu sexo, observa-se que existe diferença significativa, sendo que o gênero masculino desfruta muito mais de água tratada e de rede de esgoto do que o sexo feminino.

Conforme salientam Machado et al., (1988), a cisticercose humana está diretamente relacionada as condições socioeconômicas, tendo grande incidência nos países de baixo nível de desenvolvimento humano. Além disso, contribui para essa condição a gravidade dos quadros clínicos e a precariedade dos recursos terapêuticos. Sendo assim, o estudo destes autores reforça a pesquisa atual, já que apresenta cifras similares evidenciadas no estudo atual.

O estudo de Mendes et al. (2005), descrevem que vários estudos indicam que a principal forma de contágio humano pela cisticercose se dá devido a manipulação inadequada de frutas e verduras. Desse modo, observa-se que o consumo de verduras oriundas de verdureiros, feiras livres e hortas (na grande maioria sem fiscalização competente) contribui para uma maior infecção, somado ao fato de que, em países de Terceiro Mundo, pela própria ausência de condições de higiene adequadas, há uma grande possibilidade de contaminação da água por fezes humanas com ovos do parasita (Ganc, Cortez & Veloso 2004).

Ainda dentro deste aspecto, Lonardonni et al. (1996) indicam que o consumo de verduras cruas pode ser um importante veículo para a transmissão de doenças parasitárias, pois ainda se pode dizer que, não raro, existe a prática de irrigar hortas

com água contaminada com material fecal humano ou, ainda, utilizar dejetos de humanos e animais como adubo, principalmente em regiões com baixo índice de desenvolvimento socioeconômico.

7.4. Análise dos hábitos, sexo e procedência dos pacientes em relação aos domínios da qualidade de vida (WHOQOL – BREF).

Neste estudo pode-se notar que existe diferença significativa entre os domínios do WHOQOL-BREF, sendo que o domínio ambiental apresentou a pior média de escore ao passo que o domínio físico apresentou a melhor média de escore.

Através da análise dos pacientes entrevistados, observa-se que os procedentes de Goiás apresentaram idade de início das crises epiléticas significativamente menor do que os oriundos de outros estados.

Ao ser feita uma análise da qualidade de vida, em relação aos hábitos alimentares, e a procedência, nota-se que nenhuma das variáveis contribuiu de forma significativa para a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Sendo assim, a análise referente à sexualidade dos pacientes estudados, tanto o sexo masculino quanto o feminino, comportaram-se semelhantemente em relação a qualidade de vida.

No que se referiu aos resultados obtidos, pode-se notar diferença significativa entre os domínios do WHOQOL BREF, já que o domínio ambiental apresentou a pior media de escore, enquanto o domínio físico apresentou a melhor media de escore. Assim, foi possível realizar este estudo graças ao instrumento citado, justificando

assim a necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fazendo com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-BREF (Fleck, 2000)

Rizzutti (2007) relata que, para compreender bem o impacto da epilepsia na vida de uma pessoa, deve-se pesquisar não só o aspecto físico, mas também o social, o emocional e sua percepção ou senso de bem-estar. Atualmente, há interesse de incorporar rotineiramente modelos de QV relativos à adequação do estado cognitivo, emocional e comportamental, habilidade de trabalho, funcionamento social, estabilidade social, auto-estima e ajustamento aos sintomas da doença.

Quanto aos hábitos de vida para este estudo o fato do entrevistado fazer uso de tabaco e bebida alcoólica não contribuiu nem deixou de contribuir para a melhora da qualidade vida dos pacientes.

Por conseguinte, qualidade de vida é a expressão que define o grau de satisfação atingido pelos indivíduos ou população, no que diz respeito às suas necessidades consideradas fundamentais. É a somatória de fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente, atingindo a vida no que concerne as suas necessidades biológicas, psíquicas e sociais inerentes e/ou adquiridas (Coimbra, 1985).

Mantoan (2006) relata que testes utilizado para calcular o Quociente de Inteligência (QI) apresentaram correlação positiva maior com o domínio Bem-Estar Emocional do que com o QOLIE-31. E sugeriram que o declínio intelectual e ajustamento psicossocial estão relacionados com a epilepsia de difícil controle como a encontrada no estudo atual. Além disso, pacientes com menos recursos

intelectuais têm menor capacidade de enfrentar dificuldades sociais em consequência da perturbação, criando um impacto emocional. Apresenta, portanto, correlação com o estudo atual já que neste predominou a classe social D, com nível de escolaridade oscilando entre o ensino fundamental e o médio, sendo a maioria com profissão do lar e predominância de crises tônico-clônicas generalizadas (CTCG).

Souza e Guerreiro (2004) referem que o grau de desvantagem que uma pessoa experiencia como resultado da epilepsia pode ser determinado tanto pela percepção de quanto a doença alterou sua vida como pelas manifestações clínicas. Embora muitos ainda considerem a epilepsia como condição exclusivamente física, torna-se imperiosa a análise das inúmeras interferências psicossociais na QV dos pacientes, pois esses fatores podem levar à consequências até mais graves do que a ocorrência de crises epiléticas.

