



# Da Telemedicina à Qualidade de Vida das Pessoas com Epilepsia: Saúde Mental, Autocuidado e Continuidade Assistencial em uma Revisão Integrativa

## *From Telemedicine to Quality of Life in People With Epilepsy: Mental Health, Self-Management and Continuity of Care — An Integrative Review*

**Moisés Nascimento**

ORCID: 0000-0003-0731-0901

**Elaine Bergamasco Gomes Vega**

ORCID: 0009-0009-4818-3356

**Edson Soares Bomfim**

ORCID: 0009-0003-4709-5553

**Agildo Souza de Oliveira**

ORCID: 0009-0002-5650-1018

**Sheila de Freitas**

ORCID: 0009-0000-3948-0505

**José Carlos da Silva**

ORCID: 0009-0007-7545-6765

**Carla Alessandra Jorge**

ORCID: 0009-0007-2454-1492

**Neilda Bonfim Pereira**

ORCID: 0009-0006-1435-1110

**Vivian da Fonseca Pinheiro**

ORCID: 0009-0000-1036-0825

**Keli de Jesus Carmo**

ORCID: 0009-0002-0502-1161

**Resumo:** A epilepsia é um distúrbio cerebral caracterizado por uma predisposição duradoura para gerar crises epiléticas, além das consequências neurobiológicas, cognitivas e psicossociais dessa condição, cujo impacto ultrapassa o controle das crises e envolve saúde mental, adesão ao tratamento, autonomia, estigma e qualidade de vida. A ampliação da telemedicina e das ferramentas digitais criou possibilidades para acompanhamento longitudinal entre consultas presenciais, especialmente em populações com barreiras geográficas ou dificuldade de acesso a centros especializados. Objetivou-se analisar criticamente as evidências sobre telemedicina, acompanhamento remoto, saúde mental, autocuidado, adesão e qualidade de vida (QV) em pessoas com epilepsia. Realizou-se revisão integrativa com síntese temática, priorizando publicações dos últimos dez anos e, especialmente, de 2024 a 2026, preservando estudos clássicos indispensáveis para definição da epilepsia e validação de instrumentos. Foram consideradas evidências indexadas em PubMed/MEDLINE e fontes institucionais, organizadas nos eixos: acesso e

continuidade assistencial; ansiedade e depressão; estigma e qualidade de vida; autocuidado e adesão; ferramentas digitais; e atuação multiprofissional. A literatura recente indica elevada aceitabilidade da telemedicina, potencial redução de faltas e custos, maior continuidade assistencial e viabilidade para aplicação de desfechos relatados pelo paciente. Ansiedade, depressão, estigma, frequência de crises e baixa capacidade de autogestão permanecem associados à pior qualidade de vida. Conclui-se que a telemedicina deve ser compreendida como componente de um modelo híbrido e integrado, capaz de ampliar o acompanhamento sem substituir indiscriminadamente a avaliação presencial.

**Palavras-chave:** epilepsia; telemedicina; saúde mental; qualidade de vida; autocuidado.

**Abstract:** Epilepsy is a brain disorder characterized by an enduring predisposition to generate epileptic seizures, as well as the neurobiological, cognitive, and psychosocial consequences of the condition; its impact extends beyond seizure control to encompass mental health, treatment adherence, autonomy, stigma, and quality of life. The expansion of telemedicine and digital tools has created opportunities for longitudinal monitoring between in-person consultations, particularly for populations facing geographical barriers or difficulties accessing specialized centers. This study aimed to critically analyze the evidence regarding telemedicine, remote monitoring, mental health, self-care, adherence, and quality of life in people with epilepsy. An integrative review with thematic synthesis was conducted, prioritizing publications from the last ten years—and specifically from 2024 to 2026—while retaining classic studies essential for defining epilepsy and validating assessment instruments. Evidence indexed in PubMed/MEDLINE and from institutional sources was considered and organized into the following thematic areas: access and continuity of care; anxiety and depression; stigma and quality of life; self-care and adherence; digital tools; and multidisciplinary practice. Recent literature indicates high acceptance of telemedicine, a potential reduction in missed appointments and costs, improved continuity of care, and feasibility for utilizing patient-reported outcomes. Anxiety, depression, stigma, seizure frequency, and limited self-management capacity remain associated with poorer quality of life. The study concludes that telemedicine should be viewed as a component of a hybrid, integrated model capable of expanding monitoring without indiscriminately replacing in-person evaluations.

**Keywords:** epilepsy; telemedicine; mental health; quality of life; self-care.

## INTRODUÇÃO

A epilepsia permanece entre as doenças neurológicas crônicas de maior relevância mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 50 milhões de pessoas vivam com epilepsia, com concentração desproporcional em países de baixa e média renda. O tratamento adequado pode permitir controle das crises em grande parcela dos casos, porém persistem lacunas de acesso, diagnóstico, continuidade terapêutica e proteção social.<sup>1</sup>

A definição operacional da International League Against Epilepsy (ILAE) considera epilepsia quando ocorrem duas crises não provocadas separadas por mais de 24 horas; uma crise não provocada associada à probabilidade suficientemente elevada de recorrência nos dez anos subsequentes; ou o diagnóstico de uma síndrome epiléptica. Essa definição permanece a referência operacional internacional e deve ser distinguida da classificação das crises epilépticas.<sup>2</sup>

Em 2025, a ILAE publicou atualização da classificação das crises epiléticas, mantendo quatro classes principais — 1- Focal, 2- Generalizada, 3- Desconhecida quanto à natureza focal ou generalizada e 4- Não classificada — e introduzindo mudanças terminológicas e taxonômicas destinadas a melhorar a aplicação clínica e a comunicação entre profissionais, pacientes e cuidadores.<sup>3</sup>

Apesar da centralidade das crises, a experiência de viver com epilepsia é multidimensional. Frequência e imprevisibilidade das crises, efeitos adversos dos medicamentos, limitações ocupacionais, restrições para dirigir segundo o Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN), Resolução nº 425 de 27 de novembro de 2012, dependência de familiares, alterações cognitivas, ansiedade, depressão e estigma podem exercer impacto tão relevante quanto o próprio fenômeno ictal sobre a QV relacionada à saúde.<sup>4</sup>

A literatura contemporânea reforça que QV não pode ser interpretada apenas como desfecho secundário. Revisões recentes mostram associação com frequência de crises, saúde mental, efeitos adversos, condições socioeconômicas, percepção de controle, estigma e suporte social, indicando que a avaliação clínica necessita integrar dimensões físicas, psicológicas e sociais.<sup>5,6</sup>

A saúde mental constitui um dos eixos mais sensíveis dessa abordagem. Em 2026, uma revisão sistemática e metanálise sobre depressão e ansiedade em adultos com epilepsia encontrou proporções agrupadas elevadas de sintomas depressivos e ansiosos, embora com heterogeneidade importante entre os estudos, reforçando a necessidade de rastreamento sistemático e cuidado integrado.<sup>7</sup>

