

# **EPILEPSIA NA INFÂNCIA: ASPECTOS NEUROLÓGICOS, PSICOLÓGICOS E EDUCACIONAIS**

**Antonio Carlos Domene (UNESP)  
Florindo Stela (UNESP)  
Paulo Rennes Marçal Ribeiro (UNESP)**

## **RESUMO**

DOMENE, A.C.; STELA, F. e MARÇAL RIBEIRO, P.R. Epilepsia na infância: aspectos neurológicos, psicológicos e educacionais. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 38-56, 1991.

O presente artigo visa discutir a interrelação de aspectos neurológicos, psicológicos e educacionais da epilepsia na infância. São apresentados elementos sobre a natureza do fenômeno, suas características na infância e a existência de processos afetivos e emocionais. É introduzida a questão dos preconceitos, tabus, estigma e misticismo — fatores que interferem na estruturação psicológica da criança epiléptica. Destaca-se, ainda, a importância da observação da criança em ambiente escolar, particularmente a interação dela com professores e com outras crianças. Finalmente, enfatiza-se a necessidade de uma concepção interdisciplinar do problema, integrando informações provenientes das diferentes áreas que se preocupam em avaliar e promover o desenvolvimento infantil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Epilepsia, epilepsia infantil, estigma e misticismo.

## 1. INTRODUÇÃO

As diferentes formas de epilepsia representam alta prevalência entre os comprometimentos neurológicos e o estudo da natureza que a constitui ultrapassa as considerações estritamente médicas. Elementos afetivos e emocionais, mecanismos de aprendizagem, a existência de preconceitos, mitos e estigmas compõem um conjunto de fatores que agravam as interações da pessoa epiléptica com os membros da comunidade. Estes fenômenos comprometem a qualidade da compreensão que o epiléptico tem de si mesmo e a maneira como a sociedade o compreende.

A sugestão deste trabalho visa acrescentar à abordagem de um fenômeno tradicionalmente restrito à área médico-neurológica um novo enfoque que leve em consideração contribuições da Psicologia e da Educação. Desta forma, num primeiro momento, propomo-nos a discutir as características psicológicas da criança epiléptica e, num momento posterior, pretendemos sugerir às pessoas que lidam com ela — pais e professores, por exemplo — subsídios que facilitem o delineamento e a compreensão daqueles fatores psicológicos vivenciados pela criança. Finalmente, para compreendermos melhor os possíveis bloqueios no desenvolvimento psicológico que a criança epiléptica sofre na sua vida cotidiana e na escola, nos torna necessário procedermos à caracterização dos níveis de consciência que pais e professores possuem a respeito deste transtorno neuropsicológico. O conhecimento desta informação é pertinente porque a atitude de pais e professores para com pessoas com síndromes neurológicas, com freqüência é marcada pelo tipo de concepção que

fazem deste tipo de problema.

## 2. ABORDAGEM TEÓRICA DO PROBLEMA

### 2.1. Conceituação da epilepsia

Atualmente, muitos autores (AJURIAGUERRA, 1977; GOLDENSOHN, 1986; GRÜNSPUN, 1987) admitem que a epilepsia constitui-se numa síndrome neurológica que se origina de uma atividade excessiva e descontrolada do sistema nervoso central, no seu todo ou em parte. A pessoa predisposta a ela apresenta crises convulsivas quando o nível basal de excitabilidade do sistema nervoso central eleva-se acima de certo limiar crítico, precipitando as descargas elétricas de determinados circuitos neuronais.

Os fatores que desencadeiam a hiperexcitação desses circuitos neuronais consistem desde alterações metabólicas até lesões traumáticas e componentes emocionais. As crises cessam após alguns minutos, em decorrência, provavelmente, de alguns fenômenos denominados de "fadiga neuronal" ou "inibição ativa" de determinadas áreas do cérebro. As descargas neuronais produzem o aparecimento súbito de distúrbios transitórios das funções mentais ou movimentos musculares. Essas descargas não constituem um quadro que se poderia denominar propriamente de uma doença. Elas compõem um grupo de sintomas e processos que formam as chamadas síndromes epilépticas.

Todas as afecções capazes de provocar epilepsia possuem um aspecto em comum: a propriedade de aumentar a excitabilidade dos neurônios cerebrais. Os sintomas e sinais da epilepsia mais freqüentes são: perda parcial ou completa da consciência; espasmos ou abalos musculares, generalizados ou localizados; presença de comportamento aparentemente voluntário, ao lado de limitação da consciência.

Tradicionalmente, a epilepsia tem sido classificada nos tipos já conhecidos como grande mal, pequeno mal e epilepsia focal.

Na última década, entretanto, o estudo das síndromes epilépticas tem-se pautado por classificações mais consistentes e abrangentes. Assim, especialistas elaboraram uma classificação adotada internacionalmente e que apresenta como base os sintomas e sinais indicadores da localização da disfunção cerebral

inicial e sua propagação (EPILEPSIA, 1981).