Segundo Leal (2008), quando a qualidade de vida é relacionada a aspectos associados a patologias, é utilizado um indicador para avaliar a eficácia de alguns tratamentos aplicados a grupos que apresentam determinada patologia e torna-se importante averiguar previamente a saúde da população. Dessa forma, o estudo atual identificou crises epiléticas graves, sendo a maioria dos pacientes pertencentes a classe D, com nível de escolaridade entre o ensino fundamental e médio. Logo, esta condição pode ter interferido de forma relevante e preocupante na qualidade de vida destes pacientes. Assim sendo, o que é considerado como boa qualidade de vida numa determinada época vai-se modificando a medida em que a ciência, a saúde e a qualidade da habitação se desenvolvem, o poder econômico melhora e os conhecimentos sobre a caridade humana se aperfeiçoam.

8. CONCLUSÃO

Neste estudo pôde-se observar que a neurocisticercose epiléptica atingiu ambos os sexos com maior frequência para o sexo feminino, com profissão do lar, sendo a maioria casados. Esta prevalência do sexo feminino pode decorrer do fato delas se preocuparem mais com a saúde e/ou se dedicarem mais as atividades domésticas. Nota-se também que a maioria apresentou nível de escolaridade que oscilou do ensino fundamental ao nível médio, sendo em sua maioria pertencentes a classe social D e católicos. A maior parte nega praticar atividade física, consumir álcool e tabaco além de não possuir plano de saúde privado.

Quanto a procedência, a predominância é do Estado de Goiás, residentes em zona urbana, porém grande parte destes pacientes referem já terem morado na zona rural, sugerindo que o local da coleta dos dados possa ter influenciado na amostra. Por outro lado, o Estado de Goiás é uma região endêmica para neurocisticercose, o que sugere índice elevado para a ocorrência da mesma.

Quanto aos hábitos alimentares, foi possível identificar que a maioria alimenta-se de carne de suíno cozida, porém uma quantidade importante de pesquisados ingere carne crua ou mal passada, sendo este último fator relevante para a contaminação por cisticerco.

Em relação ao consumo de verduras, a maior parte possui o hábito de se alimentar de verdura crua e uma cifra importante não lava as mãos antes do preparo das refeições. Além disso, a maioria tem o hábito de alimentar-se na rua, o que pode ter contribuído significativamente para a prevalência do cisticerco nos pacientes entrevistados.

Observou-se também uma associação significativa entre o relato de epilepsia e a cisticercose. Isto sugere que a epilepsia pode constituir importante marcador diagnóstico presuntivo para estudos epidemiológicos em área endêmica já que a epilepsia é, possivelmente, decorrente da invasão desta larva no organismo humano onde o mesmo pode se albergar no sistema nervoso central e desencadear as crises epiléticas com predominância do tipo tônico- clônicas generalizadas.

Por conseguinte, os vários fatores sócio-ambientais considerados de risco para aquisição e manutenção da neurocisticercose foram observados na área do estudo e caracterizados pela coexistência de diferença significativa entre os domínios do WHOQOL-BREF. Assim, verificou-se que o domínio ambiental apresentou a pior média de escore (43,65), ao passo que o domínio físico apresentou a melhor média de escore (53,03).

Ao correlacionar os domínios do WHOQOL-BREF, quanto aos hábitos, sexo e procedência dos pacientes em relação aos domínios da qualidade de vida, observou-se que nenhuma das variáveis contribuiu de forma significativa para a melhora da qualidade de vida dos pacientes. Portanto, notou-se que não ocorreu diferença significativa em relação a procedência quanto a qualidade de vida, tanto para o sexo feminino como para o masculino. Além disso, o fato do entrevistado ser tabagista ou etilista, não contribuiu nem deixou de contribuir para a melhora da qualidade de vida dos entrevistados.

Por fim, as características sociodemográficas, hábitos alimentares e residenciais são elementos que requerem maior atenção no sentido de medidas eficazes para a prevenção e redução da neurocisticercose. O controle por meios de medidas higiênicas como regar as hortaliças com água tratada, certificados de vermifugação dos suínos, fiscalização da carne do suíno, notificação compulsória,

tratamento médico das pessoas contaminadas e orientações educativas no sentido de conscientizar a população sobre medidas preventivas e gravidade desta patologia são fundamentais. Aliado a isso, o Núcleo de Neurociência do HC/UFG, vem estudando meios para construir um documento em parceria com a vigilância sanitária para notificar os pacientes portadores de neurocisticercose que buscam tratamento no HC/UFG.

9. RECOMENDAÇÕES

Políticas Públicas

Ações gerais a nível Estadual e Municipal

Assim, diante dos resultados e conclusões obtidas, julga-se importante:

- 1- Controle sanitário rigoroso da criação de suínos da carne de porco comercializada e promover modernização das mesmas;
- 2- Vigilância sanitária em relação às hortaliças tanto em relação aos cuidados de cultivo como a comercialização das mesmas;
- 3- Educação sanitária para a população de risco identificada através de campanhas educativas em centros comunitários, escolas, meios de comunicação e através do ESF – Estratégia Saúde da Família;
- 4- Tratamento em massa dos casos humanos nas populações-alvo;
- 5- - Orientar a população a não comer carne crua ou mal cozida;
- 6- Inspeção rigorosa da carne e fiscalização dos matadouros.
- 7- Avaliação neurológica a partir do uso de exames clínicos, bioquímica do sangue e líquido, imagem e classificação para NCC;
- 8- Tratamento do paciente conforme a indicação clínica e/ou cirúrgica;
- 9- Notificar surtos de neurocisticercose à área de vigilância epidemiológica, quando do conhecimento e/ou acesso à informação com a finalidade de realizar mapeamento geográfico das áreas mais afetadas, com isto, melhorar o direcionamento de medidas preventivas;
- 10- Portanto, todos os resultados e sugestões desta pesquisa necessitam de ações urgentes que precisam ser pensadas e analisadas como estratégia de

Políticas de Saúde Pública para regiões endêmicas da doença. (Vigilância Sanitária e Epidemiológica).