Essa necessidade é coerente com achados clínicos de estudos recentes. Talibov *et al.* observaram relações entre comorbidades psiquiátricas, sintomas, QV e estigmatização, enquanto Çamcı *et al.* demonstraram que ansiedade, depressão e estigma se articulam negativamente com a QV de pessoas com epilepsia.<sup>8,9</sup>

No campo do rastreamento, o Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) foi validado em pessoas com epilepsia e demonstrou bom desempenho para identificação de transtorno de ansiedade generalizada em contexto clínico. Para depressão, instrumentos específicos para epilepsia também são recomendados, pois alguns sintomas podem se sobrepor aos efeitos da própria doença ou do tratamento.<sup>10,11</sup>

No Brasil, a versão brasileira do Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E) constitui recurso relevante para triagem de sintomas depressivos em serviços especializados. Seu uso pode contribuir para reduzir o subdiagnóstico, desde que o resultado seja interpretado como rastreamento e não como diagnóstico psiquiátrico isolado.<sup>12</sup>

A complexidade do segmento torna especialmente importante o intervalo entre as consultas presenciais. Mudanças no padrão das crises, esquecimento de doses, dificuldades com medicamentos, efeitos adversos, piora do sono, sintomas ansiosos ou depressivos e dúvidas sobre autocuidado podem surgir semanas ou meses antes do retorno programado.<sup>13</sup>

Nesse cenário, a telemedicina passou a ser explorada como estratégia para ampliar o acesso e a continuidade assistencial. Estudos anteriores à pandemia já sugeriam viabilidade, mas a expansão abrupta dos atendimentos remotos a partir de 2020 produziu uma base empírica mais ampla sobre aceitabilidade, custo, satisfação, segurança e possibilidades de integração com o cuidado convencional.<sup>14,15</sup>

Datta *et al.*, em um centro de epilepsia de nível 4, demonstraram que consultas remotas permitiram ajustes terapêuticos, encaminhamentos e solicitação de exames, com elevada satisfação e preferência pela continuidade da telemedicina entre pacientes clinicamente estáveis. O benefício econômico e a redução de barreiras de transporte foram componentes relevantes.<sup>16</sup>

Yardi *et al.* mostraram que a telemedicina pode contribuir para reduzir faltas e desigualdades de acesso em determinadas populações. Esses resultados não significam que todo atendimento deva ser remoto, mas sustentam a construção de modelos híbridos em que a modalidade seja escolhida conforme estabilidade clínica, necessidade de exame físico, complexidade diagnóstica e preferência do paciente.<sup>17</sup>

Em 2026, a ILAE Telemedicine Task Force publicou uma revisão de escopo abrangendo 201 estudos. A síntese indicou elevada satisfação, redução de faltas, economia e utilidade diagnóstica, ao mesmo tempo em que evidenciou concentração da produção científica em países de alta renda e necessidade de ensaios mais robustos sobre sustentabilidade, equidade e resultados de longo prazo.<sup>18</sup>

A telemedicina, contudo, não se limita à videoconferência. Portais eletrônicos, telefone, formulários digitais, diários eletrônicos de crises, aplicativos, lembretes de medicamentos e coleta remota de desfechos relatados pelo paciente podem formar uma arquitetura assistencial mais ampla de saúde digital.<sup>19,20</sup>

O acompanhamento periódico de humor, saúde mental, controle de crises, uso correto das medicações e qualidade de vida encontra base na literatura para oferecer suporte para aprofundar essa proposta como modelo conceitual de cuidado longitudinal, particularmente quando o acompanhamento remoto é integrado a instrumentos validados e critérios claros de escalonamento para avaliação presencial.<sup>21</sup>

Diante disso, o problema central não é decidir entre atendimento presencial e telemedicina como modalidades concorrentes. O desafio é compreender de que maneira tecnologias remotas podem ser incorporadas ao percurso assistencial sem perder segurança, vínculo terapêutico, equidade e individualização do cuidado.<sup>18,22</sup>

Esta revisão tem como objetivo analisar e sintetizar criticamente as evidências acerca das contribuições da telemedicina e do acompanhamento remoto para a saúde mental, adesão terapêutica, autocuidado, controle de crises e QV de pessoas com epilepsia, discutindo implicações para modelos assistenciais integrados e para a atuação da equipe multiprofissional.<sup>18,23</sup>

## OBJETIVOS

### Objetivo Geral

Analisar e sintetizar criticamente as evidências científicas sobre as contribuições da telemedicina e do acompanhamento remoto para a saúde mental, adesão ao tratamento, autocuidado, controle de crises e QV de pessoas com epilepsia.

### Objetivos Específicos

- Identificar modalidades contemporâneas de telemedicina e saúde digital utilizadas no acompanhamento de pessoas com epilepsia.
- Analisar os efeitos da assistência remota sobre acesso, continuidade do cuidado, satisfação e barreiras geográficas ou socioeconômicas.
- Examinar evidências sobre ansiedade, depressão, estigma, adesão terapêutica e QV no contexto da epilepsia.
- Discutir o papel de instrumentos de rastreamento e desfechos relatados pelo paciente no acompanhamento remoto.
- Investigar contribuições do autocuidado, da educação em saúde e de intervenções conduzidas por enfermagem.
- Identificar limitações, lacunas e prioridades de pesquisa para modelos híbridos de atenção.

## METODOLOGIA

### Delineamento

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com síntese narrativa e temática. Essa modalidade foi escolhida por permitir integrar estudos observacionais, ensaios, estudos de implementação, pesquisas de satisfação, revisões sistemáticas, metanálises e documentos de consenso relacionados a um fenômeno assistencial complexo. A revisão foi organizada em pergunta norteadora, definição de elegibilidade, busca bibliográfica, extração de dados, avaliação crítica e síntese dos achados.<sup>24</sup>

### Estratégia PICo e pergunta norteadora

A estratégia PICo foi utilizada para estruturar a pergunta de revisão, considerando população, fenômeno de interesse e contexto assistencial.

| Elemento      | Definição                                                               | Descritores/ termos                                                                        |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| P – População | Pessoas adultas com epilepsia                                           | Epilepsy; People with Epilepsy                                                             |
| I – Interesse | Telemedicina, telessaúde, monitoramento remoto e saúde digital          | Telemedicine; Telehealth; Remote Consultation; Remote Monitoring; Digital Health           |
| Co – Contexto | Segmento clínico, saúde mental, adesão, autocuidado e qualidade de vida | Mental Health; Depression; Anxiety; Quality of Life; Self-Management; Medication Adherence |

Pergunta norteadora: Quais evidências científicas demonstram a contribuição da telemedicina e do acompanhamento remoto para a saúde mental, adesão terapêutica, autocuidado, controle de crises e QV de pessoas com epilepsia?

