

ELIANE TEREZA CARNEIRO BRANDÃO

AS PROVÁVEIS DECORRÊNCIAS
DA EPILEPSIA NA APRENDIZAGEM ESCOLAR

CURITIBA

1986

AS PROVÁVEIS DECORRÊNCIAS
DA EPILEPSIA NA APRENDIZAGEM ESCOLAR

Trabalho de Monografia apresentado
ao Curso de Especialização em Educação Especial, do Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação do Setor de Educação, da Universidade Federal do Paraná.

CURITIBA

1986

ORIENTADORA

Prof.^a DENISE GREIN SANTOS

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO.....	04
1.1 - Justificação.....	04
1.2 - Formulação do Problema.....	05
1.3 - Delimitação do Problema.....	05
1.4 - Objetivos da Monografia.....	05
1.5 - Definição de Termos.....	06
II - DESENVOLVIMENTO.....	07
2.1 - Histórico.....	07
2.2 - A Crise Epilética.....	08
2.3 - Classificação das Crises Epiléticas.....	11
2.4 - Formas Clínicas.....	14
2.5 - Distúrbios de Comportamento da Criança Epilética.....	21
2.6 - Inteligência e epilepsia.....	23
2.7 - Epilepsia e Desenvolvimento Psíquico da Criança.....	24
2.8 - Caracterização do Diagnóstico Precoces.....	26
2.9 - Características do Tratamento Precoces.....	28
2.10- Características Psicopedagógicas do Aluno.....	30
2.11- Reeducação Psicomotora.....	32
2.12- Orientação aos Pais.....	35
III - CONCLUSÃO.....	36
IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

I - INTRODUÇÃO

O estudo da epilepsia apresenta importância primordial para todos os profissionais envolvidos no trato com crianças, devido ao fato de ser uma doença caracteristicamente infantil e juvenil, que normalmente conduz a graves problemas de conduta e baixo desempenho intelectual.

O doente epilético vive em um ambiente intrapsíquico familiar e social especial, desde a mais tenra idade os pais assustados com as crises tendem a lhe dar superproteção e tratamento diferenciado ao das demais crianças, além disso a ansiedade paterna pode condicionar comportamentos neuróticos pela demonstração de insegurança que a criança apresenta.

Os distúrbios mais graves de comportamento tendem a aparecer quando essa criança atinge a idade escolar e tem de conviver com colegas que a segregam por se assustarem com suas crises, com professores que não a compreendem e a criticam por sua dispersividade e inquietude - tudo isso faz com que a criança epilética se sinta malquista e rejeitada, ao que ela reage com mecanismos de agressão (apresentando comportamentos antissociais) ou de fuga recusando-se a ir a escola.

A crise convulsiva clássica com queda, inconsciência, convulsões e outras manifestações dificulta sua permanência na escola, os professores tem receio da ocorrência de acidentes nessas quedas e procuram evitar as demais crianças a emoção que normalmente sente quem assiste a uma crise epilética.

1.1 - Justificativa

O propósito desta monografia foi o de ocupar-se da possí-

"Alterações na inteligência e/ou personalidade dos indivíduos afetados por epilepsia representam complicações possíveis mas não inevitáveis. Um fator que diminuiria esse risco seria uma boa conduta terapêutica". (SAIDE, 1982)

Justifica-se este estudo, com base na literatura especializada, pela suspeita de que muitos transtornos da aprendizagem da criança epilética sejam resultantes de tratamentos tardios e incompletos. Tardios pela inexistência de prevenção neonatal, pela demora da identificação e do diagnóstico diferencial acarretando atrasos no início da farmacoterapia. Incompletos por se utilizarem de uma terapia baseada apenas em drogas anticonvulsivantes, sem considerar os aspectos sociais, familiares e situacionais da criança.

1.2 - Formulação do Problema

Quais as prováveis decorrências da epilepsia na Aprendizagem escolar?

1.3 - Delimitação do Problema

Este estudo por seu enfoque profilático dos distúrbios do comportamento e da aprendizagem da criança epilética, está voltado para a faixa etária de 0 a 6 anos.

1.4 - Objetivos

Este estudo tem por objetivos:

- a) Desenvolver um estudo descritivo da Síndrome Epilética.
- b) Analisar as prováveis decorrências da Síndrome Epilética na Aprendizagem Escolar.

1.5 - Definição de Termos

Os termos definidos nesta pesquisa são:

Síndrome epilética:

"Reunião de sinais e sintomas dependentes de causas diversas que se manifestam por meio de distúrbios paroxísticos, transitórios e recorrentes das funções cerebrais, diretamente relacionados com alterações da eletrogênese cerebral".²

Aprendizagem:

"Aprendizagem é o processo pelo qual uma atividade tem origem ou é modificada pela reação a uma situação encontrada, desde que as características da mudança de atividade não possam ser explicadas por tendências inatas de respostas, maturação ou estados temporários do organismo".³

² LEFÈVRE, Antonio Branco. Apud AJURIAGUERRA, J. de. Manual de psiquiatria infantil. 2.ed. São Paulo, Prensa, 1983. p. 337.

³ HINDCARP, Ernest. Behavioral Psychology. 1971. p. 11.

2.1 - Histórico

Históricamente a epilepsia é a mais antiga das moléstias conhecidas e descritas.

Na antiguidade lhe foi atribuída origem divina, em razão disso na Grécia as jovens que a apresentavam eram enviadas para a clausura dos oráculos, onde deveriam dedicar suas vidas a comunicação com os deuses.

Apesar de Hipócrates ter descrito seus sintomas e reconhecido seu caráter hereditário, além de afirmar que é a doença e não a divindade que altera o corpo, o estigma da posseção por maus espíritos reaparece na idade média.

Por muito tempo ela foi encarada como moléstia contagiosa, crença essa ainda existente em nossos dias entre as pessoas de menor nível cultural.

Em 1.670 Thomas Willis afirma sua origem cerebral e Hughling Jackson a define como " uma descarga ocasional súbita, excessiva, rápida e localizada na massa cinzenta". Experimentalmente essa afirmação é posteriormente confirmada através da excitação elétrica direta do córtex cerebral de animais.⁴

Em 1.929 Berger estabelece as bases do eletroencefalograma através do registro da atividade bioelétrica do cérebro humano, o qual só foi cientificamente decodificado a partir de 1.940, quando passou a ser utilizado como recurso para o diagnóstico médico.⁵ Desde essa época até nossos dias o estu-

4 e 5

GRUNSPUN, Haim. Distúrbios psiquiátricos da criança. Rio de Janeiro, Atheneu, 1966. 230 p.

do dessa moléstia tem apresentado enormes avanços, mas mesmo assim torna-se difícil definir a epilepsia devido a complexidade de sua sintomatologia que sofre influência não só da causa etiológica como também da ou das áreas cerebrais afetadas e da idade em que ocorre as primeiras crises.

Contemporâneamente Levingston a define "como uma tendência ao aparecimento de sinais e sintomas paroxísticos e recorrentes de distúrbios da atividade cerebral".

2.2 - A Crise Epilética

Muito embora seja a epilepsia uma moléstia característica da criança e do jovem, ela se prolonga na quase totalidade dos casos por toda a vida.

Apesar disso em muitos aspectos a sintomatologia da epilepsia infantil difere daquela do adulto.

A predisposição da criança a crises convulsivas deve-se a incompleta maturação do sistema nervoso central nessa época da vida, por isso as crises convulsivas da infância diferem das do adulto.

