

Crianças e Epilepsia

O PAPEL DO PROFESSOR

Uma guia para o pessoal da escola

Em Portugal, todos os anos há cerca de 4000 novos casos de epilepsia — destes a maioria são crianças ou adolescentes.

Epilepsia é um termo médico que significa uma repetitiva e geralmente breve alteração do funcionamento do cérebro, causada por uma anomalia da sua actividade eléctrica, a que se costuma chamar crise. Há muitos tipos de crises:

- ☞ Convulsões ou quedas súbitas.
- ☞ Episódios curtos e muito frequentes, de paragens.
- ☞ Sensações de distorção da realidade que os outros não notam.
- ☞ Comportamento confuso, quase hipnótico, durante o qual a criança não tem consciência do que se passa.
- ☞ Abalos momentâneos das mãos ou do corpo.

Embora as crises variem tanto na forma como são vistas como na forma como são sentidas, todas são causadas pela mesma coisa - uma mudança *temporária* no modo como as células cerebrais controlam o conhecimento e os movimentos corporais.

Várias doenças e acidentes físicos podem causar uma crise única numa criança. Contudo ter uma crise única não é ter Epilepsia. Epilepsia significa ter crises *repetidas*.

Hoje, graças ao tratamento regular com medicamentos que previnem as crises, muitas crianças com epilepsia ficam sem crises ou apenas as têm raramente, participando normalmente nas actividades escolares.

Contudo, as crianças que continuam a ter crises podem ter problemas na escola, problemas como isolamento dos colegas, baixa auto-estima e baixo rendimento escolar.

Felizmente muitos destes problemas ultrapassam-se ou previnem-se com a actuação correcta de uma equipa escolar informada, com especial destaque para o professor na aula e o enfermeiro escolar.

ATITUDES PERANTE AS CRISES

Como se referiu, a epilepsia produz crises que variam dramaticamente na espectacularidade (aparato), nos efeitos na criança e nas formas de controlo que requerem.

Ausência (antigamente chamada pequeno mal) as crises produzem alteração momentânea de consciência, algumas vezes acompanhada por movimentos na face, pestanejar ou movimentos dos braços. Podem ser frequentes. Diferem da distracção pois interrompem a actividade. A criança retoma imediata e completamente a consciência depois destes episódios.

Atitude : Assegure-se que a criança não perdeu alguma parte-chave da lição.

Crises parciais simples estão limitadas a uma área do cérebro. A consciência não se perde, embora a criança não seja capaz de controlar os movimentos corporais. Os sentidos podem ficar distorcidos durante a crise de tal forma que a criança vê, ouve, cheira ou experimenta sensações que não são reais.

Atitude: Se a criança parece confusa e assustada, conforto e dê apoio.

Crises parciais complexas (antigamente chamadas epilepsias psicomotoras ou do lobo temporal) produzem vários *automatismos* em que a consciência se perde ou fica nebulosa. A criança pode levantar-se e andar às voltas, não responder ou responder de forma incorrecta a ordens faladas, pode murmurar ou abrir uma secretária sem nexos nem objectivos. Pode parecer que está a dormir em pé (sonâmbula?) ou drogada. Algumas crianças aparentam medo durante a crise e podem tentar sair da sala.

Este tipo de crise demora, normalmente, um minuto ou dois, mas os sentimentos de confusão posteriores podem prolongar-se. A criança não se vai lembrar do que fez durante a crise. Aquilo que fez durante a crise não estava sob o seu controlo.

Atitude: Se a criança tem um episódio deste tipo e parece aturdida e desatenta (esquecida) do local onde está, o professor deve pegar-lhe no braço meigamente (se está longe do seu lugar), falar-lhe calmamente, e guiá-la até ao seu lugar cuidadosamente. Não a force ou fale alto. Se a criança resiste assegure-se que não corre qualquer risco. Se a criança está sentada, ignore os automatismos mas mantenha-o na sala até recuperar completamente a consciência. Ajude a reorientar-se se parecer confusa.