## Fontes de Informação e Estratégia de Busca

A busca bibliográfica estruturada foi atualizada em 3 de setembro de 2026, com pesquisa principal no PubMed/MEDLINE e busca complementar de literatura brasileira em SciELO e BVS/LILACS, além de rastreamento manual por DOI, PMID e PMCID e consulta a documentos institucionais da OMS e da ILAE. Foram utilizados descritores controlados e termos livres relacionados à epilepsia, telemedicina, telessaúde, monitoramento remoto, saúde digital, saúde mental, qualidade de vida, autogestão e adesão terapêutica. A seleção priorizou estudos diretamente relacionados à pergunta norteadora, mantendo publicações clássicas apenas quando indispensáveis à definição da epilepsia ou à validação de instrumentos.

Estratégia-base para PubMed/MEDLINE: (“Epilepsy”[MeSH] OR epilepsy) AND (“Telemedicine”[MeSH] OR telemedicine OR telehealth OR “remote consultation” OR “remote monitoring” OR “digital health”) AND (“Quality of Life”[MeSH] OR “Mental Health” OR depression OR anxiety OR “self-management” OR “medication adherence”).

Foram priorizadas publicações dos últimos dez anos, com ênfase em 2024–2026. Estudos anteriores foram mantidos quando indispensáveis para definição operacional da epilepsia, validação de instrumentos ou compreensão histórica de estigma e comorbidades psiquiátricas.<sup>2,10,12</sup>

## Crítérios de Elegibilidade

Foram considerados elegíveis estudos com pessoas com epilepsia ou profissionais envolvidos diretamente em seu cuidado; trabalhos que avaliassem telemedicina, telessaúde, consulta remota, monitoramento digital, autocuidado, adesão, saúde mental, estigma ou qualidade de vida; artigos em português, inglês ou espanhol; revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais, ensaios e pesquisas de implementação; e documentos técnicos ou consensos relevantes.

Foram excluídos textos sem relação direta com a pergunta norteadora, relatos sem conteúdo analítico suficiente, publicações duplicadas, trabalhos exclusivamente tecnológicos sem aplicação assistencial à epilepsia e documentos

cujos dados bibliográficos essenciais não pudessem ser conferidos manualmente.

## Extração e Síntese

Foram extraídos autoria, ano, país ou contexto, desenho metodológico, população, fenômeno avaliado, principais resultados, limitações e identificadores bibliográficos. Os achados foram organizados em seis categorias: (1) acesso e continuidade assistencial; (2) saúde mental; (3) estigma e qualidade de vida; (4) autocuidado e adesão; (5) saúde digital e monitoramento; e (6) cuidado integrado e enfermagem.

A seleção foi conduzida por pertinência à pergunta norteadora e aos critérios de elegibilidade, seguida de leitura dos títulos, resumos e, quando necessário, do texto completo. Referências duplicadas, publicações sem relação direta com os desfechos de interesse e documentos sem dados bibliográficos verificáveis foram excluídos. Como esta revisão integrativa emprega síntese narrativa e temática, e não metanálise própria, os resultados são apresentados por categorias analíticas e por uma matriz de estudos-chave, sem atribuir artificialmente ao processo um fluxo PRISMA de revisão sistemática.

## RESULTADOS

### Núcleo Contemporâneo de Evidências

A literatura selecionada demonstra rápido crescimento de pesquisas sobre telessaúde, saúde mental, qualidade de vida, estigma e autogestão em epilepsia. O quadro a seguir resume estudos com identificação bibliográfica verificável e alta pertinência para a pergunta de revisão.

**Tabela 1 - Identificação bibliográfica.**

| Autor/ano                        | Desenho                             | Foco                                                             | Contribuição                                       | Identificador                                    |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Sahu <i>et al.</i> (2026)        | Revisão de escopo ILAE; 201 estudos | Telemedicina: aplicações, satisfação, custos e equidade          | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 41774995; DOI 10.1016/j.seizure.2026.01.016 |
| Hedrich; Brandt (2026)           | Revisão de PROMs                    | Rastreamento de depressão e ansiedade em epilepsia               | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 41812436; DOI 10.1016/j.yebeh.2026.110907   |
| Rojas-López <i>et al.</i> (2026) | Revisão sistemática/metanálise      | Depressão e ansiedade em adultos com epilepsia                   | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 41967683; DOI 10.1016/j.jad.2026.121741     |
| Pushpa <i>et al.</i> (2025)      | Revisão sistemática de ECR          | Intervenções lideradas por enfermagem, QV e manejo medicamentoso | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 41110242; DOI 10.1016/j.seizure.2025.10.006 |
| Huang <i>et al.</i> (2025)       | Revisão sistemática/metanálise      | Educação para autogestão e qualidade de vida                     | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 40187140; DOI 10.1016/j.yebeh.2025.110393   |

| <b>Autor/ano</b>                        | <b>Desenho</b>                                      | <b>Foco</b>                                              | <b>Contribuição</b>                                | <b>Identificador</b>                            |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Silva <i>et al.</i> (2025)              | Revisão sistemática/metanálise; 6.072 participantes | Prevalência e impacto do estigma                         | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 40568055; PMCID PMC12185920                |
| Çamcı <i>et al.</i> (2025)              | Estudo observacional                                | Ansiedade, depressão, estigma e qualidade de vida        | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 40187053; DOI 10.1016/j.yebeh.2025.110399  |
| Wei <i>et al.</i> (2025)                | Estudo transversal                                  | Relação ansiedade-depressão-qualidade de vida            | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 39908600; DOI 10.1016/j.yebeh.2025.110274  |
| Donahue <i>et al.</i> (2025)            | Estudo sobre adesão                                 | Barreiras à adesão medicamentosa                         | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 39610394; DOI 10.1212/CPJ.0000000000200403 |
| Narodova (2025)                         | Revisão narrativa                                   | Ferramentas digitais para crises, adesão e autocuidado   | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 41464603; PMCID PMC12733385                |
| Munger Clary <i>et al.</i> (2024)       | Desfechos secundários de ensaio pragmático          | QV, ansiedade e depressão em avaliação remota            | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 38908323; PMCID PMC11457121                |
| Talibov <i>et al.</i> (2024)            | Prospectivo                                         | Comorbidade psiquiátrica, QV e estigma                   | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 38768552; DOI 10.1016/j.yebeh.2024.109838  |
| Pélissié Du Rausas <i>et al.</i> (2024) | Transversal                                         | Resiliência, estigma internalizado e QV                  | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 38669973; DOI 10.1016/j.yebeh.2024.109801  |
| Yardi <i>et al.</i> (2023)              | Retrospectivo; 3.025 atendimentos                   | Telemedicina e redução de iniquidades                    | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 37811672; DOI 10.1111/epi.17793            |
| Munger Clary <i>et al.</i> (2022)       | Ensaio piloto pragmático                            | PROMs via portal eletrônico versus telefone              | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 36247085; DOI 10.1093/jamiaopen/ooac052    |
| Licchetta <i>et al.</i> (2021)          | Protocolo de ensaio randomizado                     | TELE-EPIC: crises, adesão, QV, humor, segurança e custos | Evidência diretamente relacionada ao eixo temático | PMID 34862297; PMCID PMC8646970                 |

Fonte: autoria própria.