A complexa sintomatologia da crise epilética representa a exteriorização de uma "descarga hipersincrônica de um conjunto de neurônios cerebrais. A função dessas associações neurônicas determina os caracteres clínicos da crise (motora, sensorial, psíquica etc). A capacidade dos neurônios para a descarga depende geralmente de condições hereditárias (epilepsia familiar), da maturação (epilepsia segundo a idade), metabólica (epilepsia metabólica e epilepsia das encefalites metabólicas) e adquiridas (epilepsia lesional)". ⁶

Apesar dessa imensa variedade de sintomas as causas da maior freqüência da epilepsia em crianças podem ser resumidas em: ⁷

a) Tendências congênitas induzem a manifestação precoce, a epilepsia idiopática ou criptogênica por esse motivo irá se manifestar cedo, além disso crianças epiléticas com menos de cinco anos tem mais parentes epiléticos do que aqueles pacientes que apresentam sua primeira crise na idade adulta.

b) Malformações e traumas do parto logicamente tendem a manifestação precoce.

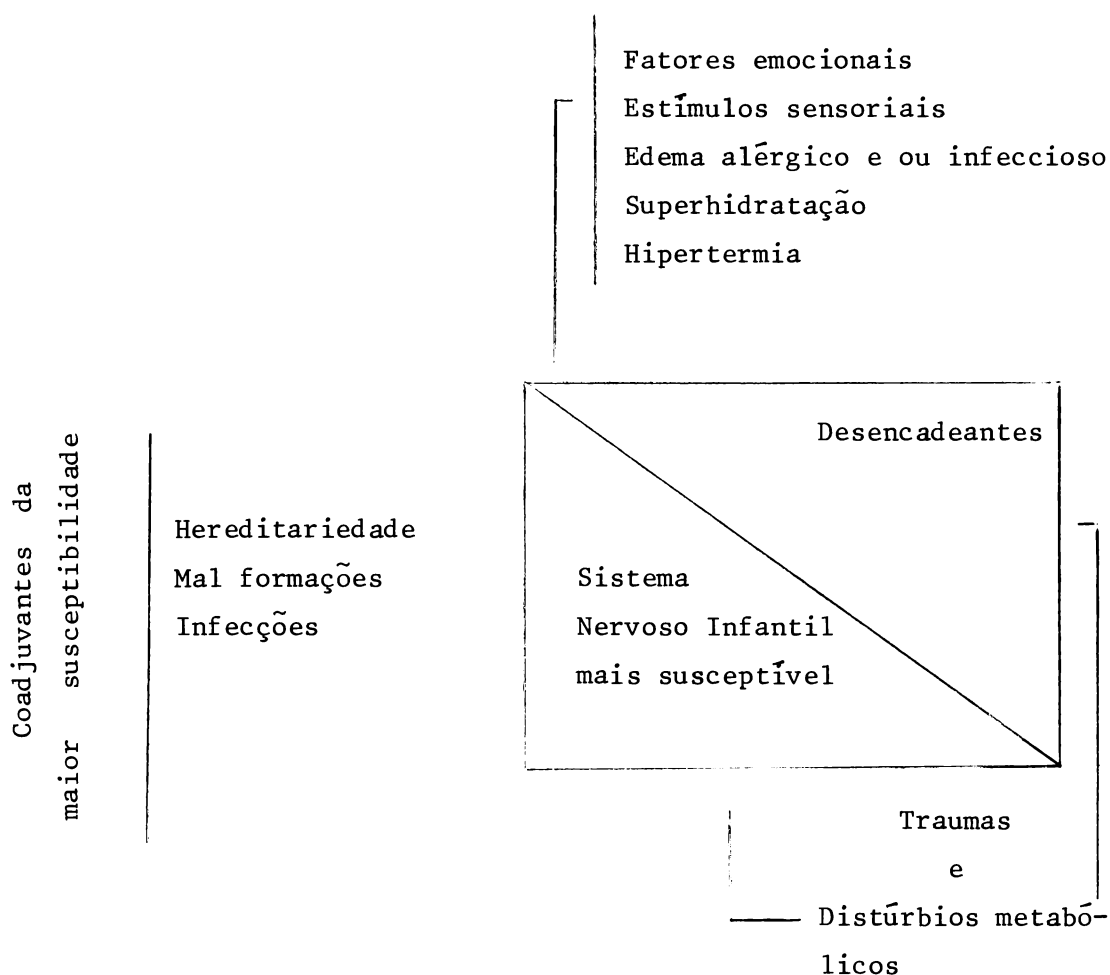
c) A imaturidade do sistema nervoso com mielinização incipiente apresenta função ainda não desenvolvida, tornando-se por isso mais sensível a variação do pH, a hipertermia, aos desequilíbrios eletrolíticos, a super-hidratação etc.

d) A deficiente resposta imunitária possibilita a ocorrência de encefalites infecciosas desmielinizantes.

e) A ocorrência de erros inatos do metabolismo ocasiona repercussões anômalas no desenvolvimento cerebral.

f) Moléstias tóxicas e infecciosas da gestante tem tendências por via placentária a afetar o desenvolvimento do novo ser.

Além disso temos necessidades de considerar na epilepsia a existência de fatores predisponentes e fatores desencadeantes. É a interação desses fatores que influi na variação do limiar convulsivógeno. Essa variação pode ser interpretada pela figura abaixo.⁸



É importante observar que a epilepsia nunca é hereditária - o que é hereditário é a vulnerabilidade do sistema nervoso; a disritmia que é herdada, e os indivíduos que herdam essa vulnerabilidade podem eventualmente apresentar os sintomas clínicos da epilepsia.

A epilepsia é encarada popularmente como sinônimo de convulsão, a qual se superpõem normalmente desvios de conduta francamente patológicos, que levam esses pacientes a se assemelha-rem no comportamento aos doentes mentais. Tal conceito entretanto não se confirma pelo fato de que a convulsão nem sempre

está presente, alguns doentes podem apresentar como sintomas apenas crises de choro, de riso espasmódico, de terror durante o sono ou vigília, hipo ou hipertermia; enfim uma multiplicidade impossível de ser enumerada; o diagnóstico nesses casos deverá basear-se no caráter paroxístico e repetitivo. A confirmação dessa suspeita diagnóstica será feita através e criterioso exame eletroencefalográfico.

Lennox elaborou extensa pesquisa estatística de exames eletroencefalográficos de uma população tida como normal, concluindo que 20% acusavam a presença de disritmia, mas só 5% apresentavam os sintomas clínicos da epilepsia. Além desse fato está comprovado que alguns epiléticos confirmados clinicamente podem eventualmente apresentar resultados negativos em tais exames.

Desses fatos conclui-se que embora o eletroencefalograma seja um importante auxiliar diagnóstico, sua interpretação não é perfeita, principalmente se o exame for de uma criança, que normalmente tem o desenvolvimento do sistema nervoso incompleto. No caso do adulto esse exame já é mais confiável, muito embora ele represente apenas um momento da atividade do sistema nervoso. Por isso esse exame deve ser realizado em várias fases, com o paciente acordado, dormindo (sono induzido e espontâneo), além da necessidade de utilização de estímulos sonoros, visuais, com hiperventilação respiratória etc.

Assim do ponto de vista didático será epilético o indivíduo que apresentar a tríplice síndrome:⁹

- a) Clínico (diversos tipos de crises)
- b) Eletroencefalográfico (disritmias)
- c) Psíquica (alterações de conduta)

É importante que se conceitue o termo síndrome: a síndrome não é uma doença, porque sua origem tem várias causas, enquanto a doença tem causa única e definida.