11- Sugere-se que outras pesquisas, com diferentes enfoques nos hospitais, escolas e comunidades do mundo, em especial os países não desenvolvidos possam estar mais comprometidos com a saúde das pessoas.

12- Desta forma, investir na educação e qualidade da alimentação por meio de programas públicos voltados para a comunidade de baixa renda estará contribuindo para a redução de ocorrência da neurocisticercose.

Assim sendo, que esta pesquisa seja um ponto referencial para que outras pesquisas continuem contribuindo para a prevenção e tratamento dos pacientes com diagnósticos de neurocisticercose em epiléptica.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHA, P.; SZIFRES, B. *Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animals*. 2. ed. Washington: OPS/OMS, 1986. p.763-73.
- AGAPEJEV, S. Aspectos Clínico-Epidemiológicos da Neurocisticercose no Brasil: Análise Crítica. *Rev. Arq. Neuro-psiquiatria*, vol.61 nº3b, 2003, 61 (3- B): 822-828. ISSN 0004-282X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500022.> Acesso em: 06/07/2011 às 10:05 h.
- AGAPEJEV, S. *Epidemiology of neurocysticercosis in Brazil*. *Rev Inst Med Trop S Paulo* 1996;38:207-216.
- AGAPEJEV, S.; SILVA, M.D.; UEDA, A.K. *Severe forms of neurocysticercosis: treatment with albendazole*. *Arq Neuropsiquiatr*, 1996;54:82-93.
- ALBUQUERQUE, M; CUKIERT, A. *Epilepsia e Qualidade de Vida*. São Paulo: Editora Alaúde, 2007. p.301 a 313.
- ALONSO, N. B. Instrumentos Genéricos e Especiais para a Avaliação da Qualidade de Vida. *In: ALBUQUERQUE, M; CUKIERT, A. Epilepsia e Qualidade de Vida*: São Paulo: Alaúde Editora, 2007. p.25 a 52.
- ALVES, L. A. Prevalência da Cisticercose Suína Constatada em Abatedores da Região do Alto Vale do Itajaí. Santa Catarina. 2000. Disponível 3em:<<http://www.cidasc.sc.gov.br/html/artigos/CISTICERCOSE%20...%28%20L uiz%20Alfredo%29.pdf>>. Acessado em: 23/03/2010 às 14:25h.
- ANTONIUK, A. Cisticercose e Saúde Pública. *In: ENCONTRO DO CONE SUL E SEMINÁRIO LATINO-AMERICANO SOBRE TENÍASE E CISTICERCOSE* (1994: Curitiba). Anais... Curitiba: Secretaria da Saúde do Paraná, 1994. p.38-44.

- ANTONIUK, A. Cisticercose e Saúde Pública. *In Seminário Latino americano sobre Teníase e Cisticercose, Curitiba. Anais....* Curitiba: Secretária de Saúde do Paraná, 1994, p. 38-44.
- ARGNTONI-BALDOCHI, M.; CUKIERT, A. Perspectivas dos Pacientes com Epilepsia Refratária, Candidatos à Cirurgia do Lobo Temporal. *In: BELTRAME, ALBERTO.Epilepsia: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.* PORTARIA SAS/MS Nº 492, DE 23 DE SETEMBRO DE 2010
- BITTENCOURT, P. C. T; SILVA, N. C; FIGUEIREDO, R. Neurocisticercose em pacientes internados por Epilepsia no Hospital Regional de Chapecó Região Oeste do Estado de Santa Catarina: Arquivo de Neuropsiquiatria, Florianópolis Santa Catarina, v.56, n.1, 1998: 56(1):53-58. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/anp/v.56_n1/1864.pdf/>.Acessado em: 30 de julho 2010, às 22:36min.
- BONAMETTI, A. M. et al. Índice de Positividade da Reação Imunoenzimática (ELISA) pra Cisticercose no Líquido Cefalorraquidiano (LCR) e o Soro de Pacientes com Epilépsia. *Revista do Instituto de Medicina Tropical. São Paulo.* 1992, Vol.34, nº.5. Disponível em:<[http<.www.scielo.br/pdf/rinstsp](http://www.scielo.br/pdf/rinstsp).Acesso em:> 30/07/2010 às 22:45 h.
- BRASIL. *Guia de Vigilância Epidemiológica.* Fundação Nacional da Saúde. 5ª edição. Vol II. Brasília: FUNASA, 2002.
- BRASIL. *Ministério da Agricultura.* Dispõe sobre a inspeção industrial e sanitária dos produtos de origem animal (Aprovado pelo Decreto nº 30.691, de 29/03/1952, alterado pelo Decreto nº 1255, de 25/06/1962). Brasília, 1980. 166.
- BRASIL. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: DOU, 2002, n. 135, sec. 1, p.111. ISSN 1677-7042.