## Acesso, Continuidade e Aceitabilidade da Telemedicina

A telemedicina apresenta evidência consistente de utilidade para reduzir barreiras de distância, transporte e disponibilidade de especialistas. A revisão da ILAE de 2026 mostrou que a literatura acumulada abrange diagnóstico, seguimento, aconselhamento, monitoramento e educação, com níveis elevados de satisfação de pacientes e profissionais.<sup>18</sup>

Os resultados de Datta *et al.* foram importantes para demonstrar que o atendimento remoto pode ser clinicamente ativo: durante 223 consultas, ocorreram ajustes de medicamentos, encaminhamentos e solicitações de exames. A preferência pelo atendimento remoto foi maior quando a epilepsia estava estável, sugerindo que a seleção do paciente e do momento clínico é determinante.<sup>16</sup>

A análise de Yardi *et al.*, envolvendo 3.025 encontros assistenciais, mostrou menor ausência nas consultas remotas do que nas presenciais e sugeriu benefício particularmente relevante para grupos sujeitos a barreiras logísticas e socioeconômicas. A telemedicina pode, portanto, atuar como instrumento de equidade quando reduz obstáculos concretos de acesso.<sup>17</sup>

Entretanto, equidade digital não é consequência automática da oferta de tecnologia. Conexão instável, ausência de dispositivos, baixa alfabetização digital, deficiência sensorial, dificuldades cognitivas, falta de privacidade e dependência de cuidadores podem limitar o benefício ou deslocar a desigualdade do território para o ambiente digital.<sup>18,22</sup>

Estudos de satisfação reforçam que muitos pacientes valorizam conveniência e economia de tempo, mas também identificam limitações na comunicação e na sensação de presença compartilhada. Pesquisa qualitativa de 2024 mostrou preferência contextual: consultas por telefone podem ser convenientes, enquanto situações complexas ou com necessidade de comunicação mais detalhada podem favorecer vídeo ou presença física.<sup>25</sup>

Rebello *et al.* compararam experiências com consulta presencial e videoconferência e observaram que o formato remoto pode ser satisfatório, embora aspectos ligados ao tempo percebido com o médico, esclarecimento de dúvidas e comunicação tenham favorecido o atendimento presencial em parte dos participantes.<sup>26</sup>

Esses achados sustentam um modelo híbrido. Em vez de transformar a telemedicina em substituição universal, sua incorporação deve ser baseada em estabilidade clínica, capacidade tecnológica, natureza da demanda, necessidade de exame físico e preferência do paciente.<sup>18,26</sup>

## Saúde mental: ansiedade, depressão e rastreamento

A associação entre epilepsia e sofrimento psíquico é robusta. A metanálise de 2026 encontrou elevada frequência de sintomas de depressão e ansiedade em adultos com epilepsia, associada em diferentes estudos a fatores como maior frequência de crises, politerapia e epilepsia de difícil controle.<sup>7</sup>

A avaliação de saúde mental deve ser incorporada à rotina porque sintomas ansiosos e depressivos podem reduzir a qualidade de vida, prejudicar a adesão e aumentar a carga percebida da doença. Em 2025, Çamcı *et al.* demonstraram interação relevante entre ansiedade, depressão, estigma e qualidade de vida, reforçando o caráter multidimensional do problema.<sup>9</sup>

Wei *et al.* analisaram mais de mil pessoas com epilepsia e mostraram que a depressão medeia parte da relação entre a ansiedade e a pior qualidade de vida. A

implicação clínica é que rastrear apenas um domínio psicológico pode subestimar a complexidade do sofrimento emocional.<sup>27</sup>

Hedrich e Brandt, em revisão publicada em 2026, discutiram medidas de desfecho relatadas pelo paciente para identificação de depressão e ansiedade em adultos com epilepsia. A revisão destaca a utilidade dos instrumentos, mas também a necessidade de reconhecer que diferentes escalas possuem propósitos e propriedades psicométricas distintas.<sup>11</sup>

O GAD-7 foi especificamente validado em pessoas com epilepsia. No estudo multicêntrico de Seo *et al.*, o instrumento apresentou boa consistência e desempenho de rastreamento, oferecendo uma ferramenta breve e potencialmente útil para acompanhamento ambulatorial ou remoto.<sup>10</sup>

No contexto brasileiro, o IDTN-E amplia a possibilidade de rastreamento de depressão com instrumento adaptado e validado para a população com epilepsia. Sua utilização em telemonitoramento pode contribuir para a identificação precoce de sintomas, desde que esteja vinculada a fluxos de avaliação clínica e encaminhamento.<sup>12</sup>

Munger Clary *et al.* demonstraram a viabilidade de coletar desfechos de ansiedade e depressão por portal eletrônico ou telefone. Em segmento posterior, os autores analisaram QV durante o cuidado usual de pacientes com sintomas de ansiedade ou depressão, reforçando a possibilidade de integrar PROMs à assistência remota.<sup>19,28</sup>

A utilização frequente (quinzenal/mensal) de instrumentos breves pode ser metodologicamente coerente com um modelo de acompanhamento longitudinal, mas deve evitar excesso de mensuração e fadiga do paciente. A periodicidade ideal deve equilibrar sensibilidade para mudança, carga de resposta e capacidade do serviço de intervir diante de resultados alterados.<sup>11,19</sup>

## Estigma e Qualidade de Vida

O estigma permanece um dos determinantes sociais mais persistentes da experiência de viver com epilepsia. A revisão sistemática e metanálise de Silva *et al.* reuniu 6.072 participantes e estimou prevalência agrupada de estigma em aproximadamente 35%, com heterogeneidade geográfica relevante.<sup>29</sup>

Esse resultado atualiza a compreensão histórica de que o estigma não é um fenômeno residual. Ele pode interferir em relações afetivas, emprego, condição socioeconômica, independência e procura por cuidado. A vivência cotidiana envolve decisões sobre revelar ou ocultar o diagnóstico e estratégias para evitar julgamento social.<sup>29,30</sup>

Pélissié Du Rausas *et al.* demonstraram que estigma internalizado se associa negativamente à QV em uma população de baixa renda, enquanto resiliência apresentou associação favorável. O estudo reforça a necessidade de considerar recursos psicológicos e condições socioeconômicas na interpretação dos desfechos.<sup>31</sup>

Talíbov *et al.* também mostraram relações entre sintomas psiquiátricos, QV e estigmatização, indicando que estigma e saúde mental podem se reforçar mutuamente. Essa interação sustenta intervenções que combinem educação, suporte psicossocial e rastreamento de sofrimento emocional.<sup>8</sup>

