

SANDRA NUNES GAIO

EPILEPSIA ROLÂNDICA – UM ESTUDO DE CASO

PONTAL DO PARANÁ

2004

SANDRA NUNES GAIO

EPILEPSIA ROLÂNDICA – UM ESTUDO DE CASO

Projeto da Monografia apresentada como requisito parcial à conclusão do Curso de Especialização em Inclusão e Educação Especial, realizado pelo Setor de Psicologia da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Márcia R. Sá Guimarães

PONTAL DO PARANÁ

2004

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	
A EPILEPSIA	3
1.1. <i>Classificação segundo Reisner</i>	5
1.2. <i>Classificação das Epilepsias e Síndromes Epilépticas da Liga Internacional de Epilepsia</i>	10
CAPÍTULO II	
A EPILEPSIA ROLÂNDICA	12
CAPÍTULO III	
ESTUDO DE CASO	15
3.1. <i>O Histórico Pessoal</i>	15
3.2. <i>A Epilepsia</i>	15
3.3. <i>O Atendimento</i>	16
3.4. <i>A Escolaridade</i>	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

INTRODUÇÃO

Justificativa

É claro que as escolas têm em meio aos seus clientes, alunos com epilepsia. Percebe-se claramente, no trabalho dentro das instituições de ensino que, poucos tem o real conhecimento do que este distúrbio significa, gerando-se, por conseqüência, um misto de preconceito e temor, além da impotência ante o fato.

Com base nestes fatos, entende-se a necessidade de um estudo mais sistemático sobre o assunto, como meio de esclarecer/informar os profissionais que tem contato com esta realidade, para que haja uma melhor condução da aprendizagem, do convívio social e familiar.

Em pleno século XXI, em um momento em que se trata da inclusão de alunos portadores de necessidades especiais, ainda há segregação destas crianças/jovens que estão inseridos, na maioria das vezes, no ensino regular.

Para tanto se faz necessário aprofundar este mecanismo tão complexo, o cérebro, o qual tão pouco se conhece. A partir daí, poderá começar a elucidar o que ocorre com o paciente epilético, em especial o portador da Síndrome Rolândica, levantando-se o que se fazer dentro do sistema escolar, que meios a escola poderá se utilizar para que o estudante não tenha prejuízos em sua aprendizagem.

Objetivo Geral

Compreender o que é epilepsia, como e onde ocorre e desta maneira, fornecer subsídios para os educadores, pais e demais profissionais envolvidos com o processo de aprendizagem do indivíduo, em especial a Síndrome Rolândica.

Objetivos Específicos

Analisar o histórico de vida de uma aluna portadora da epilepsia rolândica.

Verificar como funciona o cérebro e onde ocorre esta epilepsia, bem como a forma de convulsão.

Esclarecer como agir ante um aluno em crise e que restrições há para este tipo de clientela.

Elucidar os aspectos da medicação administrada e sua influência na aprendizagem.

CAPÍTULO I – A EPILEPSIA

BEARZOTI (1986) cita que o termo epilepsia vem do grego que significa “tomar de surpresa”, pela forma inesperada e súbita da crise convulsiva. Antigamente acreditava-se que eram provenientes de possessões de demônios ou intervenção dos deuses.

Ainda hoje, segundo BEARZOTI (1986), há crenças populares que a epilepsia tem relação com o retardo mental, distúrbio de comportamento, dificuldades escolares, incapacidade para o trabalho ou para outras atividades, além de que pode ser transmissível pela saliva, durante as crises. Isso se dá pelo desconhecimento do funcionamento do cérebro e que isto é uma manifestação de alguma coisa que a provoca, ou seja, consequência e não causa.

BEARZOTI (1986) afirma que a maioria dos epiléticos tem inteligência normal ou acima do normal, podendo tomar-se como exemplo: Dostoievski, Flaubert, Machado de Assis, Van Gogh, Napoleão e D. Pedro I. A epilepsia é um distúrbio do cérebro potencialmente tratável na maioria dos casos. Com diagnóstico precoce e tratamento apropriado, três quartos dos pacientes podem levar uma vida normal.