CALASANS, M. W. M. Ocorrência de *Cysticercus cellulose* e *Cysticercus bovis* em Matadouro-Frigorífico no Estado do Sergipe. Universidade Federal Rural do Semi-Árido. Recife-Pernambuco. 2009. Disponível em: <https://www.equalis.com.br/biblioteca_online/download_pdf.php?...> Acesso em: 10/09/11. Às 20:30 h.

CHAGAS, M. G. L; JÚNIOR, A. O; NETO, T. Manifestações Clínicas da Neurocisticercose na Região do Semi-Árido do Nordeste Brasileiro: Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.61 no.2B, São Paulo June 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000300014>. Acessado em: 08/08/2010 às 20:54.

COIMBRA, J. A. A. *O outro lado do meio ambiente*. São Paulo, CETESB/ASCETESB, 1985.

COSTA, A.O, et al. Neurocisticercose do Lobo Temporal Esquerdo com Manifestações Epilépticas e Psiquiátricas: Relato de caso. vol.13 no.4 Porto Alegre Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jecn/v13n4/a07v13n4.pdf>.>. Acesso em: 20/10/2011 às 22h.

COTA-Cruz, J.M; ROCHA, A; SILVA, A. M. *Ocorrências de Cisticercose em necropsias realizadas em Uberlândia, Minas Gerais, Brasil*. Arq. Neuropsiquiatri. (53):222732

CRUZ, M.E. et al. Headache and cysticercosis in Ecuador, South America. Headache 1995;35:93-97.

DEL BRUTO, O.H. 2005, *Neurocysticercosis*. Semin Neurol 25(3) : 234-5.

DE CICCIO, L.H.S. Teníase & Cisticercose. Disponível em: <http://www.saúdeanimal.com.br/teníase_print.htm>. Acesso em: 2010 as 23:30 h.

ELGER, C.E; SCHMIDT, D. Modern management of epilepsy: a practical approach. Epilepsy Behav 2008; 12: 501-39. Disponível

em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18314396>. Acesso em: 20/10/2010 às 7h.

FISHER, R. S. et al. *Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE)*. *Epilepsia* 2005; 46: 470-2.

FLECK M.P.A. et al. 2000. *O instrumento de avaliação de qualidade de vida abreviado da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF): aplicação da versão em português*. *Revista de Saúde Pública* 22(2), (no prelo).

FLEURY, A; GOMES, T.; ALVAREZ, I. et al. *High Prevalence of Calcified Silent Neurocysticercosis in Rural Village of Mexico*, *Neuroepidemiology*, v.22,p. 139 - 145, 2003.

FLISSER, A.; PÉREZ-MONFORT, R.; LARRALDE, C. *The immunology of human and animal cysticercosis: a review*. *Bull WHO* 1979;57:839-856.

FONSECA, L. F; MARIANO, S.C. Humanizando o Momento do Diagnóstico. *In: ALBUQUERQUE, M; CUKIERT, A. Epilepsia e Qualidade de Vida*. São Paulo: Editora Alaúde, 2007. 21 a 26.

FORTES, Elinor. *Parasitologia veterinária*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 1993. 606 p

FREITAS,F. I.S. et al. Estudo da Neurocisticercose em Pacientes portadores de Epilepsia Residentes em Municípios do Cariri Paraibano:Arquivo de Neuropsiquiatria. 2005; 63(3-A)-656660. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n3a/a19v633a.pdf>>.Acesso em: 21/03/2010 às 11:49 h.

FOYACA, S.H, IBAÑEZ V. L. F. *Clínica Trial of praziquantel and prednisone in rural patients with neurocysticercosis presenting recurrent epileptic attacks*. *The Internet Journal of Neurology* 2002;1 92).

FUNASA. Guia de vigilância epidemiológica. Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Específicos c. 5.33. 2000 Teníase/Cisticercose. < Disponível em :www.funasa.gov.br/conepi/GVE/GVE0533B.htm.< Acesso em 12/12/2011.

GANC, A. J.; CORTEZ, T. L.; VELOSO, P. P. A. A Carne Suína e suas Implicações no Complexo Teníase-cisticercose. Santa Catarina, 2004, Disponível em:<http://www.horizontecientifico.propp.ufu.br/include/getdoc.php?id=219&article=81m_ode=pdf> Acesso em: 23/08/2010 às 16:50 h.

GOEL, D. et al. *Neurocysticercosis and its impact on crude prevalence rate of epilepsy in an Indian community*. Neuro, India, 2011,59:37-40

GRZESIUK, A. K. *Epilésias Mioclônicas: Uma Revisão Necessária*. Revista Neurociência. E Editorial, 2010, Cuiaba - MT, Brasil, 18(4): 425-426

GUERREIRO, C. A. M; Guerreiro, M. M.; CENDES, F. *Epilepsia*. 3. ed. São Paulo: Lemos; 2000.

Guia de Vigilância epidemiológica. Fundação Nacional da Saúde. 5. ed. Vol. 2, Brasília: Funasa, 2002.

GUILHOTO, L. M. F; WESTPHAL-GUITTI, A. C. Qualidade de Vida em Pacientes com Epilepsia Recém-Diagnosticada. *In: ALBUQUERQUE. M.; CUKIERT, A. Epilepsia e Qualidade de Vida*. Aláude Editora, 2007. P.109 a 119.

JESUS, M. B.P & NOGUEIRA,V. A. *Assistência de Enfermagem aos Pacientes Sob Investigação de Epilepsia Submetidos ao Vídeo-EEG Prolongado*.Centro Universitário Nove de julho, São Paulo,SP, Brasil.