Revisões de QV publicadas em 2024 e 2025 apontam que a frequência de crises, comorbidades, efeitos adversos, baixa condição socioeconômica e fatores psicológicos estão entre os determinantes mais consistentes de pior qualidade de vida. A remissão de crises é importante, mas não explica isoladamente o bem-estar percebido.<sup>4, 6</sup>

A telemedicina pode apoiar a QV ao ampliar o acesso, reduzir deslocamentos e facilitar o contato com a equipe; todavia, ainda há evidência limitada para afirmar que a tecnologia isoladamente produz melhora sustentada da qualidade de vida. O efeito provavelmente depende do conteúdo do cuidado, da continuidade, do suporte e da capacidade de resposta da equipe.<sup>18,28</sup>

## Autocuidado, Adesão Terapêutica e Educação

A autogestão da epilepsia inclui uso correto dos medicamentos, organização de horários, reconhecimento de efeitos adversos, registro de crises, sono adequado, identificação de fatores precipitantes e comunicação efetiva com a equipe. Essas tarefas acontecem predominantemente fora do ambiente hospitalar.<sup>32</sup>

Huang *et al.*, em revisão sistemática e metanálise de 2025, observaram que intervenções educativas de autogestão podem contribuir para melhorar QV e determinados desfechos clínicos. Esse achado sustenta a inclusão de educação estruturada em programas de segmento remoto.<sup>33</sup>

A adesão aos medicamentos continua sendo um desafio. Donahue *et al.* discutiram barreiras à adesão em pessoas com epilepsia, destacando que o problema não se limita ao esquecimento, podendo envolver efeitos adversos, crenças, custos, complexidade terapêutica, comunicação e condições de vida.<sup>34</sup>

Uma revisão narrativa de 2025 sobre autogestão medicamentosa reforçou a importância de considerar o paciente como agente do manejo, identificando fatores pessoais, terapêuticos, sociais e relacionados ao sistema de saúde que influenciam a capacidade de organizar o tratamento.<sup>35</sup>

A telemedicina pode atuar como suporte à adesão por meio de revisão periódica das prescrições, esclarecimento de dúvidas, lembretes e identificação precoce de dificuldades. Entretanto, lembretes isolados não resolvem barreiras estruturais ou crenças sobre o tratamento; a intervenção precisa ser individualizada.<sup>18,34,35</sup>

O diário de crises é outro elemento relevante. Registros contemporâneos reduzem dependência da memória retrospectiva e podem apoiar decisões clínicas. Ferramentas digitais facilitam a documentação de eventos, sintomas associados, horários e possíveis fatores precipitantes, embora a qualidade do registro dependa do engajamento e da capacidade de reconhecer corretamente as crises.<sup>20</sup>

Nos acompanhamentos periódicos, a avaliação do diário de crises, sono, humor e uso das medicações foi concebida como estratégia para reduzir divergências entre a experiência cotidiana e o relato realizado apenas após longos intervalos. A literatura atual de saúde digital e autogestão fortalece essa lógica assistencial.<sup>20,33</sup>

## Saúde Digital, PROMs e Monitoramento Remoto

A saúde digital amplia o conceito de telemedicina ao incorporar aplicativos, portais de prontuário, diários eletrônicos, dispositivos conectados e comunicação assíncrona. Narodova revisou ferramentas digitais voltadas ao monitoramento de crises, à adesão e à autogestão, destacando potencial para integrar informações produzidas pelo próprio paciente ao cuidado clínico.<sup>20</sup>

Os patient-reported outcome measures (PROMs), ou medidas de desfecho relatadas pelo paciente, podem agregar informações que não aparecem diretamente no eletroencefalograma, na neuroimagem ou na contagem de crises. Humor, ansiedade, fadiga, percepção de efeitos adversos e QV são dimensões particularmente adequadas a esse tipo de mensuração.<sup>11,19</sup>

O ensaio piloto de Munger Clary *et al.* mostrou que portal eletrônico e telefone podem ser utilizados para coleta remota de sintomas de ansiedade e depressão. Essa flexibilidade é relevante para pessoas com limitações tecnológicas, pois permite combinar modalidades digitais e telefônicas.<sup>19</sup>

O protocolo Telemedicine for Epilepsy Care (TELE-EPIC) foi desenhado para avaliar a eficácia das video-consultas em relação ao cuidado usual e incluiu, entre desfechos secundários, adesão, eventos adversos, qualidade de vida, transtornos do humor, satisfação, segurança e custos. Isso demonstra que a avaliação científica da telemedicina já incorpora desfechos multidimensionais.<sup>21</sup>

Redes de teleconsulta também podem apoiar profissionais. Zöllner *et al.* avaliaram uma rede de telehealth em epilepsia e observaram elevada satisfação dos profissionais, contribuição diagnóstica e influência sobre decisões terapêuticas, especialmente em consultas que envolviam revisão de eletroencefalograma.<sup>36</sup>

Essas aplicações sugerem que o acompanhamento remoto pode funcionar em diferentes níveis: paciente-equipe, profissional-especialista e serviço-serviço. A escolha depende da infraestrutura, do objetivo clínico e do grau de complexidade do caso.<sup>18,36</sup>

## Cuidado Integrado e Atuação da Enfermagem

A epilepsia frequentemente exige articulação entre neurologia, enfermagem, neuropsicologia, nutricionista, psiquiatria, psicologia, serviço social e outros profissionais da equipe multiprofissional. Spanos *et al.*, em revisão de escopo, mostraram que modelos de cuidado integrado combinam diferentes componentes assistenciais e podem favorecer coordenação e continuidade.<sup>23</sup>

A enfermagem possui posição estratégica para educação, identificação de barreiras de adesão, orientação sobre registro de crises, rastreamento de sintomas,

reconhecimento de sinais de alerta e coordenação de fluxos. A atuação deve ocorrer dentro de protocolos institucionais e com definição clara de responsabilidades.<sup>37</sup>

Uma revisão sistemática de 2025 sobre intervenções lideradas por enfermeiros em epilepsia avaliou ensaios randomizados e discutiu efeitos sobre qualidade de vida, custo-efetividade e manejo medicamentoso. Embora a heterogeneidade dos estudos limite conclusões universais, a literatura sustenta a relevância do acompanhamento de enfermagem como componente do cuidado especializado.<sup>37</sup>

No contexto brasileiro, a navegação de enfermagem pode dialogar com a organização do cuidado remoto, especialmente para orientar trajetórias, facilitar comunicação e reduzir perdas de seguimento. A aplicação prática requer adaptação às normas profissionais, à estrutura do serviço e à complexidade da população atendida.<sup>23,37</sup>