### **Classificação Internacional das Convulsões Epilépticas**

- I. **Convulsões parciais (convulsões de início localizado) :**
  - A. Convulsões parciais simples (sem comprometimento do estado de consciência).
    - com sintomas motores.
    - com sintomas somatossensitivos ou sensoriais.
    - com sintomas do sistema nervoso autônomo.
    - com sintomas psíquicos.
  - B. Convulsões parciais complexas (com comprometimento do estado de consciência).
    - início como convulsões parciais simples, evoluindo para o comprometimento da consciência.
    - com comprometimento do estado de consciência desde o início.
    - apenas com comprometimento da consciência, acompanhadas de automatismos.
  - C. Convulsões parciais com generalização secundária.
    - secundárias às convulsões parciais simples.
    - secundárias às convulsões parciais complexas.
- II. **Convulsões generalizadas (bilaterais e simétricas e sem início circunscrito) :**
  - A. Crises de ausência
  - B. Convulsões mioclônicas
  - C. Convulsões clônicas
  - D. Convulsões tônicas
  - E. Convulsões tônico-clônicas
  - F. Crises atônicas
- III. **Convulsões Epilépticas Indeterminadas (dados incompletos) .**

O principal critério em que se baseia esta classificação de determinada convulsão consiste em saber se as descargas anormais, responsáveis pela produção da crise, têm origem numa estrutura unilateral do cérebro (convulsão parcial) ou em estruturas cerebrais bilaterais (convulsão generalizada). Outro critério importante consiste na preservação ou não da consciência.

As crises convulsivas podem, então, ser divididas em dois grandes grupos: convulsões parciais e convulsões generalizadas. As crises parciais têm origem unilateral, em áreas focais ou locais, podendo apresentar ou não propagação bilateral. Estas crises parciais compreendem, ainda, três tipos: crises parciais simples, que se iniciam em áreas circunscritas e sem comprometimento do estado de consciência; convulsões parciais complicadas originando-se em área circunscrita e propagando-se pelos dois hemisférios e com comprometimento do estado de consciência; e convulsões parciais tanto simples, como complicadas, de ampla propagação e que evoluem para a forma de convulsões motoras generalizadas. As crises convulsivas generalizadas, por sua vez, iniciam-se pela abrangência imediata dos dois hemisférios cerebrais e são acompanhadas de movimentos bilaterais do corpo e de alterações do estado de consciência. As convulsões generalizadas podem ser subdivididas em seis categorias: breves crises de ausência, acompanhadas de descargas eletroencefalográficas generalizadas em forma de complexos de ponta-onda, na frequência de 3 Hz; crises de ausência atípicas; convulsões mioclônicas; convulsões clônicas; convulsões tônico-clônicas; e crises atônicas. Segundo a classificação internacional, as convulsões que não se incluem no esquema adotado por falta de dados completos são denominadas de convulsões indeterminadas.

## **2.2. Fatores psicológicos e culturais**

### **a. Aspectos Psicológicos:**

TROSTLE et alii (1989) admitem que a epilepsia esteja associada a um nível considerável de disfunções psicológicas. Verificando estudos que utilizavam o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) entre populações da clínica médica, eles constataram que pessoas com epilepsia apresentam maior risco de desordens psicopatológicas em comparação com a população geral. Utilizando o WPSI (Washington Psychosocial Seizure Inventory), estes pesquisadores estudaram as manifestações de ajustamento psicológico em cerca de 125 adultos residentes em Minnesota, EUA, com idade entre 18 e 59 anos e sem características de retardamento mental, mas com epilepsia ativa na época da aplicação do instrumento. Concluíram que os indivíduos com crises epilépticas ou que ingeriam medicamentos anticonvulsivantes em seu tratamento há mais de 12 meses, apre-

sentavam um ajustamento psicológico mais pobre do que aquelas pessoas sem crises ou sem o uso de medicação anticonvulsivante.

#### b. Preconceitos e estigma:

O preconceito contra a epilepsia tem sido considerado como um dos fatores importantes de desajustamento emocional do epilético, afirma COELHO (1978). Na família, há a atitude superprotetora dos pais ou rejeição, sentimento inconsciente de culpa que constituem fatores geradores de conflito. Na escola, há relutância quanto à aceitação de alunos epiléticos, ou mesmo, tendência em estigmatizá-los como merecedores de piedade ou causadores de repulsa. Na atividade profissional, ocorre rejeição em relação a se aceitar o epilético para o trabalho, fato que o leva a ocultar a própria situação. Além disso, há o estigma da inferioridade hereditária.

### 2.3. Epidemiologia

A freqüência da epilepsia, de acordo com GOLDENSOHN et alii (1986), é aproximadamente a mesma em todas as regiões do mundo. A maioria das pesquisas revela incidência um pouco mais elevada no sexo masculino, provavelmente em conseqüências de traumatismos cranianos mais freqüentes entre os homens. Investigações de caráter epidemiológico têm mostrado que, nos Estados Unidos, cerca de 1% da população (mais de 2 milhões de habitantes) sofre de epilepsia. No Brasil, provavelmente, a prevalência da epilepsia não seja inferior às taxas existentes nos Estados Unidos e em outros países. E é possível que, aqui, sua prevalência seja bastante elevada na população infantil, devido às carências sócio-econômicas em que vive a grande maioria das famílias brasileiras, acarretando comprometimentos do desenvolvimento integral e constantes riscos no estado de saúde das crianças.