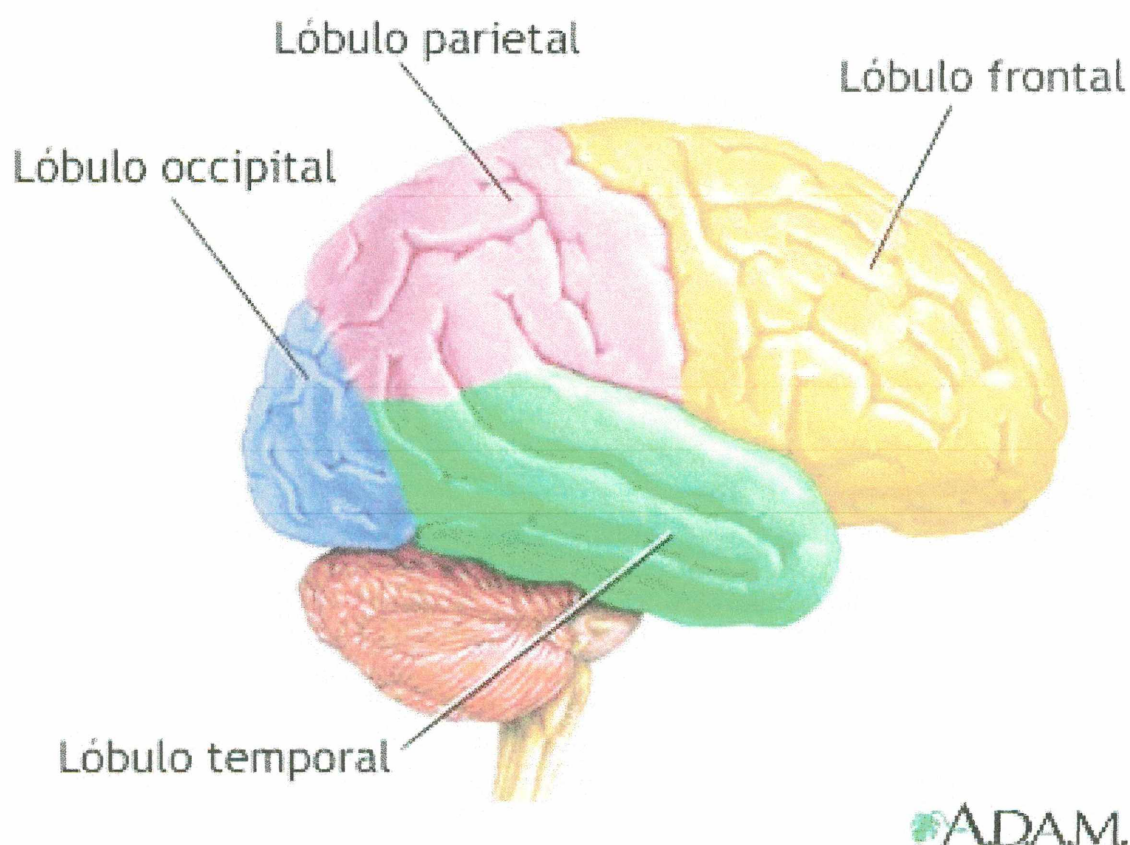
As características fundamentais, da epilepsia, segundo SEPÚLVEDA (2000), são:

- a) Descarga súbita excessiva, rápida da substância cinzenta.
- b) Tendência à recorrência.
- c) *Disfunção encefálica que se repete.*

APPLENTON (2000) esclarece que a epilepsia é um nome usado na medicina, para uma perturbação da saúde (doença), em que a pessoa tem crises ou ataques repetidos. Essas crises ou “acessos” são de origem cerebral, resultado de uma alteração do sistema nervoso, como BEARZOTI (1986) comenta que isto pode ser proveniente de: rubéola e toxoplasmose (durante a gravidez), traumatismo de parto, cisticercose cerebral, traumatismo de crânio, encefalite, meningite,

complicações de doenças infantis (sarampo, caxumba), além de tumores, doenças degenerativas, metabólicas e do fator hereditário, entre outros. A falha, geralmente, se resume na perda do equilíbrio entre os diversos neurotransmissores, podendo ocorrer nas diversas regiões do cérebro. Noventa por cento dos casos surge nos hemisférios cerebrais, cita APPLENTON (2000).

Cada um dos hemisférios cerebrais é dividido em quatro áreas: frontais, parietais, temporais e occipitais, tendo como funções, descritas por APPLENTON (2000), da seguinte forma:



Lobos Frontais: são responsáveis pelo controle dos nossos movimentos voluntários e por alguns aspectos de nosso comportamento e emoções.

Lobos Parietais: têm por funções a percepção do toque (sensação) e pelo

controle de alguns movimentos involuntários. Também estão envolvidas nas aptidões como: ler, escrever e se vestir.

Lobos Temporais: controlam a fala, a linguagem e a audição, sensações de medo e raiva, funções intestinais e da bexiga. Também fazem parte do comportamento.

Lobos Occipitais: são responsáveis pela visão e pela interpretação do que vemos.

Dependendo da área afetada, as crises poderão se evidenciar com características diferentes. Mas o que significa isso?

Para APPLINGTON (2000), o Ataque Epiléptico (termo técnico) é um episódio súbito e descontrolado da atividade elétrica excessiva do cérebro, também sendo conhecido como: convulsões, ataques ou desvios.

Já SEPÚLVEDA (2000) descreve a convulsão como uma contração involuntária da musculatura corporal, enquanto que crise é todo o ataque de origem cerebral, recorrente, transformando um indivíduo saudável ou agravando um estado patológico crônico.

1.1. Classificação segundo REISNER (1996):

1.1.1. Generalizadas: têm por características atingir o cérebro como um todo. Provavelmente com início na estrutura central profunda e estende-se para os dois lados. Divide-se em quatro tipos importantes (que afetam as crianças):

1.1.1.1. Crise de Ausência: A atividade cerebral normal é interrompida. Apresenta olhar sem foco, podendo virá-los para cima e ocasionalmente, pisca ou se sacode repetidamente, deixa cair objetos da mão e pode apresentar movimentos involuntários leves, chamados de automatismos. Dura alguns segundos e desaparece. Quando ocorrem várias vezes ao dia podem ser confundidos com

desatenção, afetando o desempenho escolar. É considerada relativamente benigna.