Kumar R, Gupta RK, Rathore RK, Rao SB, Chawla S, Pradhan S. *Multiparametric quantitation of the perilesional region in patients with healed/healing solitary cysticercus granuloma*. Neuroimage 2002;15:1015-20. [PUBMED] [FULLTEXT].

- LEAL, C.M. *Reavaliar o Conceito de Qualidade de Vida*. Universidade dos Açores.2008.
- LIMA, R. C. A.; MORAES, L. F. F. M.; ATHAYDE, A.C. R. *Controle do complexo teníase/cisticercose: Questão de Educação em Saúde. Anais do Segundo Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*. Belo Horizonte. 12 a 15 de setembro de 2004.
- LONARDONI, M. V. C. et al. Frequência de anticorpos anti-Cysticercus cellulosae em indivíduos de cinco municípios da região norte do Estado do Paraná, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 1996, vol.30, no.3, p.273-279. ISSN 0034-8910. Disponível em:< <http://www.camari.com.br/files/4.pdf> :Acessado em> 28/09/2011. às 13:45h.
- LUNARDE, E. G. *Teníase e o Complexo-Cisticercose: Uma ZOONOSE Esquecida*. 2008. São Carlos (S.P).
- MACHADO, A. B. B; PIALARISE, C. S. M.; VAZ, A. J. *Cisticercose Humana: Diagnosticada em Hospital Geral*. São Paulo.SP (Brasil). *Revista de Saúde pública*.vol.22, nº.3,1988.
- MANREZA, M.L.G. et al. *Eoilépsia na Infância e na adolescência*. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.
- MANTOAN, M. A. et al. Neuropsychological Assessment and Quality of Life in Patients with Refractory Temporal Lobe Epilepsy Related to Hippocampal Sclerosis *J. epilepsy clin. neurophysiol.* vol.12 no.4 Porto Alegre Dec. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jecn/v12n4/a04v12n4.pdf>. Acesso em. 11/10/2011 às 23:13 h.
- MARETTI, M. A.; TAKAYANAGUI, O. M. O COMPLEX teníase-cisticercose, In: MARETTI, M. A; TAKAYANAGUI, O. M. *Neurocisticercose: estudo de 177 pacientes da região de São José do Rio Preto – SP*. São José do Rio Preto,

1999, 56p.: il. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FMSJRP).

MARQUES, F. Neurologia/neurociências : Neurocisticercose e a dificuldade diagnóstica. 2005. Disponível em:<http://www3.fsa.br/LocalUser/Biologia/Profa.%20Adriana/Medicina%20-%20cisticercose%20adriana.pdf>. Acesso em: 20/09/2011 às 21:32 h.

MENDES, E. C. et al. A Neurocisticercose Humana na Baixada Fluminense, Estado do Rio de Janeiro. 2005 Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n4/a27v63n4.pdf.htm>. Acesso em: 20/09/2010 às 20:20 h.

MOREIRA, S. R. G. *Epilêpsia: Conceção Histórica, Aspectos Conceituais, Diagnósticos e Tratamento: Mental* – ano II – n. 3 – Barbacena Minas Gerais – Nov, 2004 – p. 112.

NARRATA, A. P. et al. *Neurocisticercose: Diagnóstico tomográfico em pacientes neurológicos*. Arquivo de Neuropsiquiatria, vol.56, nº.2 São Paulo, 1998.

NDIMUBANZI, P. C. et al. A Systematic Review of the Frequency de Neurocyticercolosis With a Focus on People With Epilepsia. Department of Biostatistics and Epidemiology, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklaroma City, Oklaroma, United States of America, Department of Veterinary Integrative Biosciences, Cllege of Veerinary Medicine, Texas A e M University, Cllege Sttion, Texas, United States of Amerca, National Institute of Parasitic Diseases, Shangai, People’s Republic of China.2010, vol.4 issue. 11 /870. Plos Neglected Tropical Diseaseshttp://iconzafrica.com/downloads/Systematic_Review_NCC_Frequency_PLoS_nov_2010.Pdf.>.Acessado em: 20/06/2011 ás 10:58h.

OLIVEIRA, A.C.P; BEDAQUE, E. A. Cisticercose Humana. In: CIMERMAN, B; CIMERMAN, S. *Parasitologia Humana: E Seus Fundamentos Gerais*. São Paulo: Editora Atheneu, 2008, p. 235 a 248.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Glossário de promoção da saúde*. Genebra, 1998.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, *Relatório Oficial da Associação Americana da Saúde*. 13. ed. Washington OPS/OMS, 1996, p.320 – 22.

PFUETZENREITER, M. R.; ÁVILA-PIRES, F. D. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE NEUROCISTICERCOSE POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.57 n.3A São Paulo Sept. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000400019>. Acessado em: 29/09/2011 às 23:57h

Plano Nacional de Vigilância e controle ads Enteroparasitoses: *Ministerio da Saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF. 2005.

POPPA, L. Mitos e Verdades Sobre a Carne Suína, Disponível em:<<http://www.asmg.com.br/asemg/publicações.asp?codigo=250>>, 2005.

Pública. [online]. Jun.1988. vol.22, no.3 [citado 15 janeiro 2006], p. 240-244. Disponível na World Wide Web: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000300012&lng=pt&nrm=iso..ISS 0034-8910.