### 2.4. Fisiopatologia das crises convulsivas

Aceita-se, atualmente, que a origem das crises convulsivas localiza-se na excitabilidade anormal de um grupo circunscrito de neurônios, no caso das convulsões parciais, e na excitabilidade exagerada dos neurônios de toda a camada cortical, no caso de convulsões generalizadas. GOLDENSOHN et alii (1986)

explicam que, em condições normais, existe um equilíbrio entre as influências sinápticas excitantes e inibidoras que atuam sobre os neurônios íntegros e que, nas áreas epileptogênicas, os potenciais transmembrana revelam um excesso de impulsos sinápticos excitantes.

As alterações nos circuitos neuronais que produzem as convulsões, acompanham-se de modificações importantes no metabolismo cerebral. Estas, por sua vez, desencadeiam novas convulsões. Com a seqüência das crises convulsivas, verifica-se um aumento significativo do consumo cerebral de oxigênio e glicose e de compostos fosfatados de alto valor energético. Para garantir a oxigenação adequada do cérebro, o fluxo sanguíneo eleva-se em até quatro vezes, atendendo, assim, ao aumento do metabolismo dos neurônios do sistema nervoso central.

Em casos de convulsões prolongadas ou repetidas, como ocorre no estado de mal epilético, esses autores esclarecem que surgem alterações profundas, às vezes até irreversíveis, no teor de determinadas substâncias, como ácidos nucléicos — DNA e RNA — e proteínas do líquido céfalo-raquidiano. O conjunto de alterações bioquímicas, associado a fatores sistêmicos — como a acidose láctica, a hipotensão arterial e a hipóxia cerebral — que atuam durante o mal epilético, constituem elementos capazes de originar lesões no tecido neuronal. Estes fenômenos agravam ainda mais as condições neurológicas e aumentam a tendência a novas crises convulsivas.

GOLDENSOHN et alii (1986) sugerem dois mecanismos bioquímicos com atuação considerável no desencadeamento das crises convulsivas: defeitos na regulação das trocas eletrolíticas através da membrana celular; e comprometimento da transmissão sináptica, gerando despolarização dos neurônios e as conseqüentes descargas epileptogênicas.

## **2.5. Sintomatologia**

### **a. Convulsões parciais:**

De acordo, ainda, com GOLDENSOHN et alii (1986), as convulsões parciais constituem a forma mais freqüente de epilepsia e suas manifestações clínicas e eletroencefalográficas indicam que elas se originam em estruturas unilaterais. Tendo-se como referencial o comprometimento ou não do estado de consciência, as convulsões parciais subdividem-se em dois tipos prin-

cipais: convulsão parcial simples, durante a qual a pessoa não perde a consciência; e convulsão parcial complexa, com certo grau de comprometimento da consciência ou das respostas aos estímulos.

No quadro das convulsões parciais simples, os autores situam os "sintomas das convulsões psíquicas", que compreendem fenômenos como o "dejà-vu" e o "jamais-vu"; componentes afetivos, como medo e depressão; ilusões e distorções perceptivas, sobretudo visuais e auditivas; sensação de flutuação ou de despersonalização, em que o paciente tem a sensação de estar fora do próprio corpo. Estes sintomas psíquicos podem ocorrer de forma isolada, entretanto podem representar a aura de crises parciais complexas e mesmo preceder às crises tônico-clônicas generalizadas.

Ainda dentro do âmbito das convulsões parciais simples, os autores apresentam outras manifestações denominadas de crises somatossensitivas e crises motoras parciais. As primeiras incluem sintomas como dormência, insensibilidade e formigamento de membros; sensações de lipotímia; e zumbido nos ouvidos. As crises motoras parciais caracterizam-se pelo comprometimento da atividade motora de parte do corpo, como membros, cabeça ou face, e pela interrupção da fala.

Outros dados significativos que poderiam ser inseridos no conjunto dos sinais e sintomas das crises parciais complexas, resumem-se nos automatismos. O delineamento destes quadros revela sintomas de obnubilação da consciência, estados de amnésia durante ou após as convulsões, não reação aos estímulos verbais e demonstração de confusão mental.

#### b. Convulsões generalizadas:

A sintomatologia das convulsões generalizadas classificam-se em diversas subdivisões:

— Ausências: São também denominadas de "pequeno mal" e consistem em interrupção do estado de consciência por breves períodos de 3 a 15 segundos. Na crise, o paciente apresenta movimentos automáticos simples, retornando à lucidez e retomando as atividades anteriores após o seu término. Estes fenômenos costumam ter início após os 2 anos e meio e raramente depois dos 20 anos.

— Convulsões mioclônicas: Estas crises compõem um



quadro de contrações musculares involuntárias dos membros superiores, inferiores e do tronco. De acordo com os autores acima citados, estas mioclonias, assimétricas e de distribuição irregular, quase sempre indicam a existência de disfunção cerebral difusa, envolvendo sobretudo a metade superior do tronco cerebral.