1.1.1.2. **Convulsões Mioclônicas:** Apresentam abalo muscular que pode ser brando ou exacerbado (neste caso, levam a criança ao chão). Geralmente associadas a condições mais severas, com prejuízos progressivos.

1.1.1.3. **Ataques Atônicos:** Há a perda repentina de tônus muscular e inabilidade em manter a posição ereta. Recomenda-se o uso de capacete de proteção.

1.1.1.4. **Convulsões Tônico-Clônicas:** Na fase tônica o corpo fica rígido, enquanto que na fase clônica surgem os movimentos involuntários bruscos. Segue-se, então, sono profundo ou confusão temporária. Pode haver descontrole dos esfíncteres e até mesmo queixa de dores musculares e de cabeça.

1.1.2. **Convulsões Parciais:** Afetam áreas circunscritas do cérebro. Dividem-se em:

1.1.2.1. **Parciais Simples:** A criança permanece consciente. Pode apresentar movimento involuntário de uma parte do corpo, quando afeta células nervosas responsáveis pelo movimento. Também pode atingir a região sensorial, provocando sensações anormais. Se for atingido o lobo temporal poderão se apresentar sensações psíquicas anormais.

1.1.2.2. **Parciais Complexas:** Poderá resultar em alteração ou perda da consciência. Em alguns casos manifestam-se automatismos como: mastigar, mexer a roupa, estalar os lábios, entre outros.

É necessário ressaltar, como afirma REISNER (1996), que independente de apresentar convulsões simples ou complexas, esta poderá se estender afetando todo o cérebro, resultando na perda de consciência ou numa convulsão generalizada

tônico-clônica. A isto se denomina Convulsão Secundária Generalizada.

Segundo REISNER (1996), constata-se que as com convulsões poderão trazer conseqüências:

- a) **Neurológicas:** Alterações nas células cerebrais, principalmente nas convulsões severas e prolongadas, tendo também como agravante, os casos que apresentam pressão arterial baixa e alterações metabólicas. Os resultados serão sutis ou óbvios, conforme a gravidade do dano ao cérebro; entretanto, não existem evidências confiáveis que apontem que as crises de ausência ou convulsões isoladas tônico-clônicas provoquem danos.
- b) **Psicológicas:** Os problemas emocionais poderão ser amplos, tais como: rebeldia, baixa auto-estima, agressividade,

Com o passar dos anos e o aprofundamento do estudo, alguns termos sofreram alterações, como nos coloca APPLINGTON (2000):

NOME ANTIGO	TERMINOLOGIA ATUAL
Pequeno Mal	Ausência
Solavanco	Mioclônico
Queda	Atônico ou Astático
Enrijecimento	Tônico
Solavancos Repetitivos	Clônico
Grande Mal	Tônico-Clônico

Cabe ressaltar, como esclarece BEARZOTI (1986), sobre as situações Não Epilépticas e que não devem ser confundidas com as listadas abaixo:

Desmaio Simples: trata-se de um mal-estar, com escurecimento da visão e perda dos sentidos por alguns segundos, ficando bastante pálido e transpirando muito.

Crises de Nervosismo: são ocasionadas por tensão nervosa, podendo

haver sensação de sufocação, choro, agitação. Muitas vezes, o indivíduo não recorda o que ocorreu durante a crise.

Perdas de Fôlego: resulta em desmaio, apresentando a boca roxa e flácida.

Terror Noturno: é quando a criança, durante a noite, grita, agita-se, dando a impressão de medo, não conseguindo se acalmar, mesmo com a presença dos pais e, no dia seguinte, não se recorda do ocorrido.

Hipoglicemia: resume-se a queda da quantidade de açúcar no sangue (glicose). Apresenta moleza, sonolência, irritação, suor frio. A queda do açúcar no sangue costuma acontecer por jejum prolongado ou pessoas que têm maior facilidade para entrar nesse tipo de crise.

Convulsões Febris: é resultante de uma doença não localizada no sistema nervoso. Geralmente acomete crianças de 6 meses à 5 anos de idade, podendo se repetir. Duram alguns minutos e na maioria dos casos não são acompanhadas de complicações para o sistema nervoso. Na maioria dos casos são tratados com anticonvulsivantes até os 05 anos aproximadamente.

APPLENTON (2000) complementa com outras condições que, igualmente, não devem ser confundidas com o ataque epiléptico:

Tremedeira do recém-nascido.

Sono Mioclônico Benigno no Neonato: pode ocorrer em bebês com menos de 7 ou 8 meses de idade, apresentando movimentos involuntários dos braços, pernas ou corpo, somente quando estiver dormindo. Movimentos semelhantes ocorrem em crianças maiores e em adultos, também durante o sono, e são chamados de Movimentos Involuntários Hipnagógicos ou Hípnicos.

Ataques de Suspensão da Respiração com Cianose: são bastante comuns em crianças de 15 meses à 3 anos, que apresentam o quadro após serem contrariadas ou frustradas, prendendo deliberadamente a respiração, ficando cianóticas; podem desmaiar e ficarem moles, tendo duração de 1 à 2 minutos.