PUPO, P.P. et al. *Sobre a cisticercose encefálica: estudo clínico, anátomo-patológico, radiológico e do líquido céfalo-raqueano*. Arquivos de Assistência Psicopatológica de São Paulo 10-11: 3-123, 1945.

REY, L.; *Parasitologia: Parasitologia e Doenças Parasitárias do Homem nas Américas e na África*. Editora Guanabara Koogan: Rio de Janeiro 2ª ed, 1991. p. 425-446.

RIZZUTTI, S. Impacto do Tratamento Antiepiléptico na Qualidade de Vida. *In: Epilêpsia e Qualidade de Vida*. São Paulo> Editora. Alaúde, 2007. P. 1-346.

- SCHNEIDER, R. K.; ROBINSON, M. J.; LEVENSON, J.L. *Psychiatric Presentations of non-HIV*. The Psych Clínica, p. 1-15, 2002.
- SEGANTIM, A; MELO, S.R. Prevalência da Neurocisticercose na Região de Cianorte – PR no período de 1998 a 2003: Arquivo Ciência Saúde Unipar Umuorama 9(3), set./dez.2005. Disponível em: <<http://revistas.Unipar.br/Saúde/Article/View/191/165>>. Acessado em >. 23/03/2010 as 14:30h.
- SILVA, M. L. V. et al. *Aspectos epidemiológicos da teníase-cisticercose em uma área endêmica em Minas Gerais*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. V. 28, 1995, p. 345-349.
- SILVA, C. L. S. P. et al. *Complexo teníase-cisticercose no contexto da saúde pública, sob inspeção federal e avaliação da prova de evaginação em metacestóides*. Ciência Agrária Saúde. FEA. Andradina. V. 3, n. 1, jan-jun, 2003, p. 55 -59.
- SILVA, A. V.M. Teníase e Cisticercose: *In: NEVES, D. P; MELO, A. L; LINARDI, P. M; VITOR, R. W. A. Parasitologia Humana*: São Paulo: Editora Atheneu, 2005. P.227 a 237.
- SINGHVI, G.P. et al. *Department of Neurology, Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, 160012, India*. 2000, vol.48, nº.4, Pg. 351-6
- SOUZA, A. S. et al. *Ocorrência de Toxoplasmose e Cisticercose em Suínos Criados em “fundo de quintal” na Periferia de Goiânia – GO/Brasil*. 1998.
- SOUZA, E. A.; GUERREIRO, M. M. Qualidade de Vida. *IN: GUERREIRO, CARLOS. A. M; GUERREIRO, MARILISA. M. Epilepsia*. São Paulo: editora Lemos, 2004. Capítulo XVIII, Pg.191 – 199.

TAKAYANAGUI, O. M. et al. *Fiscalização de hortas produtoras de verduras do município de Ribeirão Preto, SP*. Revista de Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Vol, 33, Nº 2 (2000), pp. 169-174.

TAKAYANAGUI, O. M. et al. *Fiscalização de verduras comercializadas no município de Ribeirão Preto, SP*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Vol. 34, Nº 1 (2001), pp. 37 – 41.

TAKAYANAGUI, O. M. et al. Análise da cadeia de produção de verduras em Ribeirão Preto, SP. Rev. Soc. Bras. Med. Trop.vol.39no.2 Uberaba Mar./Apr. 2006. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-6822006000200018&script=sci_arttext..Acesso em:10/06/2010 às 06:50 h.

TAKAYANAGUI, O. M.; LEITE, J. P. Neurocisticercose. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Vol.34, nº.3. Uberaba. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000300010>.Acesso em: 12/09/2011 às 22:34h.

VALENÇA, M. M; VALENÇA, L. P. A. A. Etiologia das Crises Epilépticas na Cidade do Recife, Brasil: Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.58 n.4 São Paulo Dec. 2000.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000600014>.Acesso em: 14/06/2010 as 21:33min.

VERONESI, R.; FRANÇA NETTO, S. F.; FOCACCIA, R. *Cisticercose. Doenças infecciosas e parasitaria*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991, p. 820-826.

WHO. A Proposal to Declare Neurocysticercosis na International Reportable Disease. Geneva: WHO, 2004. http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000300016&script=sci_arttext.

YACUBIAN, E.M.T. Tratamento de Epilépssia na Infância. Jornal Pediatria. 78 (1): s19-s27, 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br>>.Acesso em:10/02/2010.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Maria Socorro de Souza Melo, e sou a pesquisadora responsável. A minha área de atuação é enfermagem em Neurologia e Unidade de Terapia Intensiva e estou sendo orientada pela Prof^a. Dr^a. Cibelle Kayenne Martins R. Formiga.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá ser esclarecido junto aos pesquisadores pelos telefones (62) 32460452 e (62) 32612885.

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 32 69 83 38 – 32 69 84 26.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

Título: Ambientes, hábitos alimentares e qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de Neurocisticercose Epiléptica.

Orientadora da Pesquisa: Prof^a. Dr^a. Cibelle Kayenne Martins R. Formiga.

Endereço de realização da Pesquisa: Hospital das Clínicas – UFG, Primeira avenida s/número – S. Universitário – Goiânia – GO

Antes de aceitar participar como voluntário (a) nesta pesquisa é importante que você tenha compreendido bem do que se trata e quais os procedimentos irá realizar, portanto, fique livre para questionar sobre o objetivo, os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e cuidados associados ao estudo.