– Espasmos tônicos: São movimentos de flexão súbita que atingem o tronco, a cintura e o pescoço.

– Crises atônicas: Nestes episódios, cujo início tem origem na infância, ocorre perda súbita do tônus postural. Estes fenômenos resultam, freqüentemente, em quedas e traumatismos.

## 2.6. Eletroencefalografia – EEG e outros exames

Embora um número significativo de pacientes com epilepsia apresente um eletroencefalograma normal, é de consenso geral que este exame representa um recurso indispensável para fins de diagnóstico e orientação terapêutica. O EEG consiste no registro das modificações dos potenciais bioelétricos gerados pelos neurônios do córtex cerebral localizados abaixo dos eletrodos aplicados no crânio do sujeito. Os autores admitem que este exame revela anomalias existentes em regiões profundas do cérebro, mesmo que o ponto de origem da descarga ou a lesão responsável por elas sejam de pequenas dimensões. As alterações do padrão bioelétrico provêm principalmente dos lobos frontais e temporais, devido à intensidade de conexões comissurais e profundas destas áreas.

Outros exames, além da clínica neurológica, que é fundamental, são a tomografia axial computadorizada, RX de crânio, investigação do líquido cefalorraquidiano, ressonância nuclear magnética, etc.

## 2.7. Tratamento – Conduta

As atitudes de modo geral adotadas para com o paciente epiléptico resumem-se nas seguintes medidas:

a. Identificação e afastamento dos fatores que possam gerar ou desencadear as crises convulsivas.

b. Procedimentos que garantam o equilíbrio bio-psico-social do paciente.

c. Prescrição medicamentosa tendo em vista a dimi-

nuição do número de crises, bem como a prevenção das mesmas.

d. Intervenção cirúrgica para aqueles pacientes cuja recuperação dependa exclusivamente deste procedimento.

e. Intervenção psicológica com a finalidade de contribuir para um melhor equilíbrio a nível pessoal do paciente.

Gostaríamos de lembrar que a psicoterapia, a orientação psicológica e a orientação educacional podem auxiliar o paciente a lidar de forma mais adequada com o fenômeno da epilepsia, a superar sentimentos de inferioridade impingidos muitas vezes pela família e pela escola e a evitar a submissão à idéia de estigma da epilepsia fortemente cravada na sociedade.

### 3. EPILEPSIA NA INFÂNCIA

A epilepsia infantil é uma disfunção que afeta a criança de forma muito significativa, merecendo atenção especial do médico. Este não pode descartar um atendimento interdisciplinar para êxito total do tratamento, em função das características específicas da criança, um ser ainda em franco desenvolvimento; e das crises, cujas manifestações são distintas daquelas apresentadas no adulto.

Considerando-se a fase de maturação do sistema nervoso, a criança tem maior predisposição às crises convulsivas, o que não implica, necessariamente, no surgimento de um quadro epiléptico crônico. Justamente pelo fato da criança ainda estar em fase de desenvolvimento, com sua personalidade em formação, sujeita aos condicionamentos culturais e aberta à aquisição de valores, normas e padrões psicossociais, é necessário que o problema da epilepsia não seja tratado apenas a nível neurológico. É indispensável a participação de profissionais afins, da família e da escola, num processo que envolva o universo social e emocional da criança, considerando-se o resultado de um completo exame psico-afetivo-motor.

A epilepsia, embora descrita e conhecida há muito tempo, somente obteve progressos decisivos na sua etiologia e tratamento a partir do século XX. Entretanto, este é um período muito curto e recente para se erradicar definitivamente da sociedade a ignorância e o preconceito em relação aos processos etiopatogênicos, muitas vezes considerados ainda como manifestações místicas, e que causam repulsa e medo nos indivíduos

“normais”. Esta superstição milenar é responsável pela dificuldade de integração do epiléptico na sociedade e, em se tratando da criança, o problema torna-se mais complexo. Isto ocorre por causa da ameaça de rejeição por parte das escolas e vizinhos que não desejam ter em seu alcance ou companhia uma criança “predestinada” a ter crises convulsivas na frente de seus alunos e filhos, traumatizando-os. Os pais da criança epiléptica, por sua vez, podem cair no erro da superproteção, impedindo que o filho desenvolva normalmente outras áreas que não estariam realmente comprometidas em função da epilepsia.

Esta visão tão corrente na sociedade não é tão correta quanto se pensa, pois o tratamento médico atual já consegue controlar as manifestações, permitindo a permanência e evolução da criança epiléptica na escola.

Porém, a incorporação de valores e conceitos negativos em relação ao portador da epilepsia é tão grande em nossa sociedade que se faz necessário um trabalho a nível psicológico e educacional, que previna possíveis agravamentos do processo de desenvolvimento da criança.

O estudo das características de personalidade e traços psicológicos da criança epiléptica, a compreensão do nível de consciência das pessoas que lidam com ela e a identificação da prevalência da epilepsia infantil em diversos grupos comunitários possibilitarão um trabalho preventivo e de intervenção, que auxiliará o tratamento da criança e sua aceitação pela família, escola e sociedade.