Ataques de Anoxia Reflexa: também chamados de ataques sincopais pálidos. Normalmente acomete crianças entre 15 meses à 4 ou 5 anos,

porém também podem ocorrer nas maiores. Tem por característica um medo súbito ou dor repentina, seguido de choro, palidez, rigidez, após isso, moleza. Pode haver um a dois movimentos bruscos com os braços ou pernas. Após alguns minutos, a criança se recupera, dá um grito e a cor volta ao rosto.

Vertigem Paroxística Benigna: Surge no intervalo de 2 à 9 anos, repentinamente e sem razão aparente, ficam assustadas e podem se agarrar aos pais ou a um móvel. Alguns relatam que o local, em que estão, parece estar girando. O mal estar passa em alguns segundos. Não há confusão ou sonolência após o episódio.

Enxaqueca: é um tipo severo de dor de cabeça e muitas vezes, precedido de uma aura visual.

Narcolepsia: o indivíduo dorme repentinamente, em qualquer lugar e hora, dura em torno de 30 segundos ou alguns minutos. Normalmente se manifesta a partir dos 14 ou 15 anos.

Tiques e Maneirismos: envolvem movimentos involuntários regulares e repetidos (piscar os olhos, movimentar a cabeça, levantar os ombros, etc.). São mais comuns em meninos e piora quando a criança é provocada, está tensa ou cansada. Há um certo grau de controle e habitualmente desaparece.

Coreoatetose Paroxística: são movimentos de contorção e balanço dos braços resultante de tensão emocional ou movimento súbito.

Disritimias Cardíacas: resume-se a anormalidades no ritmo ou índice cardíacos.

Hiperventilação: resulta do ar em excesso, através da respiração muito forte ou rápida, freqüentemente devido a um ataque de pânico.

Pseudo-ataques: tem como fundo uma causa psicológica. Mais comum em meninas, principalmente na adolescência.

Da mesma forma como há vários tipos de convulsões, existe também mais de um tipo de epilepsia, também conhecidos como Síndromes Epilépticas.

Segundo APPLINGTON (2000), síndrome é um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem juntos, de maneira não aleatória e sem coincidência.

Neste ponto, fica claro a necessidade de definir o tipo de ataque para,

então, reconhecer as diversas síndromes. Para o diagnóstico leva-se em consideração, conforme nos explicita APPLINGTON (2000):

- a) Tipos de ataques ou o que a criança (família) descreveu;
- b) Idade em que os ataques começaram;
- c) Desenvolvimento da criança e capacidade de aprendizagem e
- d) O que mostra o Eletroencefalograma (EEG)

1.2. Classificação das Epilepsias e Síndromes Epilépticas da Liga Internacional de Epilepsia

Conforme resumo de classificação das Epilepsias e Síndromes Epilépticas, realizada pela Liga Internacional de Epilepsia (Commission, 1989, Tabela II), tem-se:

1.2.1. Síndromes e Epilepsias Localizadas (locais, focais e parciais)

1.2.1.1. *Idiopática (com início relacionado à idade)*

Epilepsia benigna da infância com espícula centro-temporal

Epilepsia da infância com paroxismos occipitais

Epilepsia primária da leitura.

1.2.1.2. Sintomática

Epilepsia parcial contínua progressiva crônica

Síndromes com quadros específicos de manifestação

Epilepsia lobo temporal

Epilepsia lobo frontal

Epilepsia lobo parietal

Epilepsia lobo occipital

1.2.1.3. Criptogênica

1.2.2. Síndromes e Epilepsias Generalizadas

1.2.2.1. Convulsão familiar neonatal benigna

Convulsão neonatal benigna

Epilepsia mioclônica benigna do lactente

Epilepsia ausência da infância

Epilepsia ausência juvenil

Epilepsia mioclônica juvenil

Epilepsia com crises tônico-clônicas ao despertar

- Outras epilepsias idiopáticas generalizadas
- Epilepsias desencadeadas por modos específicos de ativação.
- 1.2.2.2. Criptogênica ou Sintomática
 - Síndrome de West
 - Síndrome de Lennox-Gastaut
 - Epilepsia mioclônico-astática
 - Epilepsia com ausências mioclônicas.
- 1.2.2.3. Sintomática
 - Etiologia inespecífica
 - Encefalopatia mioclônica precoce
 - Encefalopatia epiléptica infantil precoce com surto-supressão
 - Outras epilepsias generalizadas sintomáticas.
- 1.2.2.4. Síndromes específicas
 - Crises epilépticas complicando outras doenças.
- 1.2.3. Síndromes e Epilepsias Indeterminadas se Focais ou Generalizadas
 - 1.2.3.1. Com Crises Focais e Generalizadas Crises neonatais
 - Epilepsia mioclônica grave do lactente
 - Epilepsia com espícula-onda lenta contínua durante sono lento
 - Afasia epiléptica adquirida
 - Outras epilepsias indeterminadas.
 - 1.2.3.2. Sem Inequivocas Características Focais ou Generalizadas
- 1.2.4. Síndromes Especiais
 - 1.2.4.1. Crises Circunstanciais
 - Convulsões febris
 - Crises isoladas ou estado de mal isolado
 - Crises que ocorrem somente em evento tóxico ou metabólico.