A síndrome epilética tanto pode ser a resposta de uma lesão tumoral ou inflamatória, quanto ser de etiologia desconhecida, criptogênica. Da mesma forma ela pode ser de a resposta de um cérebro normal frente a um estímulo excessi-

vamente violento.

2.3 - Classificação das Crises Epiléticas

A epilepsia pode ser classificada de várias maneiras, inicialmente distingue-se nela dois grandes grupos:¹⁰

- a epilepsia idiopática (ou criptogênica)
- a epilepsia sintomática (ou secundária)

A idiopática ou criptogênica que é constitucional do paciente, apresenta-se na população de faixa etária de cinco a oito anos, após essa idade a incidência do aparecimento de novos pacientes decresce.

A sintomática apresenta maior frequência nos primeiros meses de vida, quando a maturidade cerebral não reage adequadamente as anormalidades orgânicas e as agressões do meio. Ela inclui portanto as respostas cerebrais aos traumas do parto e as encefalopatias congênicas, as afecções vasculares, as moléstias parasitárias.

Nas obras especializadas encontramos várias classificações das crises epiléticas, a maioria delas está voltada para uso de especialidades médicas, e por isso pouco ou nada podem ajudar no sentido de esclarecer e possibilitar a pessoas leigas a detecção de possíveis pacientes da síndrome em causa. Isso torna-se ainda mais difícil se levarmos em conta que muitos distúrbios que podem indicar uma crise epilética em crianças, podem ter a sua origem em problemas psiquiátricos.

Para que se possa ter uma visão geral de todas as manifestações e distúrbios possíveis de estarem presentes em uma crise, é transcrita a classificação de maior interesse didático.

CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO AJURIAGUERRA 11

Objetivas	Motoras	Crises tipo grande mal	
		Mioclonias	
		Crises bravais-jacksonianas	
Objetivas	Autônomas	Crises versivas	
		Crises distônicas	
		Afásias	
Objetivas	Psicomotoras	Espasmos em flexão	
		Distúrbios esfínterianos	
		Distúrbios vasomotores	
Objetivas	Sensitivo-Sensoriais	Distúrbios secretórios	
		Distúrbios pupilares	
		Automatismo verbal	
Objetivas	Psíquicas	Automatismo oral	
		Automatismo mastigatório	
		Automatismo de deglutição	
Objetivas	Autônomas	Comportamento automático	
		Automatismos complexos	
Objetivas	Sensitivo-Sensoriais	Sômato-sensitivas	
		Crises visuais	
		Crises auditivas	
Objetivas	Psíquicas	Crises vertiginosas	
		Crises olfativas	
		Crises gustativas	
Subjetivas	Psíquicas	Ilusões	Macyopsia
			Micropsia
			Hiperacusia
Subjetivas	Psíquicas	Alucinações	Hipoacusia
			Nunca visto
			Já visto
Subjetivas	Psíquicas	Emoções	Ilusão de distância
			Visuais
			Auditivas
Subjetivas	Psíquicas	Idéias Obsessivas	Alegria
			Tristeza
			Angustia
Subjetivas	Psíquicas	Autônomas	Raiva
			Medo
			Solidão
Subjetivas	Psíquicas	Autônomas	Cefálicas
			Cardíacas
			Pulmonares
Subjetivas	Psíquicas	Autônomas	Abdominais
			Generalizadas

Crises não identificadas

2.4 - Formas Clínicas

A complexa variabilidade sintomatológica pode apresentar os distúrbios da classificação anterior de forma isolada ou combinada de vários modos. Entretanto todas essas manifestações podem ser genericamente agrupadas em três formas clínicas básicas e duas síndromes,¹² estas por seus quadros bem particularizados serão comentadas em destaque:

Formas clínicas	Grande mal
	Pequeno mal
Síndromes	de West
	de Lennox - Gestaut

O estado de mal epilético caracteriza-se pela ocorrência de crises sucessivas, às vezes sem que o paciente tenha se recuperado da anterior. Essas crises repetitivas podem apresentar todas as manifestações descritas, mas em um mesmo estado de mal essas crises guardam identidade entre si.

Grande mal

Constitui-se na mais freqüente das formas clássicas de epilepsia chegando a se manifestar em 60% dos enfermos.¹³

Normalmente esse estado apresenta-se progressivamente com as seguintes etapas:

a) Etapa áurea

É a etapa premonitória da crise, apresenta distúrbios variáveis que podem ser classificados como:

Sensoriais - Motores - Viscerais - Psíquicos

Nesta etapa o sujeito pode perceber cheiro característico, ter a visão turva uni ou bilateral, ver luzes ou manchas luminosas, ouvir ruídos, sons ou zumbidos e até mesmo sensações gustativas.

Ele apresenta espasmos musculares ou tremores dos braços e pernas, bem como ter a sensação de que inexistem as mãos ou pés.

As sensações viscerais se manifestam por contrações violentas do estômago acompanhada de náusea e vômito, diarreia e necessidade de urinar.

As sensações psíquicas podem durar segundos ou horas ou surgir quase simultaneamente com a crise.

De acordo com as sensações experimentais na fase áurea pode-se localizar os focos cerebrais onde ocorrem as descargas elétricas causais. A etapa áurea segue-se:

b) Etapa convulsiva

Esta etapa evolui no tempo apresentando quatro fases:

1 - Fase Tônica

Nesta fase a musculatura lisa fica contraída chegando a haver torsão da coluna para trás, pode mesmo provocar parada respiratória sem gravidade já que a duração desta fase não ultrapassa 30 a 60 segundos.

2 - Fase Clônica

Dura de 3 a 5 minutos, durante os quais a convulsão se manifesta por contrações exageradas intermitentes. Como nessa fase há relaxamento esfínteriano (urina e evacuação), suores abundantes e salivação aumentada.

3 - Fase de sono

A fase clônica segue-se um sono profundo que pode durar horas, onde todos os reflexos estão presentes o que não ocorre nas fases anteriores.

4 - Fase crepuscular

Ao acordar geralmente o paciente não recobra a consciência de imediato e pode agir de maneira estranha com crises de furor, tentativas de homicídio ou de fugas. Essa etapa pode durar horas ou dias. Só quando essa fase termina a pessoa recobra a consciência sem lembrar do que fez durante a maior parte da crise.

O estado de mal pode ocorrer com qualquer epilético, mesmo naqueles que tenham crises curtas e espaçadas por anos, mas

Nos casos de crises que se sucedem após curtos intervalos de tempo, de forma que ocorram várias crises ao dia, desencadeia-se um quadro de sofrimento cerebral, semelhante ao de uma asfixia grave, que pode conduzir a um estado de demência profunda.

Quando se trata de uma epilepsia idiopática a evolução pode ser favorável, na maioria dos pacientes, desde que eles se submetam a uma medicação contínua ao longo da vida. Neste caso desenvolvimento mental pode apresentar normalidade.

Pequeno mal

O termo pequeno mal não é mais utilizado na Clínica Médica devido ao fato de induzir uma interpretação errônea - a de que ele tivesse relação com o tempo de duração da crise.

Na realidade o que chamamos didaticamente de pequeno mal é uma síndrome autônoma das demais formas de crise e que inclusive delas difere clínica e eletroencefalicamente, além de ter tratamento e prognóstico diverso.