Um protocolo periódico entre os retornos de consultas, conduzido ou coordenado pela enfermagem, pode incluir perguntas padronizadas sobre crises, medicamentos, efeitos adversos, sono, humor e dificuldades sociais, com critérios de encaminhamento para neurologia ou saúde mental. O objetivo não é substituir a consulta especializada, mas produzir continuidade informacional e intervenção precoce.<sup>11,18,37</sup>

## DISCUSSÃO

A síntese das evidências indica que a telemedicina ultrapassou a condição de recurso emergencial da pandemia e passou a integrar estratégias de diagnóstico, seguimento, aconselhamento, educação e coordenação assistencial em epilepsia. A revisão da ILAE de 2026 demonstra base internacional extensa, embora ainda marcada por desigualdade geográfica e heterogeneidade metodológica.<sup>18</sup> O principal benefício não reside na substituição da consulta presencial, mas na redução dos intervalos de descontinuidade assistencial, permitindo reconhecer alterações clínicas e psicossociais antes do retorno programado.<sup>16-18</sup>

Essa interpretação é particularmente pertinente para pessoas clinicamente estáveis, que podem não necessitar de exame físico em todas as visitas, mas continuam demandando revisão terapêutica, esclarecimento de dúvidas e monitoramento.<sup>16</sup> A escolha da modalidade deve, contudo, ser dinâmica: mudança no tipo ou frequência das crises, eventos adversos importantes, novos déficits neurológicos, dúvida diagnóstica, necessidade de procedimento ou avaliação pré-cirúrgica favorecem atendimento presencial. Em contraste, seguimentos estruturados, educação em saúde e revisão de registros, como diário de crises, adesão, efeitos adversos, sono e humor, podem ser adequados ao formato remoto.<sup>18,26</sup>

A saúde mental constitui um dos argumentos mais consistentes para acompanhamento longitudinal. Depressão e ansiedade são frequentes e associam-se à pior QV, tornando insuficiente avaliar o sucesso terapêutico apenas pelo controle das crises.<sup>7-9</sup> Instrumentos breves como GAD-7 e IDTN-E podem padronizar o

rastreamento e permitir comparação longitudinal, desde que seus escores não sejam interpretados isoladamente como diagnóstico e estejam vinculados a fluxos de avaliação e encaminhamento.<sup>10-12</sup> A coleta remota de PROMs pode ainda direcionar a consulta para problemas relevantes e revelar alterações de humor ou QV não relatadas espontaneamente.<sup>11,19,28</sup>

Para programas periódicos, a definição de um conjunto mínimo de indicadores é essencial. O uso excessivo de escalas pode produzir fadiga e grande volume de informações sem capacidade de resposta; crises, uso das medicações, efeitos adversos, sono, humor e sinais de alerta constituem um núcleo potencialmente mais sustentável.<sup>11,20</sup> A adesão terapêutica também pode se beneficiar do contato frequente, porém a não adesão envolve fatores como efeitos adversos, crenças, custos, complexidade do tratamento e condições de vida, não sendo resolvida apenas pela verificação do uso das medicações.<sup>34,35</sup>

A educação para autogestão apresenta evidência favorável, e a metanálise de Huang *et al.* sugere melhora da QV com intervenções educativas estruturadas.<sup>33</sup> Assim, o acompanhamento remoto deve associar monitoramento à educação e à resolução de problemas, evitando limitar-se à coleta passiva de dados. O estigma também precisa ser reconhecido como desfecho assistencial: a metanálise de Silva *et al.* estimou sua ocorrência em parcela expressiva das pessoas estudadas, e sua relação com resiliência, sintomas psiquiátricos, trabalho, independência, condições econômicas e QV reforça a necessidade de cuidado que ultrapasse o diagnóstico neurológico.<sup>8,29,31</sup>

A concentração dos estudos de telemedicina em países de alta renda exige cautela na transposição dos resultados para o Brasil. Infraestrutura digital, organização do Sistema Único de Saúde, distribuição de especialistas e desigualdades regionais podem modificar a efetividade dos modelos.<sup>18</sup> Ao mesmo tempo, longos deslocamentos até centros terciários, necessidade de acompanhantes e custos indiretos tornam a estratégia potencialmente valiosa. Para evitar que a inovação amplie desigualdades, modalidades telefônicas ou presenciais devem permanecer disponíveis para pessoas com barreiras de acesso digital.<sup>18,22</sup>

A enfermagem pode ocupar posição de ligação entre informações produzidas pelo paciente e a decisão clínica, identificando dificuldades no uso de medicamentos, reforçando educação, orientando o diário de crises, aplicando rastreamentos e reconhecendo situações que demandem avaliação especializada.<sup>37</sup> Entretanto, os benefícios dependem de protocolos, capacitação, integração multiprofissional e indicadores de processo e resultado; a simples existência de contato remoto não garante melhora clínica.<sup>37</sup>

Nesse sentido, o modelo mais coerente é híbrido e escalonado: consultas presenciais periódicas podem ser combinadas com contatos remotos intermediários, cuja intensidade seja ajustada ao risco e às necessidades.<sup>18,23</sup> O benefício esperado não deve ser atribuído à frequência do contato isoladamente, mas à combinação entre periodicidade, conteúdo padronizado, capacidade de resposta e integração com a equipe.<sup>18,21,33</sup>

Do ponto de vista da pesquisa, estudos longitudinais futuros podem comparar cuidado usual e acompanhamento remoto estruturado, avaliando frequência de crises, adesão, GAD-7, IDTN-E, QV, satisfação, utilização de serviços e necessidade de escalonamento.<sup>10-12,21</sup> Também são pertinentes desfechos econômicos e de equidade, como distância e custos de transporte evitados, horas de trabalho preservadas, faltas às consultas e dificuldades de acesso digital.<sup>16-18</sup>

Por fim, a literatura não permite concluir que a telemedicina, isoladamente, reduza crises, depressão ou estigma em todas as populações. A evidência é mais consistente quanto à ampliação do acesso, aceitabilidade, continuidade e possibilidade de monitoramento.<sup>18</sup> Tecnologia deve ser compreendida como meio para ofertar cuidado baseado em evidências com maior continuidade, e não como intervenção completa ou substituta universal da assistência presencial.<sup>18,23</sup>

## IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL

A literatura sustenta a organização de protocolos de telemonitoramento com um conjunto mínimo de indicadores clínicos e psicossociais. Em cada contato, podem ser avaliados a ocorrência de crises desde o último acompanhamento, adesão às medicações, efeitos adversos, sono, humor, ansiedade, dificuldades sociais e dúvidas sobre o tratamento.<sup>11,18,20</sup>

O protocolo deve conter critérios objetivos de escalonamento. Piora importante das crises, evento adverso grave, alteração neurológica, risco psiquiátrico, suspeita de reação medicamentosa importante ou qualquer condição que exija exame físico deve gerar avaliação médica e, quando indicado, atendimento presencial ou de urgência.<sup>18,21</sup>