CAPÍTULO II – A EPILEPSIA ROLÂNDICA

Segundo REISNER (1996), esta síndrome tem um prognóstico favorável. Sugere que esta também pode ser denominada de convulsão parcial de infância ou convulsão parcial idiopática. Complementa que ocorre nos primeiros dez anos de vida, e as convulsões ocorrem durante a noite, sendo do tipo motoras parciais. Responde bem ao uso de medicamentos, sendo que o quadro geralmente desaparece durante a adolescência. Ainda enfoca que a criança normalmente tem distúrbios neurológicos subjacentes, tendo um risco ínfimo de convulsões severas.

APPLENTON (2000) esclarece que é uma forma benigna de epilepsia, pois os ataques são, geralmente, controlados facilmente com uma única droga antiepiléptica e que ela “se detém” ou “vai embora” por si só, no fim da infância (remissão espontânea), tendo, por consequência a suspensão das drogas antiepilépticas, geralmente ocorre entre os 13 e 16 anos de idade, porém pode acontecer antes. A suspensão do medicamento não é imediata, pois não há meios de se prever quando elas irão parar. Após um intervalo de dois a três anos, a dose será diminuída gradativamente, em um prazo não inferior a 6 – 8 semanas(e às vezes por mais tempo), antes de ser suspensa. Caso haja uma parada abrupta do remédio pode se levar a uma condição grave chamada status epiléticos. Há possibilidade de que, depois do tratamento ser suspenso, os ataques voltem, se isso for ocorrer será poucas semanas ou meses depois da parada de ingestão da droga, mas não pode acontecer depois de um ou dois anos. Se as crises voltarem, é provável que sejam do mesmo tipo das que já ocorriam. Cita que algumas crianças só se mostram epiléticas durante o sono e nunca quando estão acordadas, em especial na Epilepsia Rolândica, em que ocorrem ao dormir ou durante o sono ou, então, ao acordar. A razão, deste período de ataque, não está explicado, mas o autor disserta que como o cérebro está relativamente inativo, então há maior probabilidade de convulsões. Por este motivo, justifica-se o Eletroencefalograma se realizar durante o sono ou após um período de privação, porque aumenta a possibilidade de que sejam mostrados sinais elétricos anormais.

SEPÚLVEDA (2000) descreve a Epilepsia Benigna de Pontas Rolândicas com as seguintes particularidades:

- 2.1. Surge predominantemente na Segunda Infância;
- 2.2. As crises têm freqüências e formas variáveis, porém, geralmente, são parciais e ocorrem no sono;
- 2.3. O Eletoencefalograma (EEG) intercrítico demonstra paradoxismos em relação à região rolândica;
- 2.4. Atinge crianças sem lesão cerebral, antiga ou em evolução;
- 2.5. Cura constante, próximo a puberdade.

Acrescenta (SEPÚLVEDA, 2000) que tem por características gerais ser peculiar aos infantes, sendo que a primeira crise se manifesta entre os 03 e 12 anos e nos 83% dos casos entre os 04 e 10 anos. A incidência é maior em meninos do que meninas. O sofrimento perinatal aparece em 12 a 13% dos casos, entretanto, é sempre benigna e não deixa déficit neuropsíquico. A predisposição hereditária atinge 13 a 18% dos casos, ligado a um gene autossômico dominante, ligado a idade.

O mesmo autor (SEPÚLVEDA, 2000) reforça que as crises ocorrem durante o sono, em clima de desvario, em que os pais acordam com os ruídos que a criança manifesta durante a convulsão ou pela sua agitação quando a crise termina. Estes episódios conseguem ser caracterizados, na maioria dos casos, pelos elementos:

- a) Abalos clônicos em um lado do corpo (7%), ocorrem predominantemente na primeira infância, entre 2 e 5 anos;
- b) Crises que englobam a hemiface (28%), clônica ou tônica;
- c) Abalos clônicos, contrações tônicas, mais raramente, crise atônica em um braço, em uma perna.
- d) Os sinais orofaríngeos são registrados em mais da metade dos casos (53%), hiper salivação, ruído de deglutição, de gorgolejo, ruídos na garganta e na língua, movimentos de mandíbula, mastigação, sensações anômalas na boca (formigamento nas gengivas, na boca, na língua, garganta seca, impossibilidade de

mover a língua e engolir a saliva, sensação de sufocação, impossibilidade de abrir a boca);

- e) Distúrbios paroxísticos da linguagem em 40 % dos casos;
- f) Crises simples, principalmente as diurnas (que são mais raras), sem perda de consciência, hemifaciais;
- g) Crise rica, predominantemente noturna, atingem a esfera bucofaríngea. Em 60% dos casos a crise é consciente.

SEPÚLVEDA (2000) afirma que pode haver outras formas de crises, embora mais raras, tanto de forma isolada, quanto associadas às anteriormente mencionadas, inclusive podendo haver associação à ausência. Estas crises têm duração variável, mas em 2/3 dos casos, não ultrapassa de cinco minutos.