Um tratamento interdisciplinar envolve: **1) Neuro-pediatra ou Neurologista Infantil**, que, dentro de suas especialidades realizam o diagnóstico e a terapêutica medicamentosa. **2) Psicólogo Clínico ou Psiquiatra**, que trabalham com psicoterapia infantil, visando a elaboração ou harmonização dos conflitos, agressividade, repressão — frutos das restrições, preconceitos ou distúrbios de personalidade. Estes profissionais devem atuar, ainda, com psicoterapia familiar, considerando a percepção inadequada que os pais têm do fenômeno, a superproteção que dão ao filho e a ansiedade gerada pela situação que a criança vivencia. **3) Psicólogo Escolar, Orientador Educacional e Professor**, que devem participar da educação preventiva na escola, orientando o corpo docente e os próprios pais no sentido de ajudá-los a lidarem e conviverem com a criança epiléptica. Estes pro-

fissionais contribuem também com a necessidade que pais e alunos têm de não discriminar uma criança epilética, levando-lhes conhecimentos corretos sobre a epilepsia.

Os diversos quadros epiléticos, com manifestações clínicas específicas, ocasionam na criança problemas psico-sócio-afetivos generalizados, independentemente das características peculiares de cada tipo de crise. Isto nos leva à necessidade de também realizarmos um estudo destes quadros, envolvendo a atual classificação das crises. Estes dados são fundamentais para o conhecimento dos processos neurofisiológicos e patológicos responsáveis pelas alterações funcionais da criança.

Para LINS (1983), existem algumas formas peculiares de epilepsia na infância, conhecidas da seguinte maneira: Síndrome de West, de etiologias múltiplas e variadas. As principais causas deste tipo consistem em mecanismos anóxicos, infecciosos, alérgicos e metabólicos. O início ocorre por volta dos primeiros 6 e 7 meses de vida. Síndrome de Lennox-Gastaut: tem início mais freqüentemente entre 2 e 7 anos. As crises podem ser de tipo clônicas, ausências atípicas ou hemiclônicas. Podem ocorrer também crises parciais de sintomatologia mais complexa. Outra forma existente de epilepsia infantil constitui-se em: Epilepsias Benignas. Estas caracterizam-se pela presença de crises parciais ou generalizadas associadas a peculiaridades clínicas evolutivas e eletroencefalográficas. As crises manifestam-se em crianças aparentemente saudáveis, sem antecedentes patológicos significativos e sem sinais de lesões cerebrais evidenciados por procedimentos como tomografia computadorizada. Estas crises têm início entre 4 e 9 anos de idade e constituem uma das mais freqüentes formas de epilepsia de ocorrência na infância, representando, segundo LINS (1983), 24% da prevalência das diferentes formas de epilepsia.

A capacidade dos neurônios para a descarga depende geralmente de condições hereditárias (epilepsia familiar), de maturação (epilepsia dependente da idade), metabólicas (epilepsia metabólica e epilepsia de encefalopatias metabólicas) e adquiridas (epilepsia lesional).

Avaliando a epilepsia na infância, AJURIAGUERRA (1977) aponta para as seguintes manifestações de natureza clínica e eletroencefalográfica

### a. Crise generalizada primária

Esta classe de epilepsia ocorre na criança de 3 a 10 anos e configura-se freqüentemente como crises de "pequeno mal", com seus desdobramentos em ausências puras, mioclônicas e atônicas. Na criança de mais idade e mesmo no adolescente, é comum o surgimento de crises tipo tônico-clônicas de grande mal.

O EEG deste quadro revela impulsos bioelétricos generalizados, bilaterais, sincrônicos e simétricos, que se caracterizam como descargas pontas-onda de 3 c/s durante as ausências e polipontas-onda rítmicas nos episódios tônico-clônicos.

No tempo entre o aparecimento de uma crise e outra, de modo geral, não se verificam sinais neurológicos ou psíquicos que sustentem a hipótese de afecção cerebral.

Ainda não se compreendeu suficientemente o conjunto de causas deste tipo de crise. Entretanto, a tendência da explicação etiológica aponta para a predisposição hereditária. Como não se verificam lesões encefalopáticas evidentes, acredita-se que o prognóstico da epilepsia generalizada primária seja no sentido da melhora do paciente. Entretanto, a cura depende da capacidade de reatividade ao tratamento medicamentoso e da estrutura psíquica do sujeito.

### b. Crise generalizada secundária

A crise generalizada secundária apresenta algumas variações que incluem crises tônico-clônicas de grande mal que se generalizam secundariamente, crises atônicas, mioclônicas massivas e bilaterais e mesmo as ausências. Os diferentes tipos podem ocorrer num único indivíduo.

O EEG da epilepsia generalizada secundária revela descargas bioelétricas bilaterais, sincrônicas, mais ou menos simétricas, com pontas-onda lentas consignando este perfil uma freqüência de 2 c/s. Durante os episódios de ausência, ocorrem ondas pseudorrítmicas, ondas dessincronizadas durante as crises tônicas e de tipo polipontas-onda nas mioclonias massivas.