A integração do diário de crises e de PROMs pode favorecer a longitudinalidade. O valor desses dados depende de revisão efetiva pela equipe, comunicação clara e registro no prontuário. Coletar informações sem capacidade de resposta pode aumentar o trabalho sem produzir benefício.<sup>19,20</sup>

A educação deve ser componente transversal: horários das medicações, estratégias para evitar esquecimentos, reconhecimento de efeitos adversos, sono, segurança, planejamento de atividades e orientação sobre quando procurar assistência. Intervenções de autogestão possuem evidência de benefício sobre QV.<sup>33-35</sup>

Na enfermagem, o acompanhamento pode incluir educação, rastreamento, coordenação e navegação do cuidado, desde que existam competências definidas, capacitação e integração com neurologia e saúde mental. A literatura recente de intervenções lideradas por enfermeiros justifica aprofundar esse modelo em pesquisas futuras.<sup>37</sup>

## LIMITAÇÕES

Esta revisão integra desenhos metodológicos heterogêneos e não pretende equivaler a uma revisão sistemática com metanálise própria. Parte importante das evidências de telemedicina surgiu durante ou após a pandemia de Covid-19, contexto que pode influenciar a satisfação, a escolha da modalidade e a organização dos serviços.

A concentração de estudos em países de alta renda limita a generalização direta para sistemas com infraestrutura e financiamento distintos. Além disso, estudos de satisfação podem apresentar viés de seleção porque pessoas sem acesso digital ou com experiências negativas podem estar sub-representadas.<sup>18</sup>

A busca principal concentrou-se no PubMed/MEDLINE, complementada por pesquisa de literatura brasileira em SciELO e BVS/LILACS e rastreamento manual de referências e identificadores bibliográficos. Essa estratégia favoreceu a verificabilidade das fontes, porém pode não recuperar toda a literatura disponível em bases bibliográficas de acesso restrito. A heterogeneidade dos desenhos incluídos também limita comparações quantitativas diretas; por isso, os achados foram interpretados por síntese narrativa e temática, sem metanálise própria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A telemedicina e as ferramentas digitais ampliam possibilidades de cuidado longitudinal para pessoas com epilepsia, sobretudo ao reduzir barreiras de acesso, favorecer continuidade assistencial e permitir coleta remota de informações clínicas e psicossociais. A evidência mais consistente não sustenta substituição indiscriminada do atendimento presencial, mas a construção de modelos híbridos e centrados na pessoa.

Ansiedade, depressão, estigma, adesão medicamentosa, autocuidado e QV devem compor o acompanhamento porque determinam parte substancial da experiência da doença. Instrumentos breves e validados podem auxiliar o rastreamento, desde que estejam vinculados à interpretação clínica e à capacidade de intervenção.

O acompanhamento periódico, como estratégia para reduzir lacunas entre retornos, encontra plausibilidade na literatura contemporânea quando compreendido como parte de um programa estruturado, com indicadores claros, educação, critérios de escalonamento e integração multiprofissional. A frequência do contato, isoladamente, não garante benefício.

Para o contexto brasileiro, pesquisas prospectivas devem avaliar efetividade clínica, QV, adesão, saúde mental, custos, equidade digital e satisfação em serviços públicos e especializados. A enfermagem pode assumir papel relevante na coordenação, educação e monitoramento, contribuindo para um cuidado mais contínuo, seguro e responsivo.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Epilepsy [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2026 Aug 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
2. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, *et al.* ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82. doi:10.1111/epi.12550.
3. Beniczky S, Trinka E, Wirrell E, Abdulla F, Al Baradie R, Alonso Vanegas M, *et al.* Updated classification of epileptic seizures: position paper of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 2025;66(6):1804-23. doi:10.1111/epi.18338. PMID:40264351.
4. Kanner AM, Bicchi MM. Antiseizure medications and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2022;130:108648. [DADO BIBLIOGRÁFICO NECESSITA DE VERIFICAÇÃO MANUAL ANTES DA SUBMISSÃO].
5. Engelhart P, Marcin C, Lerner J, Dill D, L'Italien G, Coric V, *et al.* Determinants of health-related quality of life of patients with focal epilepsy: a systematic literature review. *Epileptic Disord*. 2025;27(1):9-30. doi:10.1002/epd2.20292. PMID:39545796; PMCID: PMC11829624.
6. Andualem F, Melkam M, Tadesse G, Nakie G, Tinsae T, Fentahun S, *et al.* Quality of life and associated factors among people with epilepsy in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1529. doi:10.1186/s12889-024-19018-3. PMID:38844872; PMCID: PMC11157882.
7. Rojas-López JC, Navas-Peñaranda S, Avilés-Gómez M, Palacios-Espinosa X, Palacios-Sánchez L, Barragán AM. Depression and anxiety in adults with epilepsy: systematic literature review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2026;407:121741. doi:10.1016/j.jad.2026.121741. PMID:41967683.
8. Talıbov T, İnci M, İsmayilov R, Elmas S, Büyüktopçu E, Kepenek AO, *et al.* The relationship of psychiatric comorbidities and symptoms, quality of life, and stigmatization in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2024;156:109838. doi:10.1016/j.yebeh.2024.109838. PMID:38768552.
9. Çamcı G, Karabuğa Yakar H, Oğuz S, Erdoğan H. How do anxiety, depression, and stigma affect quality of life in people with epilepsy? *Epilepsy Behav*. 2025;167:110399. doi:10.1016/j.yebeh.2025.110399. PMID:40187053.
10. Seo JG, Cho YW, Lee SJ, Lee JJ, Kim JE, Moon HJ, *et al.* Validation of the Generalized Anxiety Disorder-7 in people with epilepsy: a MEPSY study. *Epilepsy Behav*. 2014;35:59-63. doi:10.1016/j.yebeh.2014.04.005. PMID:24798411.
11. Hedrich V, Brandt C. Patient-reported outcome measures in persons with epilepsy - Part I: detection of depression and anxiety. *Epilepsy Behav*. 2026;179:110907. doi:10.1016/j.yebeh.2026.110907. PMID:41812436.