Muito embora os sintomas desta síndrome apresentem diversidade de paciente a paciente, em todos existem características comuns. Elas consistem em episódios periódicos e paroxísticos de perda de consciência de curta duração (5 a 30 segundos), quando os olhos se voltam para cima e apresentam rápido piscamento e o rosto pode apresentar expressão de riso discreto.

Este estado tem início e término súbito permanecendo a criança apta a continuar o que estava fazendo e que foi interrompido pela crise.

Essas crises podem chegar a frequência de 100 episódios diários, e são vulgarmente conhecidas como "ausências do pequeno mal".

As ausências podem ser desencadeadas por hiper ventilação pulmonar voluntária. Os estados de ansiedade (mesmo quando da realização de provas escolares) facilitam o aparecimento da crise.

professores a classificá-las de "distraídas demais" e de "de-sastradas" - quando na ocorrência da crise deixam cair o que as mãos estavam segurando.

De maneira geral o desencadear da ausência pode ser evitado com estímulos intensos e os pacientes quando sob observação conseguem impedir a crise.

Alguns pacientes durante a crise podem realizar movimentos estereotipados, como apertar suas mãos, coçar os olhos, alisar as roupas ou mesmo murmurar melodias.

Embora essas crises sejam de curta duração, elas são mais prejudiciais a criança do que as crises do grande mal, porque impedem a criança de manter uma regularidade e continuidade de vida (principalmente nos casos que a frequência de ausências é alta).

O estudo da causa etiológica demonstra que 30% dos casos ocorrem por tendência hereditária, os 70% restantes são adquiridos.¹⁴

A moléstia se inicia sem causas aparentes antes dos dez anos e em geral desaparece em torno do segundo decênio, mas seus pacientes apresentam alta tendência a apresentar as crises do grande mal no futuro. Este fato é mais destacado nas crianças que apresentam o pequeno mal com início tardio.¹⁵

As ausências simples do pequeno mal são mais comuns em meninas e comumente incidem em crianças com bom nível de inteligência.¹⁶

¹⁴ GRUNSPUN, Haim. Distúrbios psiquiátricos da criança. Rio de Janeiro, Atheneu, 1966. 238 p.

¹⁵ O'DONOHUE, Dublin. Epilepsia na infância. São Paulo, Ciba Geygy, 1982. Fascículo 8.

¹⁶ LEFÈVRE, Diament. Neurologia infantil. São Paulo, Sarvier, 1980.

Equivalentes psíquicos

Esta forma clínica engloba diversos tipos de crises com sintomatologias autônomas e bem definidas.

1 - Picnolepsia

Ocorre geralmente entre quatro e nove anos na forma de crises de curta duração com perda de consciência.

Apesar do fato de se assemelhar as crises do pequeno mal dele diferem porque elas desaparecem na puberdade enquanto o pequeno mal tende a se agravar nessa época da vida.

A diferenciação entre essas duas crises pode ser feita na maioria dos casos, porque na picnolepsia embora haja perda da consciência, não existe amnésia - de forma que o paciente sabe que a teve. No pequeno mal isso não ocorre.

A picnolepsia no eletroencefalograma apresenta maior semelhança com o grande mal.

O prognóstico da picnolepsia é bom dado que as crises não mais se repetem a partir da puberdade.

2 - Epilepsia mioclônica

É um quadro raro que aparece em torno dos três anos de idade, sendo mais freqüente nas meninas.

Inicia-se com convulsões que evoluem para espasmos musculares. Após dois anos leva a um elevado número de óbitos, ou a deteriorização mental (demência) dos que sobrevivem. Sua etiologia ainda é desconhecida.¹⁷

3 - Epilepsia amiotônica ou miotônica

Se manifesta apenas com perda do tonus muscular e perda da consciência, a isso segue-se palidez, moleza e sono.

Apresenta grande semelhança com certos estados emocionais, mas deles difere por apresentar anomalias eletroencefalográficas.

Esta crise assemelha-se a um simples desmaio.

4 - Epilepsia psicomotora

A criança que apresenta esta forma de epilepsia pode ter sintomatologia variada, basicamente acompanhada de exagero da atividade - movimentos, risos constantes, movimentos de mastigar e/ou chupar, beligerância, linguagem confusa, resmungos. Quase sempre estas crianças apresentam alterações do sono.

Na idade adulta esses indivíduos são propensos a explosões, atos violentos e a apresentar tiques. Tais crises são uma forma de resposta frente a uma atividade cerebral perturbada.

Essa forma de epilepsia poderá não apresentar alterações eletroencefálicas, caso em que só a resposta terapêutica permitirá diagnosticar a epilepsia psicomotora.

5 - Narcolepsia

Se caracteriza pela necessidade brusca que a criança tem de dormir a qualquer hora ou em locais inadequados. Este sono é ligeiro e superficial, podendo a criança ser acordada.

Síndrome de West

Este tipo particular de epilepsia em crianças se apresenta com contrações musculares bruscas, geralmente com flexão do corpo, da cabeça ou então cabeça corpo e membros superiores. Essas flexões aparecem isoladas ou em salvas, que podem repetir-se várias vezes ao dia.

Devido ao fato do paciente apresentar um movimento semelhante a uma saudação árabe também recebe o nome de "tic de salaam", embora seja também conhecida por epilepsia dos espasmos em flexão.

Raramente ela aparece antes dos seis meses ou depois de três anos de vida, e aparentemente não guarda relação específica com nenhuma causa etiológica. O exame eletroencefalográfico apresenta traçados específicos dessa síndrome (hiposaritmia), que só muito raramente pode estar ausente.

Seu prognóstico é péssimo, a grande maioria das crianças que a apresentam será futuramente portadora de sequelas neuro-

tada sequer com tratamento precoce.¹⁸

Muitas crianças portadoras desta moléstia desenvolvem comportamento autista.¹⁹

Síndrome de Lennox - Gestaut

O aspecto clínico desta síndrome pode apresentar duas variedades de crises, onde predomina a característica tônica e a ausência típica. Essas crises são repetitivas e apresentam tendências a evoluir com facilidade ao estado de mal epilético.

Ela também apresenta traçado eletroencefalográfico característico.

Normalmente as primeiras crises surgem na infância embora mais raramente possam ocorrer na puberdade.

Muitas crianças portadoras dessa moléstia apresentaram em idade anterior a síndrome de West.

A síndrome de Lennox - Gestaut é mais freqüente que a do West e como esta acompanha-se de deficiências mentais graves, distúrbios de conduta e alterações de caracter.²⁰

Convulsões febris

As convulsões febris encontram-se em um campo limítrofe com a epilepsia, até mesmo o diagnóstico diferencial torna-se impreciso. Por isso mesmo há que considerar a existência de convulsões febris "benignas" que devem evoluir satisfatoriamente e as "não benignas" que podem ser encaradas como verdadeiras convulsões epiléticas onde a febre foi apenas um fator desencadeante.

Essas convulsões benignas ocorrem até cerca de dois anos de idade, convulsões após essa idade devem ser encaradas com muita cautela, dada a grande possibilidade de ser alguma forma de epilepsia e por isso necessitar de medicação precoce e contínua.

¹⁸ ALCANTRA, Pedro de. Pediatria básica. 4.ed. São Paulo, Sarvier, 1974. 356 p.

¹⁹ LEFÈVRE, Diamant. Neurologia infantil. apud MARQUES-DIAS, Maria I. São Paulo, Sarvier, 1980. 657

2.5 - Distúrbios de Comportamento da Criança Epilética

Enquanto alguns autores afirmam ser a personalidade epilética primária, inata ou constitucional, outros se referem a ela como secundária ou adquirida.