Também é citado por SEPÚLVEDA (2000) que o exame neurológico é normal, entretanto, com freqüência é assinalado com alterações no comportamento nas crianças com Epilepsia Parcial Benigna de Pontas Rolândicas, como por exemplo: instabilidade, hipereomotividade, agressividade. Mais raramente apresentam tiques e enurese. Tais alterações não são graves, porém podem ocasionar dificuldades de aprendizagem, surgindo, às vezes, algumas semanas antes da primeira crise.

CAPÍTULO III – ESTUDO DE CASO

3.1. O Histórico Pessoal

M. M. K. foi fruto de uma gravidez planejada, em que a mãe contava com vinte e oito e o pai vinte e nove anos, sendo heterosangüíneos. A gravidez teve acompanhamento pré-natal, ocorrendo um sangramento em torno da quarta semana, por deslocamento da placenta. A mãe passou então, a ingerir medicamento e ficou em repouso por quinze dias. Apesar deste fato o nascimento ocorreu aos nove meses, em 12 de outubro de 1993, no Hospital Londrina, em Cambé - PR, através de cesariana, por haver pouca dilatação. Após o nascimento, a criança demorou cerca de duas horas para ser levada ao quarto, tendo quarenta e sete centímetros e três quilos, cento e quarenta gramas. Recebeu alta hospitalar junto com a mãe.

Tanto o desenvolvimento psicomotor e de linguagem ocorreram dentro do esperado. Chupou o dedo nos primeiros meses. Contraindo catapora aos três anos e tomou todas as vacinas. Amamentou quatro meses e fez uso de mamadeira até os sete anos aproximadamente. Alimenta-se bem fazendo quatro refeições diárias. Dorme bem, em companhia da irmã mais nova e eventualmente apresenta enurese. Tem bom relacionamento social com crianças e adultos.

3.2. A Epilepsia

Apresentou a primeira convulsão com novembro de 1998, quando contava com cinco anos e um mês, porém foi diagnosticada como uma “crise de vermes” (sic). O segundo episódio foi em fevereiro de 2000, quando o médico de plantão explicou que era uma convulsão e indicou o tratamento com Gardenal, orientando a mãe para consultar um neuropediatra e, então

começou o tratamento de M. M .K. Neste ano ocorreram várias crises, até que em dezembro do ano acima citado foi alterado, gradativamente a medicação para o Tegretol, como tratamento para a Epilepsia Rolândica. A última convulsão ocorreu em 20 de setembro de 2003. Sua dosagem é de 200 mg, duas vezes ao dia. SEPÚLVEDA (2000) comenta que esta droga é particularmente eficaz na epilepsia rolândica, pois não compromete a função cognitiva durante o período de administração.

Este quadro é considerado benigno (descrito no capítulo anterior) e por ter cura constante, próximo da puberdade.

3.3. O Atendimento

Todas as suas convulsões ocorreram ao dormir ou ao acordar, nunca tendo sido presenciado no ambiente escolar. Porém por se tratarem de crises generalizadas (tônico-clônicas) o procedimento deverá ser, segundo BEARZOTI (1986):

- Manter a calma.
- Remover o paciente somente se o ambiente oferecer algum perigo (ex.: em vias de circulação de automóveis).
- Colocar uma almofada ou roupa embaixo da cabeça para impedir ferimentos.
- Afrouxar a roupa (colarinho, cintura).
- Se estiver com a boca aberta coloque um lenço entre os dentes.
- Não esfregar nenhuma substância no corpo (vinagre ou álcool), nem tente fazê-lo ingerir algo.
- Não tentar limitar os movimentos do paciente.
- Cessado os movimentos convém virar a pessoa de lado para que a saliva possa escorrer facilmente.
- Se o paciente sentir sono, deixe-o dormir.

- Caso ocorra outra convulsão depois de alguns minutos, procure assistência médica. O tempo entre estas crises é chamado de “estado epiléptico” e neste momento podem ocorrer lesões cerebrais.

APPLENTON (2000) já indica estes procedimentos:

- Coloque-o em posição lateral para facilitar a respiração.
- Afaste móveis ou outros objetos duros para evitar ferimentos.
- Proteja a cabeça do paciente colocando embaixo uma almofada, casaco ou as mãos e os braços de quem estiver socorrendo.
- Só remova-o caso esteja em perigo imediato, como: escadarias ou fogo.
- Não o deixe sozinho até que tenha se recuperado por completo.
- Não coloque nada na sua boca, pois isto não é seguro e pode resultar em danos em seus dentes ou resultar em uma mordida no atendente.

As indicações sugeridas por REISNER (1996) são:

- Ao perceber o início da convulsão posicione o paciente deitado no chão para evitar uma possível queda.
- Retire os objetos a sua volta.
- Coloque algo macio sob a cabeça como toalha ou almofada.
- Não prenda seus movimentos.
- Deixe-a virada lateralmente para que não se engasgue com a própria saliva e mantenha nesta posição até que a convulsão termine.
- Não force objetos duros entre os dentes cerrados, pois não há risco dele engolir sua língua.
- Caso o paciente vomite antes ou depois da convulsão, bem como se perder o controle do esfíncter, aguarde até o final da crise e ajude-a a se limpar de maneira tranqüila e natural.

- A convulsão não deve demorar mais do que dez minutos, porém poderá levar horas até recobrar a consciência e acordar. Neste período ela

poderá se apresentar aérea, confusa, irritada, cansada ou sonolenta.