12. Oliveira GNM, Araújo Filho GM, Kummer A, Salgado JV, Portela EJ, Sousa-Pereira SR, *et al.* Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E): versão brasileira de um instrumento de rastreamento. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2011;17(2):49-53. doi:10.1590/S1676-26492011000200004.
13. Josephson CB, Jetté N. Psychiatric comorbidities in epilepsy. *Int Rev Psychiatry.* 2017;29(5):409-24. doi:10.1080/09540261.2017.1302412. PMID:28681667.
14. Kissani N, Lengané YTM, Patterson V, Mesraoua B, Dawn E, Ozkara C, *et al.* Telemedicine in epilepsy: how can we improve care, teaching, and awareness? *Epilepsy Behav.* 2020;103(Pt A):106854. doi:10.1016/j.yebeh.2019.106854. PMID:31917142.
15. Ahmed SN, Mann C, Sinclair DB, Heino A, Iskiw B, Quigley D, *et al.* Feasibility of epilepsy follow-up care through telemedicine: a pilot study on the patient's perspective. *Epilepsia.* 2008;49(4):573-85. [CONFERIR PAGINAÇÃO/DOI ANTES DA SUBMISSÃO]. PMID:18076644.
16. Datta P, Barrett W, Bentzinger M, Jasinski T, Jayagopal LA, Mahoney A, *et al.* Ambulatory care for epilepsy via telemedicine during the COVID-19 pandemic. *Epilepsy Behav.* 2021;116:107740. doi:10.1016/j.yebeh.2020.107740. PMID:33545652; PMCID: PMC8803629.
17. Yardi R, McLouth CJ, Mathias S, Jehi L. Telemedicine as a path to bridging inequities in patients with epilepsy. *Epilepsia.* 2023;64(12):3238-45. doi:10.1111/epi.17793. PMID:37811672.
18. Sahu JK, Coan AC, Chan J, Jovic-Jakubi B, Dhir P, Niveditha M, *et al.* Applications and impact of telemedicine for persons with epilepsy: a scoping review. *Seizure.* 2026;136:107-16. doi:10.1016/j.seizure.2026.01.016. PMID:41774995.
19. Munger Clary HM, Snively BM, Topaloglu U, Duncan P, Kimball J, Alexander H, *et al.* Patient-reported outcomes via electronic health record portal versus telephone: a pragmatic randomized pilot trial of anxiety or depression symptoms in epilepsy. *JAMIA Open.* 2022;5(4):ooac052. doi:10.1093/jamiaopen/ooac052. PMID:36247085.
20. Narodova EA. Digital tools for seizure monitoring and self-management in epilepsy: a narrative review. *J Clin Med.* 2025;14(24):8701. doi:10.3390/jcm14248701. PMID:41464603; PMCID: PMC12733385.
21. Licchetta L, Trivisano M, Baldin E, Mohamed S, Raschi E, Mostacci B, *et al.* Telemedicine for Epilepsy Care (TELE-EPIC): protocol of a randomised, open-controlled non-inferiority clinical trial. *BMJ Open.* 2021;11(12):e053980. doi:10.1136/bmjopen-2021-053980. PMID:34862297; PMCID: PMC8646970.
22. Chagas MEV, Jacovas VC, Moreira TC, Constant HMRM, Rohden SF, Alves

- SS, *et al.* Are we adequately measuring patient satisfaction with telemedicine? A systematic review with a meta-analysis. *Telemed J E Health*. 2024;30(6):1522-38. doi:10.1089/tmj.2023.0530. PMID:38436274.
23. Spanos S, Hutchinson K, Ryder T, Rapport F, Goodwin N, Zurynski Y. Integrated care in epilepsy management: a scoping review of the models and components of health and social care delivery. *Int J Integr Care*. 2024;24(1):18. doi:10.5334/ijic.7659. PMID:38463746; PMCID: PMC10921962.
24. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
25. [AUTORIA COMPLETA NECESSITA DE VERIFICAÇÃO]. Exploring patients' views on telephone consultations in the seizure clinic: a qualitative interview study. *Epilepsy Behav*. 2024. PMID:39262923.
26. Rebello A, Chandrasekharan SV, Rudrabhatla PK, Vincent SJ, Menon RN, Radhakrishnan A. Satisfaction among persons with epilepsy towards physical consultation versus online video consultation for follow-up. *Epilepsy Behav*. 2023;140:109081. doi:10.1016/j.yebeh.2022.109081. PMID:36804715.
27. Wei [AUTORES COMPLETOS NECESSITAM DE VERIFICAÇÃO]. The relationship between anxiety and quality of life among people with epilepsy: the mediating effect of depression. *Epilepsy Behav*. 2025;[volume]:110274. doi:10.1016/j.yebeh.2025.110274. PMID:39908600.
28. Munger Clary HM, *et al.* Quality of life during usual epilepsy care for anxiety or depression symptoms: secondary patient-reported outcomes in a randomized trial of remote assessment methods. *Epilepsy Res*. 2024;[volume]:107396. doi:10.1016/j.eplepsyres.2024.107396. PMID:38908323; PMCID: PMC11457121.
29. Silva MHL, Lima JVS, Lopes IPS, Silva ACV, Lucchi IM, Oliveira GP, *et al.* Stigmas in epilepsy: systematic review and meta-analysis. *J Epilepsy Res*. 2025;15(1):23-32. doi:10.14581/jer.25003. PMID:40568055; PMCID: PMC12185920.
30. [AUTORIA COMPLETA NECESSITA DE VERIFICAÇÃO]. Living with epilepsy: what characterizes the everyday life of adults with epilepsy in Western countries? A systematic synthesis of qualitative studies. 2025. PMID:41386197.
31. Péliissié Du Rausas F, Lager I, Preux PM, Serghini Rousseau K, Martínez OA. Quality of life in people with epilepsy: associations with resilience, internalized stigma, and clinical factors in a low-income population. *Epilepsy Behav*. 2024;155:109801. doi:10.1016/j.yebeh.2024.109801. PMID:38669973.
32. Wang H, Liu X. Medication self-management in patients with epilepsy: a narrative review of current status, influencing factors, and intervention strategies. *Front Neurol*. 2025;16:1657256. doi:10.3389/fneur.2025.1657256. PMID:41394005; PMCID: PMC12695537.
33. Huang Y, Zhang M, Liu T. Effects of self-management education on quality

of life in patients with epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Epilepsy Behav.* 2025;168:110393. doi:10.1016/j.yebeh.2025.110393. PMID:40187140.

34. Donahue MA, Akram H, Brooks JD, Modi AC, Veach J, Kukla A, *et al.* Barriers to medication adherence in people living with epilepsy. *Neurol Clin Pract.* 2025;15(1):e200403. doi:10.1212/CPJ.0000000000200403. PMID:39610394.

35. Wang H, Liu X. Medication self-management in patients with epilepsy: a narrative review of current status, influencing factors, and intervention strategies. *Front Neurol.* 2025;16:1657256. doi:10.3389/fneur.2025.1657256. PMID:41394005; PMCID: PMC12695537.

36. Zöllner JP, Rosenow F, Schubert-Bast S, Roth C, Knake S, Eickhoff C, *et al.* Consultation requests and satisfaction with a telehealth network for epilepsy: longitudinal analysis of the Epilepsy Network Hessen Evaluation. *Telemed J E Health.* 2024;30(7):e2013-e2023. doi:10.1089/tmj.2023.0659. PMID:38683593.

37. Pushpa, Mamta, Phalswal U, Kalia R. Effectiveness of nurse led intervention on quality of life, cost effectiveness and drug management in patients with epilepsy: systematic review of randomized control trials. *Seizure.* 2025;133:80-87. doi:10.1016/j.seizure.2025.10.006. PMID:41110242.