"Não ha dūvida de que algumas crianças epiléticas são excessivamente agressivas, irritāveis, inquietas, exageradamente ativas, caprichosas, hipersensitivas, tīmidas e podem manifestar transtornos da conduta como mentir, roubar, brigar, alterações sociais, crueldade e destrutividade. Isto não quer dizer em absoluto que todas as crianças epiléticas mostram tais características. Se existem provavelmente são o resultado de um ambiente prejudicial e das frustrações e rejeição social, o estado de insegurança, as angústias constantes e outras dificuldades emocionais que surgem do defeito da criança". 21

Existem correntes teóricas de base psicanalítica que encaram a personalidade do epilético como resultante da reação desses indivíduos diante de uma situação conflitual.

Outras teorias alegam que ela é resultante dos efeitos tóxicos dos medicamentos empregados em sua terapia; finalmente autores há que afirmam sō existir distúrbios da personalidade nos pacientes portadores de epilepsia psicomotora (cujo foco irritativo está situado nos lōbulos cerebrais temporais - sede dos fenômenos afetos a personalidade.

De qualquer forma para analisar-mos os distúrbios comportamentais nesses pacientes, há que se pautar em uma dualidade de critérios:²²

²¹LAWRENCE; C.Klob. Psiquiatria clínica moderna. 5.ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1976.

²²GRUNSPUN, Haim. Distúrbios psiquiátricos da criança. Rio de Janeiro, Atheneum, 1966. 255

a) os derivados dos conflitos de adaptação ao meio.

b) os condicionados pelo funcionamento anormal do sistema nervoso.

Isto nos possibilita perceber que a compreensão da personalidade do indivíduo epilético não pode separar-se de fatores que se interligam ao próprio indivíduo, à sua doença, à sua família e ao seu meio sócio-cultural. Podemos concluir também que não existe uma personalidade epilética comum a todos esses doentes mas sim a falta de uma integração normal das estruturas e funções do sistema nervoso central, que se exterioriza por alterações do temperamento-caráter.

Apesar da individualidade comportamental, alguns padrões se apresentam repetitivos como a superexcitação, a personalidade imatura, o comportamento regressivo (procurando chamar a atenção sobre si) e a instabilidade emocional, que condiciona respostas desproporcionais frente aos estímulos. Suas exigências instintivas são desproporcionais e sua reação quase sempre é explosiva.²³

Desde cedo este sujeito encontra um ambiente diferenciado em relação as crianças normais, os pais podem apresentar condutas neuróticas frente a doença manifestando superproteção, excesso de exigências ou mesmo atitudes de negação.

Sua vida escolar apresenta problemas de adaptação por serem dificilmente aceitas pelos colegas, as crises e os parafarmacos dos medicamentos usados no seu controle tornam seu desempenho baixo.

As experiências desagradáveis de crises em ambiente coletivo, alucinações confusionais da doença dificultando a percepção entre o real e o imaginário somam-se a não aceitação do meio podendo gerar sentimentos de angústia, de agressão, de abandono e de inutilidade.

Na idade em que a criança busca independência dos pais (8 a 12 anos) o epilético começa a demonstrar tendências antisociais, com destaque para a mentira e o roubo. Posteriormente, talvez como reação a sua não aceitação pelo meio pode chegar a delinquência franca.

É importante entretanto ressaltar que nem todos epiléticos

cos apresentam alterações de conduta, e que esta também pode estar presente em uma criança que não apresenta disritmias . Sob este aspecto D. Fraudenberg deixa claro que:

- nem todas as crianças epiléticas apresentam alterações da personalidade;

- as alterações da personalidade podem ser encontradas em crianças cujo nível de inteligência é normal;

- essas alterações não são específicas das crianças epiléticas, já que se produzem alterações equivalentes em crianças afetadas por enfermidades cerebrais orgânicas sem epilepsia;

- as alterações de personalidade não são homogêneas.

2.6 - Inteligência e Epilepsia

"Antes do advento dos testes psicométricos, existia a certeza de que uma das consequências quase inevitáveis da epilepsia era, a decadência intelectual. Os exemplos de grandes inteligências como Dostoiewski, Flaubert e, entre nós Machado de Assis, estão aí para desmentir idéias fatalistas".²⁴

A deficiência mental não é portanto uma característica obrigatória da epilepsia. Os casos que apresentam baixo QI nos testes psicométricos, podem ser explicados por:

a) Retardo mental coordenado com epilepsia. As crianças tem patologia responsável por ambas as situações; retardo mental e epilepsia.

b) As crianças normalmente deficientes mentais, que contraem epilepsia na época da puberdade.

c) A decadência intelectual das crianças de inteligência superior se produz em consequência da enfermidade. Alguns autores a chamam de demência epilética, que é progressiva, a menos que cessem os ataques espontaneamente ou por tratamento .

A questão do deficit intelectual é apenas uma possibilidade, jamais uma regra. O elevado número de deteriorização mental em pacientes hospitalizados a longo prazo deve ser

rado com reservas, tendo em vista que nesses casos já houve prévia seleção da gravidade do caso.

"O rendimento do epilético não é modificado unicamente por um atraso ou pela regressão de suas possibilidades intelectuais, mas também pela dificuldade de utilização de seu potencial; na verdade, esse rendimento (que pode ser baixo quando determinado por experiências que levam em conta a performance) pode tornar-se normal se comprovado com meios que não levem em conta o fator tempo"... De forma geral o processo de deteriorização depende da frequência das crises, da idade em surgem e da localização da lesão (temporal principalmente)".²⁵

2.7 - Epilepsia e Desenvolvimento Psíquico da Criança

O desenvolvimento psíquico da criança epilética pode ser afetado pela sucessiva ocorrência de crises, entretanto ele não é um processo passivo que apenas sofre a influência dessa agressão. A criança tenta de todas as formas compensar os riscos dessas crises periódicas e joga com as possibilidades de maturação neurofisiológica. Esta é a razão pela qual a síndrome se apresenta de uma maneira na infância, mudando na adolescência, com uma dinâmica que evolui durante toda a vida da pessoa. Assim, podemos observar modificações do quadro clínico para melhor ou para pior. Alguns epiléticos que inicialmente apresentavam apenas manifestações neurológicas, evoluem para manifestações francamente psiquiátricas.

As crises de convulsões febris, deste modo, curam-se mais pela maturação fisiológica cerebral do que as custas de medicação.²⁶

²⁵ AJURIAGUERRA, J. de. Manual de psiquiatria infantil. 2.ed. São Paulo, Prensa, 1983. 545 p.

²⁶ ARAÚJO, Ivan Soares de. Epilepsia e doença mental. Jornal

Atê encontrar os traços específicos que ocorrem durante o início da fase escolar, a criança passa por uma sequência de distúrbios de conduta, que isoladamente nada significam, mas em seu conjunto podem fazer evidenciar a suspeita de sua etiologia bioelétrica.

Inicialmente os distúrbios do sono que podem variar desde a insuficiência com choro contínuo nos primeiros meses, terror noturno, saltos, sacudidas e sonambulismos.

Na maioria das vezes os sintomas são cíclicos nos horários - incidem nas mesmas horas, ou cíclicos nos períodos de incidência.

"Os distúrbios da motricidade com instabilidade, incoordenação e explosividade, podem se iniciar antes do caminhar. Distúrbios da sociabilidade com beligerância, agressividade e resistência já podem ser encontrados antes dos três anos".²⁷

Os distúrbios de linguagem, de atenção e concentração são também precocemente evidenciados.