Informações sobre quem está aplicando o termo de consentimento:

A pesquisadora envolvida com o projeto é Maria Socorro de Souza Melo, enfermeira, funcionária do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) e aluna da Pontifícia Universidade Católica de Goiás PUC-GO e os seus telefones para contato são: (62) 32612885/ 92937242.

Objetivos da pesquisa:

Esta pesquisa tem o objetivo de investigar o ambiente, hábitos alimentares e qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de Neurocisticercose Epiléptica, além de identificar os grupos de maior risco para o desenvolvimento da doença e verificar o impacto da patologia na qualidade de vida dos pacientes.

Detalhamento dos procedimentos:

Para participar do projeto você precisa responder a questionários específicos, os quais são: Questionário epidemiológico e sobre qualidade de vida, fatores de risco relacionados à doença do cisticercose e sua qualidade de saúde em relação a sua vida.

Além desses questionários específicos você também será questionado sobre dados pessoais, como idade, sexo, profissão, data dos diagnósticos, sintomas de início, tempo de doença, medicamentos de uso, sintomas de evolução e/ou outros sintomas correlacionados como dor de cabeça. A aplicação dos questionários será realizada no Ambulatório de Neurologia com o seu consentimento específico e por pessoa treinada e capacitada para o procedimento.

Além dos dados que você irá responder, também serão analisados os prontuários para coleta de resultados de exames como: Ressonância nuclear magnética (RNM). Tomografia computadorizada de crânio (TC), Eletroencefalograma (EEG) e Exame físico neurológico.

Duração da pesquisa:

Você será avaliado para esta pesquisa apenas em uma ocasião, com duração aproximada de 40 minutos, na qual serão aplicados os questionários.

Confidencialidade:

Qualquer resultado de pacientes individuais, obtido nessa pesquisa, será mantido de forma estritamente sigilosa, sendo utilizado somente nesse estudo e não será divulgada publicamente a sua identidade.

Benefícios da pesquisa:

Este estudo visa verificar os fatores ambientais relacionados à contaminação por cisticerco que afeta o Sistema Nervoso Central. Você será entrevistado por profissionais capacitados e será realizado por eles a busca de prontuários para informações de exames importantes para a identificação da doença. Os resultados da pesquisa ajudarão a compreender os mecanismos da lesão no cérebro, a qualidade da vida dos pacientes e formas de prevenção da doença.

Riscos da pesquisa:

Neste estudo você não fará nenhum procedimento terapêutico ou invasivo. Serão realizadas apenas entrevistas com aplicações de questionários com perguntas objetivas e subjetivas. Os riscos são os inerentes aos procedimentos clínicos e de exames já realizados nos exames de imagem arquivados nos prontuários em estudo.

Custos e ajuda de custo:

A participação do estudo é voluntária, você pode decidir participar ou não da pesquisa sem prejuízo do seu tratamento no HC. Não há benefícios financeiros para os participantes e nem para os pesquisadores deste estudo.

Indenização:

Se houver danos comprovados decorrentes de sua participação na pesquisa, você poderá entrar com pedido de indenização.

Retirada da participação voluntária:

A qualquer momento você poderá decidir retirar sua participação no estudo, sem que haja qualquer prejuízo do seu tratamento no HC- UFG. Para isso, basta entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo.

ACORDO PARA ESTAR NO ESTUDO:

Responda sim ou não sobre as informações contidas neste Termo de Consentimento.

- 1- Você entendeu o conteúdo deste Termo de Consentimento? _____
- 2- Você entendeu o objetivo dos pesquisadores com este estudo? _____
- 3- Você entendeu que vai ser perguntado sobre questões relativas à sua doença segundo questionários específicos? _____
- 4- Você entendeu que será aplicado um questionário relacionado aos fatores de risco ambientais para Neurocisticercose Epiléptica e questionários para avaliar sua qualidade de vida? _____
- 5- Você entendeu que esta avaliação será realizada para este estudo em apenas uma ocasião? _____ -
- 6- Suas dúvidas foram esclarecidas de forma satisfatórias pela pessoa que leu este termo? _____
- 7- Você entendeu que, como voluntário, não receberá nenhum benefício financeiro pela sua participação? _____
- 8- Você entendeu que a qualquer momento pode sair do estudo sem prejuízo futuro para o seu tratamento no HC- UFG? _____

Nome e Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu _____,
RG _____ / CPF _____ / nº de prontuário: _____ / nº de matrícula, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Ambiente, hábitos alimentares e qualidade de vida de pacientes com Diagnósticos de Neurocisticercose Epiléptica, tendo como pesquisadora principal a enfermeira Maria Socorro de Souza Melo e como orientadora a Prof^a. Dr^a. Cibelle Kayenne Martins R. Formiga.

Fui devidamente informado sobre o objetivo da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e os possíveis benefícios e riscos inerentes. Foi-me esclarecido que minha participação é voluntária e portanto nada receberei financeiramente pela minha participação. Foi-me garantido que posso retirar minha participação a qualquer momento da pesquisa sem prejuízo do meu tratamento no HC-UFG.

Goiânia, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou nome por extenso do participante ou representante legal

Assinatura da pessoa que explicou o termo de consentimento

Assinatura do pesquisador principal.

FORMULÁRIO/ORÇAMENTO

Goiânia,

Ilmº Sr.