As crises generalizadas secundárias têm início na infância, chegando às vezes à adolescência e à idade adulta, e correspondem a uma epilepsia difusa ou multifocal e indicam a existência de encefalopatia epileptógena grave. Por isso, este quadro se acompanha de sinais neurológicos e neurorradiológi-

cos de atrofia cerebral e de sintomatologia indicadora de deficiência mental.

Compondo este conjunto de crises generalizadas, encontram-se os dois tipos de epilepsia já citados: a Síndrome de West e a Síndrome de Lennox. A primeira caracteriza-se por espasmos em flexão, com contrações musculares repentinas de curta duração, sobretudo axiais, e que atingem a cabeça, tronco e membros. Os espasmos são generalizados quando produzem contrações das cabeças aos pés, ou localizados quando se circunscrevem a uma região, como cabeça, membros superiores ou inferiores.

A Síndrome de West possui prognóstico sombrio, uma vez que a maioria das crianças afetadas serão portadoras de seqüelas neurológicas e mentais, como oligofrenia grave, embora se tenha assinalado a presença de casos de desenvolvimento normal.

A Síndrome de Lennox constitui uma afecção que delinea um quadro de encefalopatia epileptógena, com a presença de impulsos bioelétricos tipo pontas-onda lentas, de repetição irregular e pseudorrítmica ao EEG. Segundo o mesmo autor, o aparecimento desta síndrome é mais tardia do que o da Síndrome de West e sua etiologia se distribui aproximadamente da seguinte maneira: 30% correspondem a formas primárias; 36% são devidas a fatores perinatais; 18% a fatores pós-natais — meningite, encefalite e outros acometimentos; e 14% indicam a existência de fatores hereditários.

Do ponto de vista clínico, a Síndrome de Lennox, de modo geral, marca-se por crises tônicas, ausências atípicas e crises tônico-clônicas, estas sendo mais raras.

No período compreendido entre as crises, o EEG confirma uma atividade bioelétrica lenta, difusa, que sugere a existência de stress cerebral difuso.

Em relação à atividade psíquica, na Síndrome de Lennox manifestam-se déficit intelectual, alterações de personalidade e distúrbios de comportamento. Além disso, há sinais de comprometimentos piramidais e extrapiramidais e de outras estruturas, sugerindo a ocorrência de encefalopatia.

### c. Crise parcial

Neste tipo de crise, os sinais e sintomas consistem so-

bretudo em comprometimentos motores e sensitivomotores. Neste quadro incluem-se a chamada crise psicomotora, com incidência mais freqüente entre 3 e 15 anos de idade, durante a qual a criança pode perder a consciência e apresentar automatismos de movimentos. A criança portadora deste tipo de epilepsia pode revelar, ainda, a interferência de transtornos afetivos.

#### 4. OBSERVAÇÃO EM SALA DE AULA

No Brasil, é crescente o número de estudos que se realizam tentando compreender o que se dá na sala de aula. A forma de se estudar esse fenômeno varia, já que muitas variáveis atuam e influenciam o processo ensino-aprendizagem. Alguns desses estudos enfatizam aspectos relativos aos alunos, outros enfatizam aspectos relativos aos professores (BRANDÃO, Z., BAETA, A.M.B. e ROCHA, A.D.C., 1983). Um terceiro tipo de estudos diz respeito às interações que se dão entre os professores e os alunos no processo ensino-aprendizagem.

Dentre os estudos que enfatizam aspectos centralizados nos alunos, há aqueles em que os pesquisadores caracterizam psicologicamente os alunos que têm ou que não têm sucesso na escola. Os estudos de CARMO (1970), e MATTOS (1982), por exemplo, buscam correlações entre coeficiente intelectual e maturidade com desempenho do aluno na escola.

Nos estudos em que os aspectos relativos ao professor são enfatizados, nota-se uma preocupação dos pesquisadores em investigar, entre outros fatores, a habilitação e o salário do professor (BRANDÃO et alii, 1983), a expectativa do professor em relação aos alunos (BRITO, 1980), o estereótipo do professor, entre outros fatores, e suas correlações com os desempenhos dos alunos.

Num estudo de caso levado a efeito por GATTI et alii (1981), para se levantar as causas do fracasso escolar na primeira série do primeiro grau, vários fatores relacionados aos alunos e aos professores foram levantados e analisados. Em grande parte dos alunos repetentes foram encontradas afecções diversas: dentária, na garganta, na pele, no ouvido; além desses problemas de saúde (variáveis que podem afetar a aprendizagem dos alunos), levantaram-se dados das famílias: sua origem e sua condição social. Comparando-se as famílias de alunos repetentes

com as dos não-repetentes, verificou-se que as primeiras são mais pobres e que suas mães precisam e trabalham fora do lar. São, na maioria, famílias oriundas de outros estados da Federação. Pais de alunos repetentes têm um grau de escolaridade menor, comparando-se com pais de alunos não repetentes.