Os sintomas são agravados pelos conflitos destas crianças em adaptar-se ao meio.

Na fase pré-escolar encontram-se os distúrbios típicos em seu conjunto; dificuldades freqüentes para a aprendizagem em geral; dificuldades de sociabilidade, agressividade, inquietude, respostas emocionais violentas, insatisfação emocional com buscas de experiências inadequadas, diferentes distúrbios motores, caracterizando um quadro de instabilidade que, por englobar sintomas psíquicos e motores podemos chamar de instabilidade psicomotora.

No sentido psicodinâmico estas crianças tem dificuldades, de adaptação por maior intensidade de exigências instintivas, como consequência da perturbação bioelétrica, criando conflitos ambientais por não conseguir alcançar o princípio da realidade externa e serem continuamente impulsionados por suas

tendências imaturas e primitivas.

Na psicoterapia o que se deve buscar é o ajustamento desses impulsos primários com as pressões sociais e culturais que agem sobre o epilético, procurando equilíbrio no seu ajustamento.

2.8 - Caracterização do Diagnóstico Precoce

O diagnóstico e tratamento precoce da criança epilética é de importância fundamental na prevenção de um possível baixo rendimento escolar futuro.

Esse desiderato só poderá ser adequadamente atendido com a participação de uma equipe multidisciplinar, que deverá acompanhar com sucessivas avaliações o desenvolvimento dessa criança desde a detecção dos primeiros sintomas dessa síndrome.

A necessidade de abordagem transdisciplinar prende-se ao fato da dificuldade de se estabelecer o diagnóstico preciso, tendo em vista que a alteração eletroencefálica sôzinha não deve ser encarada como comprovação diagnóstica. Assim a criança deverá ser avaliada no aspecto neurológico, onde a anamnese paterna poderá evidenciar os distúrbios evolutivos mais comuns da epilepsia:²⁸

a) Sono

Terror noturno, sono agitado, cabeceio, sonambulismo, gemidos, ranger de dentes, dores abdominais violentas durante o sono, enurese.

b) Alimentação

Vômitos cíclicos, ruminação, superalimentação impulsiva, polidipsia, aerofagia.

c) Linguagem

Gagueiras diversas, dislalias e disartrias.

d) Manipulações

e) Distúrbios psicossomáticos

Que podem estar ligados aos aparelhos respiratórios (asma)

digestivos (encoprese), urinário (enurese), muscular (tiques).

Além desses distúrbios há que considerar o padrão psicológico que inclui inquietação, pouca atenção, distração, tendência a impulsividade e comportamento imprevisível. Pode-se notar uma regressão no comportamento motor, distúrbios do tonus muscular e geralmente reflexo pobre. Em grande número de crianças poderá estar presente notável hiperatividade.

Será a sintomatologia evolutiva acrescida de eletroencefalograma positivo que em conjunto define a existência da síndrome.

Os sintomas mais evidentes segundo Lippi: ²⁹

- a) Hiperatividade;
- b) Impulsividade;
- c) Pequena capacidade de atenção;
- d) Perseveração;
- e) Labilidade emocional;
- f) Ansiedade;
- g) Afasia, geralmente mistas, do tipo perceptivo - expressivo;
- h) Disfunções motoras que incluem músculos das seguintes funções: postura, locomoção, respiração, fala, expressão facial.
- i) Distúrbios perceptuais.

Toda a sintomatologia descrita está em sua maioria relacionada a criança já em idade pré-escolar, daí a grande dificuldade do estabelecimento do diagnóstico precoce.

Desde os primeiros anos a criança epilética já se constitui motivo de preocupação para os pais, revelando uma inquietude e hiperatividade fora do comum. No entanto, é no período pré-escolar que elas mais se diferenciam de seus colegas. As queixas dos professores são semelhantes a dos pais, e são as pressões naturais do sistema escolar e as expectativas não satisfeitas que as fazem aflorar: são crianças irrequietas, desatentas, incapazes de concentrar-se, em permanente a-

²⁹ LIPPI. José Raimundo S. Posição atual das terapêuticas nos

tividade, com um rendimento escolar abaixo de sua potencialidade intelectual, geralmente de má caligrafia, incapazes de competir nos esportes com seus colegas, emocionalmente lábeis, portadoras de dificuldades motoras e um baixo limiar de frustração.

A dificuldade de um diagnóstico precoce exige a intervenção de uma equipe multidisciplinar devido a necessidade de estabelecer diagnóstico diferencial com vários estados mór-bidos da infância, que apresentam tanto sintomatologia quanto eletroencefalograma positivo. Até mesmo os distúrbios psicológicos típicos da epilepsia podem estar presentes.

Os testes psicológicos das crianças epiléticas indicam a presença de debilidades especiais. Há frequentemente rigidez, perseveração, inabilidade de focalizar a atenção, tanto quanto inabilidade em lidar com abstrações e a necessidade de contar com modelos excessivamente concretos do pensamento. Pode haver, também problemas na educação perceptual motora de modo que as tarefas tais como copiar formas geométricas, são caracterizadas por distorções particulares e outras evidências de inadequação da função coordenadora.

2.9 - Características do Tratamento Precoce

Nos casos em que o diagnóstico da epilepsia está definido há necessidade de assistência de médicos especializados, afim de que seja efetuada medicação adequada para o controle das manifestações da síndrome. O ideal seria que a medicação seja utilizada desde as primeiras crises, que em muitos casos pode ser detectada logo após o nascimento.

O atendimento a crianças portadoras da síndrome epilética deve ser iniciado o mais precocemente possível, preferencialmente quando da manifestação dos primeiros sintomas. A dificuldade está em que tais sinais são apenas possíveis de serem observados nas crianças que tenham acompanhamento médico contínuo, já que os pais por desconhecimento não são capazes de dar o devido valor aos sintomas precoces da epilepsia.

O atendimento a - - - - -

- Acompanhamento psicopedagógico.

A parte médica por fugir ao intuito do presente trabalho não será considerada.

A assistência psicopedagógica em muitos casos deve ser estendida também aos pais.

Quanto a criança devem ser atendidos primeiros os aspectos referentes a comunicação (ver, compreender, dizer e escrever símbolos), secundariamente os pré-requisitos da aprendizagem que podem estar insuficientemente desenvolvidos. Neste último caso haverá necessidade de uma reeducação psicomotora (agindo sobre a motricidade, a coordenação e o esquema corporal), exercícios funcionais favorecendo a dominância cerebral e o sentido de direção, a coordenação visio-motora, exercícios para melhora ou aquisição de noções sobre tempo, ritmo, avaliação da forma, do comprimento e da distância.

O programa de tratamento deve ser organizado para atender características emocionais, sociais, cognitivas, perceptivas e de linguagem, partindo do princípio de que as necessidades dessas crianças requerem muita experiência.

É importante não focalizar na criança suas incapacidades mesmo que seja com a intenção de corrigi-las, pois assim estaremos fixando nela, cada vez mais os problemas. É necessário não mostrar o que ela tem para modificar, mas sim dar-lhe oportunidades para praticar suas habilidades em proveito de outros que ela melhorará a proporção que verificar que pode ser útil.

Basicamente há que considerar os seguintes princípios no atendimento a criança epilética.³⁰

- Ordem: é importante que o atendimento seja ordenado e não sofra mudanças bruscas. A criança portadora desta síndrome é desorganizada e sente-se feliz e segura num ambiente que a ajude a se organizar.