Coordenador do Núcleo de Pesquisa – HC/UFG

Senhor Coordenador,

O Pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: Ambiente, hábitos alimentares e qualidade de vida de pacientes com Diagnósticos de Neurocisticercose Epiléptica, “declara que os recursos para realização dos Testes inerentes ao mesmo serão:

desnecessários, pois o estudo é retrospectivo, de levantamento de dados que já constam no prontuário do(s) paciente(s) da pesquisa;

desnecessários, pois as análises necessárias para a pesquisa, fazem parte da rotina de avaliação dos pacientes participantes;

pesquisa patrocinada por indústria, todos os procedimentos (exames, etc), serão feitos em laboratórios fora deste Hospital;

pesquisa patrocinada por indústria farmacêutica. Os exames complementares serão parcialmente realizados, no Hospital das Clínicas e os valores serão repassados ao Hospital das Clínicas ou Fundação de Apoio a Pesquisa;

pesquisa parcial ou totalmente patrocinada por Instituição (CNPq, FAPESP, FAPEG, FM, HC, UFG).

Nome e Assinatura do Pesquisador

ANEXO II

QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Raça/etnia: _____

Estado civil: _____ Número de filhos: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Ocupação: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Religião: _____

2. DADOS DO DIAGNÓSTICO

Data da 1ª crise: _____ Data da última crise: _____

Idade de início das crises epilépticas: _____

Quando piora as crises: _____

Duração das crises: () Minutos. () Segundos. _____

Frequência das crises: _____

Descrição das crises: _____

Classificação da crise epiléptica: _____

Data do diagnóstico: _____

Resultado dos exames:

() Raios-X do crânio _____

() EEG _____

() TC _____

() RNM _____

() Outros. _____

3. DADOS DE SAÚDE

Como está sua saúde atualmente? () Boa () Regular () Ruim

Quais destes problemas de saúde você tem?

() Cardiopatias () Hipertensão arterial () Diabetes Mellitus () Outros

Tem alguém na família com diagnóstico semelhante. () Não () Sim. Quem?

4. HÁBITOS DE VIDA

Você fuma?

() Não () Sim. Quantos cigarros por dia? _____

Você faz uso de álcool?

() Não () Sim. Qual a frequência? _____ Quantidade (dose)? _____

Pratica atividade física?

() Não () Sim Qual? _____ Frequência? _____

5. DADOS DA ALIMENTAÇÃO

Você come carne de porco?

() Não () Sim. Como é o preparo? () Crua () Cozida () Mal-passada

Você come carne de boi ou vaca?

() Não () Sim. Como é o preparo? () Crua () Cozida () Mal-passada

Você tem o hábito de comer carne crua?

() Não () Sim. Com que frequência? _____

Quais os outros tipos de carne que você consome? _____

Criam porcos em sua residência?

() Não () Sim.

Come verduras sem cozimento?

() Não () Sim.

Come verduras com cozimento?

() Não () Sim.

Come verduras sem higienizar?

() Não () Sim.

Você consome só água tratada?

() Não () Sim.

Possui hábito de higienizar as mãos antes de tocar nos alimentos?

() Não () Sim.

Você faz suas refeições em casa ou no trabalho?

() Casa () Trabalho () Casa e Trabalho () Na rua (restaurantes, bares, etc).

Possui caso de teníase na família?

() Não () Sim. Quem? _____

6. DADOS DA MORADIA

Sua residência está localizada:

() área urbana – casa () área urbana - apartamento () área rural casa

() com saneamento () sem saneamento

Quantos cômodos tem sua casa?

() dois () três () quatro () cinco () outros _____

Sua residência é:

() alugada () cedida () própria

Quantas pessoas vivem na casa?

Em sua residência possui água encanada e tratada?

() Não () Sim

Consumem água de outras fontes?

() Não () Sim. Qual? _____

Sua residência possui rede de esgoto público?

() Não () Sim

Sua residência possui coleta de lixo?

() Não () Sim

Sua residência tem sanitário?

() Não () Sim

() evacuam em casinhas de fundo de quintal?

() defecam a céu aberto?

Em sua residência há animais de estimação?

() Não () Sim. Quais? _____

() Quanto tempo morou em zona rural?-----

7. DADOS SOCIAIS E ECONÔMICOS

Qual a sua escolaridade? _____

Qual a sua renda familiar (em reais) ? _____

Você é responsável pelo sustento da sua família?

() Sim () Não. Quem? _____

Quantas pessoas contribuem para a renda da família? _____

Quantas pessoas vivem da renda? _____

Você tem plano de saúde?

() Não () Sim. Qual? _____

Qual o meio de transporte que você utiliza?

() carro próprio () carroça () barco () avião () ônibus () bicicleta () outros

ANEXO III

Questionário ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa)

Nome: _____ Data: _____

Nome da Mãe: _____ Código: _____

Dados de Classificação

1. Quem é o chefe da família na sua casa? _____
2. Grau de instrução do chefe da família _____

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

3. Posse de itens

Itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Total de pontos: _____

4. Classes econômicas -

Classe	Pontos
A1	30-34
A2	25-29
B1	21-24
B2	17-20
C	11-16
D	6-10
E	0-5

ANEXO IV

WHOQOL – ABREVIADO (Fleck, 1999)

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parecer a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Insatisfeito Nem Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor(física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem Ruim nem Bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Insatisfeito Nem Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Alguma vezes	Frequentemente	Muito frequente	Sempre
26	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

Você já se envolveu em algum tipo de acidente de trabalho?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.