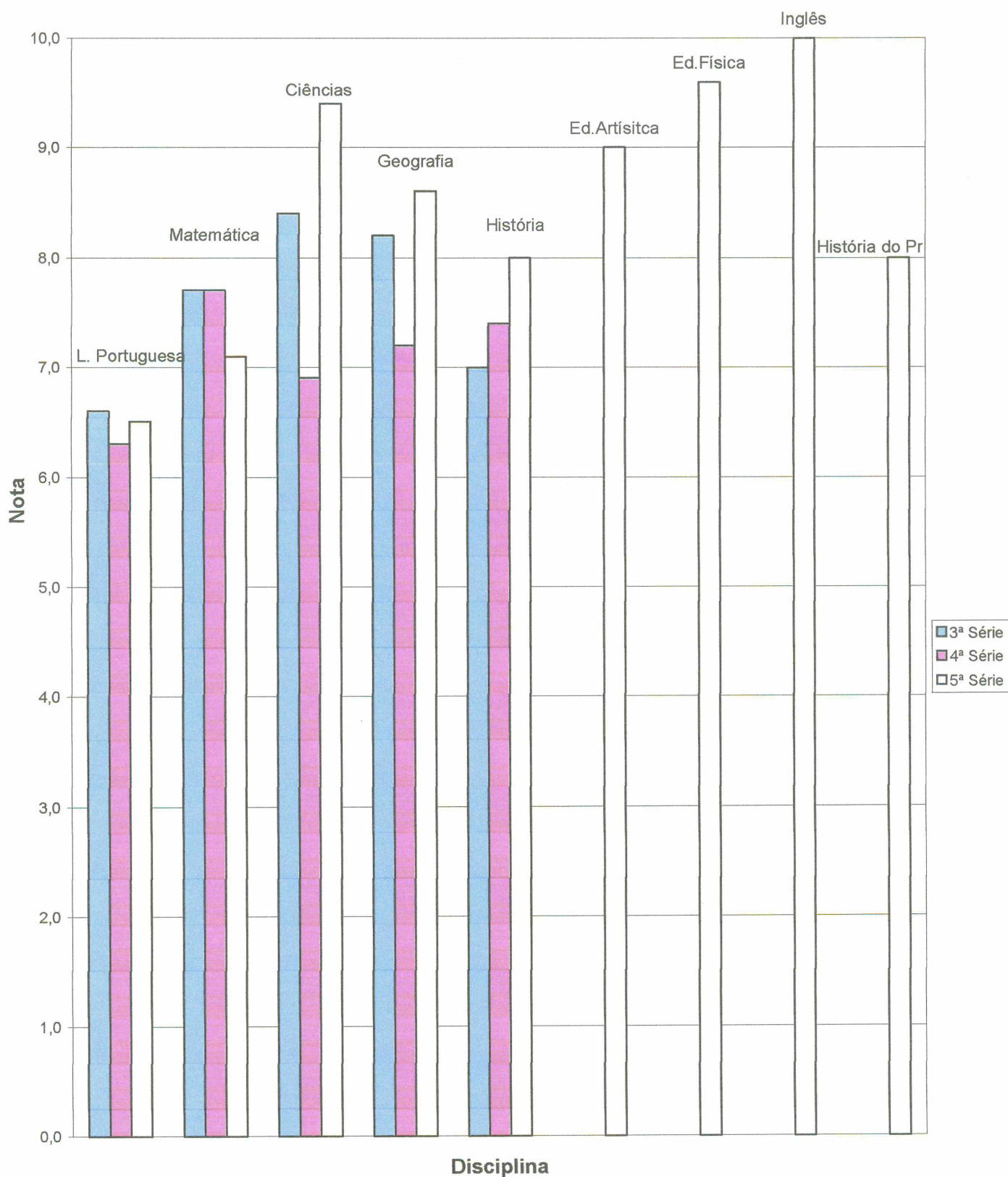
- Deixe-a então num local confortável e se ela quiser deixe-a dormir.
- Verifique quanto tempo ela ficou convulsionando.
- Ligue para os pais comunicando o ocorrido.