Disciplina: elas necessitam de um precoce ambiente disciplinar. Com isso estará sendo permitido a aprendizagem por

³⁰ DUARTE, Pinto J. Disfunção cerebral infantil. p. 117.

condicionamento operante.

- Afeto: o nível de afetividade da criança epilética é bem primitivo, estando ainda elaborado em base tatil-cinestésica, própria do bebê. Por isso, é importante a figura materna carinhosa que promova a satisfação da necessidade de ternura ao mesmo tempo que estimule o amadurecimento afetivo.

- Criatividade: a criança epilética geralmente se contenta em utilizar padrões já estabelecidos. É importante então estimular a realização espontânea.

Atualmente, o problema do prognóstico de qualquer criança epilética está na razão direta com a remissão dos sintomas o mais precocemente possível.

A esperança para o futuro deve repousar na prevenção da epilepsia, a qual implica em esforços para melhor compreender do ponto de vista médico os problemas genéticos envolvidos, melhor atenção pré-natal, perinatal e neonatal. Também implica na prevenção de incapacidades secundárias, sejam psicológicas, sociais ou econômicas.

2.10 - Características psicopedagógicas

O objetivo educacional geral para crianças epiléticas com distúrbios da aprendizagem difere apenas ligeiramente do correspondente a todas as crianças; o objetivo é auxiliá-las com a aprendizagem, de modo que possam realizar suas potencialidades a fim de que se tornem parte efetiva e integrante da sociedade. A preocupação não é somente com o aproveitamento das funções isoladas, mas com a obtenção de maturidade social - capacidade de comunicar-se, de cuidar de si mesmo, de se empregar, de tornar-se independente e auto-suficiente.

A tarefa do educador será agir em diversas áreas:

a) Controle da atenção

As crianças que mostram dificuldades de manter a atenção e concentração são facilmente vulneráveis à variedade de estímulos, necessitando de um ambiente de aprendizagem e de traba-

b) Aquisição de auto-confiança

Esta é conseguida com tarefas ajustadas. O interesse da criança e suas habilidades entram em jogo nesta aquisição. A tarefa deve ser clara e definida, facilmente avaliada em termos objetivos e, se possível de correção própria.

Nunca apresentar mais de uma tarefa de cada vez, pois, assim dará margem ao aprendizado de cada uma o que facilitará o entendimento de outras. O problema aritmético deve ser seguido de uma suficiente prática para seu domínio. Deve-se sempre fazer revisões dos conceitos aprendidos.

c) Melhoria das deficiências

As deficiências variam para cada criança, sendo necessário usar técnicas adequadas. Uma criança que, por exemplo tenha apresentado um quociente de performance fraco e, comprometimento perceptivo-visual, uma variedade de atividades visiomotoras devem ser incorporadas ao seu programa diário, sendo consideradas tanto quanto leitura e aritmética nos seus deveres diários. Podem-se obter melhoria no comportamento motor por meio de atividades planejadas no recreio e na hora da ginástica.

d) Domínio das habilidades escolares

A necessidade básica destas crianças é dominar leitura, escrita, soletração e aritmética, que se fundamentam em bases perceptuais. Tem se observado que as maiores dificuldades encontradas nos primeiros anos de escolarização são perceptivas - interativas e menemônicas e menos conceptivas.

Todo o esforço do educador será inútil se não houver um ajustamento da criança a escola, o que só se consegue dando-lhe auto-confiança por meio de trabalho produtivo. Sabemos que se existe algum grau de dislexia ou discalculia ou excessiva hiperatividade a criança torna-se problema nas classes regulares, exigindo em muitos casos a necessidade de serem colocadas em classes de educação especial.

2.11 - Reeducação Psicomotora

A interação anômala entre motricidade, a mente e a afetividade resulta no distúrbio comportamental psicomotor, o qual é uma característica comum a maioria das crianças epiléticas.

A criança epilética na maioria dos casos apresenta dificuldades de escolaridade, sem relação ao nível de classe a que chegou, tendo sua causa situada no seu nível de base.

Os elementos básicos ou pré-requisitos, condições mínimas necessárias para uma boa aprendizagem, constituem a educação psicomotora.

A criança epilética cujo esquema corporal é mal constituído, não coordena bem os movimentos. Vemos que ela é atrasada quando se despe, que as habilidades manuais lhe são difíceis. Na escola a caligrafia é feia, a leitura expressiva não é harmoniosa: o gesto vem depois da palavra, a criança não segue o ritmo da leitura ou então para no meio da palavra.

Uma criança cuja lateralidade não está bem definida encontra problemas de ordem espacial, não percebe seu lado dominante, não distingue entre esquerda e direita, é incapaz de seguir direções gráficas.

Os problemas quanto a orientação temporal e a espacial, como por exemplo "antes - depois" acarretam principalmente confusão na ordenação dos elementos de uma sílaba, a criança sente dificuldade em reconstruir uma frase cujas palavras estejam misturadas, sendo a análise gramatical para ela um quebra-cabeça.

Uma má organização espacial ou temporal acarreta fracasso em matemática.

Inicialmente era observado apenas o desenvolvimento motor da criança. Depois associou-se o desenvolvimento motor ao atraso intelectual que implicava em pesquisa sobre o desenvolvimento da habilidade manual e aptidões motoras em função da idade.

e a orientação temporal, por um lado, e por outro lado as dificuldades escolares de crianças de inteligência normal. Faz também com que se tome consciência das relações existentes entre o gesto e a afetividade. A criança segura de si caminha de forma diferente de uma criança tímida, comprovando a veracidade do enfoque anterior.

O estudo da psicomotricidade abrange:

- A formação do eu, da personalidade da criança, isto é, o desenvolvimento do esquema corporal do qual a criança toma consciência de seu corpo e das suas possibilidades de expressar-se, por meio desse corpo.

- A criança percebe que seus membros não reagem da mesma forma. Daí o estudo da lateralidade.

- A maneira como a criança se localiza no espaço que a circunda.

- A orientação temporal diz respeito a maneira como a criança se situa no tempo.

- Como a criança se expressa por meio do desenho.

Elementos básicos da psicomotricidade:

a) O esquema corporal:

Este é um elemento básico indispensável para a formação da personalidade da criança. É a representação relativamente global e diferenciada que a criança tem de seu próprio corpo.

A criança percebe-se e percebe os seres e as coisas que a cercam, em função de sua pessoa.

Sua personalidade se desenvolverá graças a uma progressiva tomada de consciência de seu corpo, de seu ser, de suas possibilidades de agir e transformar o mundo a sua volta.

Uma criança que se sinta bem disposta em seu corpo é capaz de situar seus membros uns em relação aos outros fará uma transposição de suas descobertas, progressivamente localizará os objetos e as pessoas, os acontecimentos em relação a si, depois entre eles.

esquema corporal sem o qual a criança não se reconhecendo em si, só muito dificilmente poderia aprender o espaço que a rodeia.

b) Etapas do desenvolvimento corporal:

A criança deve realizar diversos exercícios motores apresentados em forma de jogos. O objetivo é levar a criança ao domínio de seus movimentos e a percepção global do seu corpo.

c) Conhecimento das partes do corpo:

Após a percepção global do corpo vem a etapa de consciência de cada segmento corporal. Esta se realiza de forma interna (sentindo cada parte do corpo) e externa (vendo cada segmento em um espelho, em outra criança ou em uma figura).

d) Orientação espaço-temporal

Este é um trabalho sensorial elaborado, onde o componente corporal se relaciona com diversos objetos da vida cotidiana, implicando em relacionamento analítico entre espaço e gestos.