Esses dados, considerados em conjunto, nos dão uma idéia da situação (não desejável) na qual está envolvida grande parte das crianças que freqüentam as escolas públicas brasileiras. Não obstante, esses dados não permitem concluir que os fatores apontados determinam o fracasso escolar. GATTI et alii (1981) dizem que essas variáveis estudadas se encontram de forma marcante nos alunos repetentes, mas algumas também são encontradas em alunos não repetentes, tanto em uma população carente como em uma população não carente. Provavelmente, essas variáveis se constituem em fatores que contribuem (e se combinam ainda com outros, talvez desconhecidos) no resultado indesejável do fracasso escolar.

Variáveis sociais e variáveis de saúde afetam aquilo que o aluno faz e é aqui que o foco de análise deve ser mais convergente. Alunos com quaisquer tipos de problemas podem apresentar um padrão diferente de comportamento em relação a outros alunos. Grande parte de alunos desfavorecidos socialmente e/ou com problemas de saúde se encontram "esquecidos" dentro da sala de aula. Os professores os discriminam trabalhando somente com os alunos mais saudáveis e favorecidos economicamente (BASTOS, 1980; GATTI et alii, 1981).

Essa constatação parece que aponta para a necessidade de se estudar o que se dá na sala de aula entre as pessoas que interagem nela: é fundamental que se conheça o processo em que estão envolvidos o comportamento do professor em relação ao aluno e vice-versa.

A criança portadora de epilepsia faz parte deste quadro de alunos que necessitam de atenção e acompanhamento por parte do professor, para que o processo ensino-aprendizagem não seja comprometido, resultando num rendimento escolar deficiente ligado a estigmas por parte de colegas e dos próprios professores.

O comportamento do professor, como qualquer outro comportamento, é influenciado por muitas variáveis. Os comportamentos de ensinar, particularmente, podem estar sendo de-



terminados mais por variáveis estranhas e menos por variáveis que fazem parte (ou deveriam fazer) dos objetivos de ensino e variáveis do comportamento do aluno.

Dentre os estudos com essa preocupação, são encontrados na literatura aqueles que investigam a interação professor-aluno.

Nos estudos que visam descrever as interações que ocorrem entre o professor e os alunos, eventos são selecionados para observação e registro. O que determina a seleção desses eventos geralmente é o objetivo do pesquisador. Alguns estudos, como por exemplo o de SIMONASSI e METTEL (1980) têm preocupação com um caráter avaliativo ao estudarem a relação professor-aluno. Segundo estes autores, o estudo sistemático das interações tem importância na medida em que oferece subsídios para que se trace o perfil do "bom professor".

A relevância do professor compreender as interações que se dão entre ele e o aluno, pode ser ressaltada pelo estudo de BRITTO (1980). Esta pesquisadora pediu a professores que relatassem como são os alunos que não vão bem, o que de fato eles fazem e o que eles têm de diferente. Esse tipo de aluno, segundo os professores inquiridos neste estudo, brincam, conversam, ficam olhando para os lados, rabiscam carteiras, ficam sonhando, pintam, distraem-se com outras coisas, etc. Possivelmente todos os alunos, em algum momento, fazem estas coisas. Para que o professor entenda porque as crianças fazem o que fazem, é importante que ele tenha claro quais os eventos envolvidos, incluindo o seu comportamento, nas coisas que as crianças fazem.

Um dos sintomas da epilepsia mais freqüentes nas crianças em idade escolar é a crise de ausência, que se caracteriza geralmente por perda da consciência por um pequeno período de tempo — até quinze segundos. O "desligamento" da criança em relação ao meio ambiente pode ser mais facilmente percebido pela professora, uma vez que esta mantém contatos diários com a criança num ambiente que exige que a professora, naquele período de tempo, observe seus comportamentos e avalie sua atenção.

Em situações em que a criança é solicitada a ler um texto ou a escrever um ditado ou algo na lousa, torna-se possível a observação da crise de ausência pela professora. Para os

pais, esta constatação pode passar despercebida, uma vez que não são freqüentes as ocasiões em que a criança é solicitada a efetuar algo sob observação sistemática, como ocorre praticamente o tempo todo na sala de aula.

Não só nesta situação específica, mas em todos os outros sintomas epilépticos, é fundamental a observação da criança na escola por parte da professora e de sua participação na solução do problema do aluno. Este procedimento configura como significativa contribuição para orientação dos pais quanto à gravidade do problema, para o encaminhamento da criança ao médico e para a erradicação, no ambiente escolar, de atitudes preconceituosas e do estigma frente ao aluno portador de epilepsia.