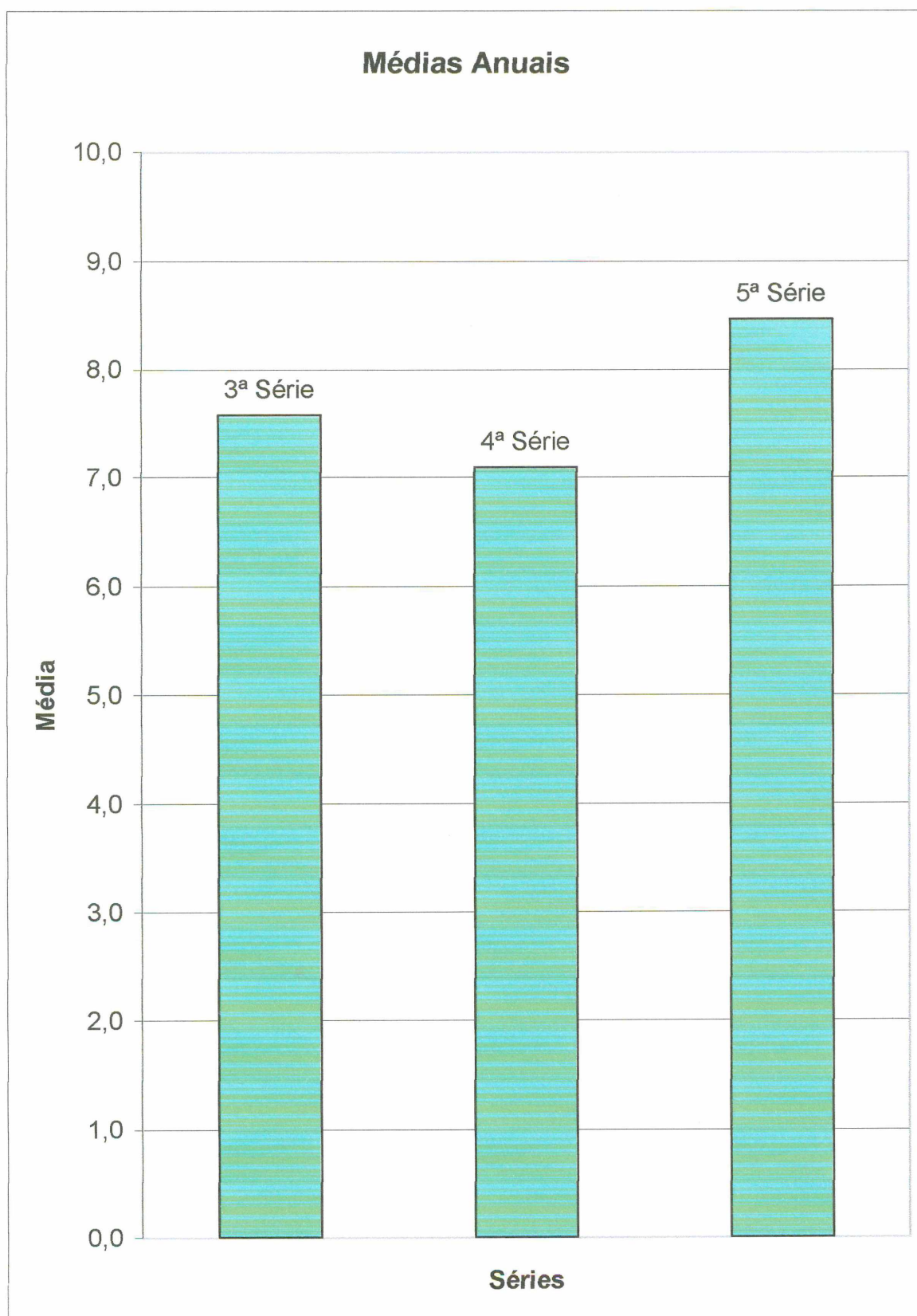
3.4. A Escolaridade

No que tange a sua evolução escolar, M.M.K. ingressou em Escola Pública no ano de 2000, na primeira etapa do Ciclo Básico, sendo promovida ao término de 2001 para a terceira série. Nos anos subseqüentes, cursou a série anteriormente referida (2002), quarta (2003) e quinta (2004), nunca apresentando reprovações. Seu rendimento escolar sempre foi satisfatório. Nos dois primeiros anos, pela característica do Ciclo Básico de Alfabetização, não foram atribuídas notas e sim pareceres, conforme a legislação pertinente (Deliberação 28/88), mas nas demais séries seu desempenho segue demonstrado nos gráficos abaixo relacionados:

	L. Port.	Mat.	Ciências	Geogr.	Hist.	Ed. Art.	Ed. Física	Inglês	Hist. Pr
3ª Série	6,6	7,7	8,4	8,2	7,0				
4ª Série	6,3	7,7	6,9	7,2	7,4				
5ª Série	6,5	7,1	9,4	8,6	8,0	9,0	9,6	10,0	80

Desempenho Escolar





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de todo o processo de pesquisa o assunto mostrou-se de extrema relevância, abrindo novas perspectivas para o trabalho educacional.

Esta produção é uma pequena parcela que poderá contribuir para outros estudos mais amplos.

Faz-se necessário que as escolas tenham maior interesse nos estudos que envolvam esta população pois, a partir desta postura, poderá se modificar mitos e crenças infundadas que ainda vigoram na sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPLETON, R.E.; CHAPPELL, B.; BEIRNE, M. **Tudo Sobre Epilepsia**. São Paulo: Andrei, 2000.

REISNER, H. (org.). **Crianças com Epilepsia**. São Paulo: Papyrus, 1996.

SEPÚLVEDA, F. C. A. **Manual de Epilepsia**. Rio de Janeiro. Colina, 2000.

BEARZOTI, P.; FONSECA, L.C. **Como Enfrentar a Epilepsia**. São Paulo: Ícone, 1986.

GUERREIRO, C.A.M; GERREIRO, M.M. **O Paciente Otimamente Controlado**. http://www.epilepsia.org.Br/epi2002/show_livro1.asp?cap=42; Download realizado em 2004.

DIEZ, C. L. F.; HORN, G. B. **A Construção do Texto Acadêmico**. Curitiba: Gráfica Popular, 2002.