É a etapa que a criança poderá encontrar todas as suas possibilidades corporais, por meio da coordenação, equilíbrio e destreza. Desta forma ela terá possibilidades de expressar ações, sentimento e emoções.

A reeducação psicomotora abrange diversas fases:

- Primeiro por meio de exercícios motores, isto é, exercícios em que o corpo se desloca e a criança percebe as noções de maneira interna.

- Depois por meio de exercícios sensoriais - motores, em virtude dos quais a manipulação de objetos possibilita a percepção de diversas noções.

- Finalmente por meio de exercícios percepto-motores em que as manipulações devem ser sutis e a percepção visual se torna muito importante. Nesse caso será possível uma análise profunda das funções intelectuais motores, tais como análise perceptiva de precisão da representação mental e determinação de pontos de referência.

Pelas razões expostas a reeducação psicomotora da criança e-

2.12 - Orientação aos Pais

O atendimento destas crianças necessita aceitação, valorização, compreensão e cooperação da família.

Depois da conclusão diagnóstica do caso deve o problema ser interpretado para os pais em termos de causas orgânicas, pois isto representa o primeiro e talvez o mais essencial aspecto do tratamento. Isto porque é comum os pais, principalmente a mãe, admitir que o problema de comportamento tenha origem ambiental o que leva ao sentimento de culpa e a hostilizar a criança.

A necessidade da rotina e da assistência na vida diária da criança deve ser compreendida pelos pais que, vendo o comportamento anti-social de seus filhos julgam que uma variedade de ambiente social e constantes contactos com experiências novas farão nascer a sociabilidade, quando na verdade a multiplicidade, de estímulos leva a uma piora progressiva daquele comportamento.

De qualquer forma o tratamento supõe sempre uma ação conjunta do médico, do professor especializado, do terapeuta, do psicólogo e dos pais.

III - CONCLUSÃO

Este trabalho em consonância aos seus objetivos se centrou no estudo descritivo da síndrome epilética e na análise das suas prováveis decorrências na aprendizagem escolar.

Dectando a importância do diagnóstico e tratamento precoce afim de permitir a criança epilética um atendimento psico-pedagógico que lhe possibilita a superação de suas dificuldades e o desenvolvimento integral de suas potencialidades.

Em crianças e adolescentes não há ainda uma característica comportamental definida, o indivíduo está em processo de formação e sofre periodicamente ameaça a sua integridade, representada pelas crises epiléticas. A maneira como a criança vivencia sua doença, a forma como a família interage com o problema, a evolução da enfermidade e o desenvolvimento biológico das estruturas não afetadas pelo processo patológico vão, dar como resultante a personalidade completa desta pessoa que sofre de epilepsia.

Conclui-se que ao programar o tratamento de epilepsia, o primeiro e mais importante cuidado consiste em lembrar que apesar da existência de formas como o espasmo infantil e a síndrome de Lennox, desalentadoras e pouco frequentes, as crianças epiléticas diagnosticadas e tratadas precocemente apresentam desenvolvimento compatível a uma vida normal, podendo tornarem-se cidadãos úteis a si e a sociedade.

O controle das crises com medicação adequada, o atendimento psicoterápico e psicopedagógico precoce pode na maioria dos casos prevenir futuros distúrbios comportamentais e de aprendizagem, obtenção de maturidade social e capacida-

Na escola é preciso estimular os mestres a atribuírem a epilepsia seu justo valor para que se conscientizem de que, somente em circunstâncias excepcionais, quando existirem muitas desvantagens, não será adequado educar a criança epilética em um estabelecimento comum de ensino.

Sugere-se que, face a relevância da problemática, novos estudos analisem e aprofundem mais as dimensões da questão: As prováveis decorrências de epilepsia na aprendizagem escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCANTRA, Pedro de. Pediatria básica. 4.ed. São Paulo, Sarvier, 1974.
- AJURIAGUERRA, J. de. Manual de psiquiatria infantil. 2.ed. São Paulo, Prensa, 1983.
- ARAÚJO, Ivan Soares de. Epilepsia e doença mental. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 31(1):31-32, 1982.
- BITTENCOURT, Paulo Rogério et alii. Epilepsia e escola. Trabalho apresentado no II Simpósio Paranaense de Epilepsia. Curitiba, jun, 1984.
- _____. Epilepsia e inteligência. Trabalho apresentado no II Simpósio Paranaense de Epilepsia. Curitiba, jun, 1984.
- CARMICHAEL, L. Manual de psicologia da criança. Psicopatologia. São Paulo, Universitária de São Paulo, 1975.
- GRUNSPUN, Haim. Distúrbios neuróticos da criança. 4.ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1985.
- _____. Distúrbios psiquiátricos da criança. Rio de Janeiro, Atheneu, 1966.
- HILGARD, Ernest Ropiequet. Teorias da aprendizagem. 4.ed. São Paulo, Pedagógica e Universitária, 1973.
- JOHSON, Doris J. & MYKLEBUST, Helmer R. Distúrbios de Aprendizagem. São Paulo, Pioneira, 1983.
- KOLB, Lawrence C. Psiquiatria clínica moderna. 5.ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1976.
- KRECH, David & CRUTCHFIELD, Richard. Elementos de psicologia. 4.ed. São Paulo, Pioneira, 1973.
- KRYNSKI, Stanislaw. Deficiência mental Rio de Janeiro, 1971.

- LEFÈVRE, Diament. Neurologia infantil. São Paulo, Sarvier, 1980.
- LORENZO, Eloisa Garcia Etchegoyhen de. Epilepsia, inteligência e aprendizagem. Trabalho publicado na Revista Brasileira de Deficiência Mental, MEC, 8(2-4), jun/set, 1973.
- MACHADO, Maria Terezinha de Carvalho & ALMEIDA, Marlene Con-
cetta de Oliveira. Ensinando crianças excepcionais. Rio de
Janeiro, José Olímpio, 1969.
- MILLER, Michael. A saúde mental da criança. São Paulo, Ibrasa,
1969.
- MOSQUERA, Juan José Mauriño. Psicodinâmica do aprender. Porto
Alegre, Sulina, 1975.
- O'DONOHUE, Dublin. Pontos básicos na epilepsia infantil. São
Paulo, CIBA GEIGY, 1982. Fascículo 7.
____ Os primeiros seis meses. São Paulo, CIBA GEIGY, 1982. Fas-
cículo 9.
____ Epilepsia na infância. São Paulo, CIBA GEIGY, 1982. Fas-
cículo 8.
- REVISTA BRASILEIRA DE DEFICIÊNCIA MENTAL. São Paulo, jun/set,
1973.
- REVISTA BRASILEIRA DE DEFICIÊNCIA MENTAL. Anais do II Congresso
Brasileiro de Neuro-Psiquiátrica Infantil. São Paulo, jan/jun,
1971.
- RITZEN, Pierre Debray & MELÉKIAN, Badrig. Perturbações do com-
portamento da criança. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1973.
- ROUCEK, Joseph. A criança excepcional. São Paulo, Difusão Cul-
tural, 1973.
- SAIDE, Luiz Oswaldo. Aspectos psiquiátricos da epilepsia na in-
fância e adolescência. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio
de Janeiro, 31(3): 197-201, 1982.
- SODDY, Tregold. Retardo mental. 11.ed. Rio de Janeiro, Paname-
ricana, 1974.