## 5. CONCLUSÃO

Considerando a amplitude das síndromes epilépticas, assim como a importância de um enfoque interdisciplinar no seu tratamento, acreditamos que o método de acompanhamento terapêutico mais apropriado deverá abranger os seguintes passos:

- a. Avaliação neurológica da criança epiléptica:
  - diagnóstico neurológico;
  - dados da anamnese;
  - dados do EEG (Eletroencefalograma) e de outros exames complementares;
  - verificação da resposta à medicação específica adotada;
- b. Avaliação psicológica da criança epiléptica:
  - entrevista com os pais e anamnese da criança;
  - hora de jogo diagnóstica;
  - aplicação de instrumentos de medida psicológica (Testes de personalidade, de Nível Intelectual e o Teste Gestáltico Viso-motor de Bender);
  - encaminhamento da criança e/ou dos pais para Psicoterapia, sempre que for necessário;
- c. Estudo do comportamento da criança epiléptica em situações de sala de aula:
  - observação da interação da criança epiléptica com a professora e com outras crianças;
  - orientação dos professores, alunos e profissionais

da escola no tocante a condutas adequadas e não discriminatórias para com a criança epiléptica.

### S U M M A R Y

**DOMENE, A.C.; STELA, F.; MARÇAL RIBEIRO, P.R.** Epilepsy on childhood: neurologic, psychological and educational aspects. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 38-56, 1991.

*This paper attempts to discuss the interaction of neurologic, psychological and educational aspects of Epilepsy on childhood. Elements about nature of the phenomenon, its characteristics on childhood and the existence of affective and emotional process are presented. The question about prejudices, taboos, stigma and mysticism is introduced; these factors damage the psychological structure of the epileptic child. Besides, the importance of the observation at school environment is stressed, mainly the interaction with teacher and other children. Finally, the need of interdisciplinary conception of problem is emphasized for the purpose of integrating information from different areas working with assessment and promotion of the child development.*

**KEY WORDS:** Epilepsy, childhood epilepsy, stigma and mysticism.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. *Psicanálise da Criança*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
- AJURIAGUERRA, J. de *Manual de Psiquiatria Infantil*, Barcelona, Toray-Masson, 1977.
- BASTOS, E.S.B. "Interação verbal Professor-Aluno" in G.S. Morais, *Pesquisa e Realidade no Ensino de Primeiro Grau*, São Paulo, Cortez Editora, 1980.
- BRANDÃO, Z., BAETA, A.M.B. e ROCHA, A.D.C. "O Estado de Arte da Pesquisa sobre Evasão e Repetência no Ensino de Primeiro Grau no Brasil (1971-1981)". in *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 64 (147): 38-69, 1983.
- BRITO, U.M.V. *Expectativa do Professor: Implicações Psicológicas e Sociais*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo, 1980.
- CARMO, H.M.S. *O Problema dos Repetentes da Primeira Série Primária*

- nos Grupos Escolares de São Paulo. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo, 1970.
- CLAWSON, A. **Bender Infantil. Manual de Diagnóstico Clínico**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
- COELHO, L.M.S. **Epilepsia e Personalidade**, São Paulo, Ática, 1978.
- EPILEPSIA. Revisão da Classificação Clínica e Eletroencefalográfica das Convulsões Epilépticas. in *Revista Epilepsia*, (22): 489-501, 1981.
- GATTI, B.A., PATTO, M.H., COSTA, M.L., KOPIT, M. e ALMEIDA, R.M. "A Reprovação na Primeira Série do Primeiro Grau: Um Estudo de Caso". in *Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas*, (38): 3-13, 1981.
- GOLDENSOHN, E.S. "Epilepsia". in L.P. ROWLAND, **Tratado de Neurologia**, Trad. Hildegard Theiemann Buckup, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1986.
- GOLDENSOHN, E.S. "The non-convulsive epilepsies: clinical manifestations, diagnostic considerations, and treatment". in *Revista Epilepsia*, 24 (Suplemento 1) . 81-82, 1983.
- GORAYEB, R. **Psicopatologia Infantil**, Vol. 1, São Paulo, E.P.U., 1985.
- GRÜNSPUN, H. **Distúrbios Psiquiátricos da Criança**, Rio de Janeiro, Atheneu, 1987.
- LINS, S.G. **Epilepsia**, Recife, Editora da Universidade Federal de Pernambuco, 1983.
- MATTOS, A.L.V. **Caracterização Diferencial de Repetentes em Relação a Algumas Variáveis Psicológicas**, Dissertação de Mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo, 1982.
- PUENTE, M. de La e MACIEL JR., J.A. "Procedimentos Multimodais no Uso do Teste de Bender", in *Revista Estudos de Psicologia*, 1 (2) : 65-74, 1984.
- PUENTE, M. de La e MACIEL JR., J.A. "Procedimentos Operacionais na Avaliação do Teste de Bender Infantil", in *Revista Estudos de Psicologia*, 1 (3 e 4) : 76-92, 1984.
- SIMÃO, L.M. **Relações Professor-Aluno: Estudo Descritivo Através de Relatos Verbais do Professor**. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo, 1982.
- SIMONASSI, L.E. e METTEL, T.P. de L. "Interação Verbal Professor-Aluno em Uma Escola Maternal", in *Resumos da 32ª Reunião Anual da S.B.P.C.*, 1980, p. 900.
- TROSTLE, J.A. "Psychology and Social Adjustment to Epilepsy in Rochester, Minnesota", in *Neurology*, 39 : 633-637, 1989.
- VAN KOLK, O.L. **Interpretação Psicológica de Desenhos**, São Paulo, Pioneira, 1981.