Crises tónico-clónicas generalizadas (antigamente chamadas grande mal) são convulsões em que o corpo fica rígido e/ou sacode; a criança pode dar um grito, cair inconsciente e então continuar a sacudir todo o corpo. Pode perder o controlo de urina e fezes. As crises duram cerca de um ou dois minutos. A respiração fica superficial ou mesmo suspensa brevemente - recupera logo que os movimentos acabarem. A criança pode ficar confusa, fatigada ou hostil quando recupera a consciência.

Atitude: A primeira ajuda numa crise convulsiva é proteger a criança de qualquer acidente enquanto decorre a crise. Não há outra ajuda que possa acelerar este processo pois a própria crise dispara mecanismos no cérebro que a levam até ao fim de forma segura. Quando acontecem estas crises o professor deve:

- ☞ Manter a calma. Assegurar às outras crianças que tudo ficará bem num instante.
- ☞ Deitar suavemente a criança no chão e afastar tudo à sua volta que o possa magoar.
- ☞ Colocar qualquer coisa suave e baixa (um casaco dobrado, p.ex^o) por baixo da cabeça de forma a não bater com a cabeça no chão enquanto o seu corpo sacudir.
- ☞ Voltar suavemente de lado. Isto mantém as vias aéreas livres e permite facilitar a drenagem de secreções da boca.

NÃO tente abrir a boca.

NÃO tente segurar a língua.

NÃO coloque nada na boca.

NÃO contrarie os movimentos.

- ☞ Quando os movimentos acabarem deixar a criança descansar até recuperar completamente a consciência.
- ☞ A respiração pode ter ficado superficial ou mesmo parada por momentos. Isso pode dar um aspecto azulado à pele e lábios da criança, que recupera naturalmente quando a crise termina. Nos casos raros em que a respiração não recupera, verifique se há alguma obstrução nas vias aéreas. É raro ser preciso fazer respiração artificial.

Algumas crianças recuperam rapidamente depois deste tipo de crises; outras precisam de mais tempo. É aconselhável um curto período de descanso, dependente do estado de consciência da criança.

Contudo, se a criança tem condições de permanecer na aula deve ser estimulada a fazê-lo. Ficar na aula (ou regressar logo que possível) permite continuar a participar na aula e é, psicologicamente, mais fácil para a criança. Claro que, se perdeu o controlo dos esfíncteres terá primeiro de ir à casa de banho. Uma muda de roupa que fica no gabinete de saúde ou noutra sítio evita constrangimentos quando isto acontece.

Se uma criança tem crises frequentes, tratar delas torna-se uma rotina, uma vez que o professor e colegas saibam o que os espera. Uma ou duas crianças podem ficar responsáveis pela ajuda enquanto as outras continuam com o seu trabalho.

Outras crises generalizadas (acinéticas, atónicas) produzem mudanças bruscas na tonicidade muscular que podem fazer cair a criança repentinamente, ou sacudir o corpo todo. Uma criança com este tipo de crises deve usar um capacete para proteger a cabeça. Estas crises são mais difíceis de controlar do que as outras e, em alguns casos, são acompanhadas dum certo grau de atraso mental.

Atitude: A criança deve ser ajudada a levantar-

-se, examinada se houve algum acidente devido à queda, tranquilizada e sentada calmamente até à recuperação completa.

ATITUDES DE EMERGÊNCIA

A maioria das crises convulsivas numa criança com epilepsia *não* é uma emergência médica. Normalmente resolve-se sem problemas. Não requer atenção médica imediata, a menos que:

- ☞ Uma criança tenha uma crise sem história conhecida de epilepsia. Outro problema médico pode ter causado a crise e deve pedir-se o tratamento urgente deste problema.
- ☞ Não recupere a consciência depois da crise terminar.
- ☞ Comece uma segunda crise pouco depois da primeira, sem recuperar a consciência entre as duas.
- ☞ A crise tenha duração superior a 5 minutos.

Se a criança se magoa na cabeça com força, quer durante a crise quer antes de começar, um ou mais dos seguintes sinais requerem *imediata* atenção médica.

- ☞ Dificuldade em despertar depois de vinte minutos.
- ☞ Vômitos
- ☞ Queixas de perturbação da visão.
- ☞ Dor de cabeça depois de um período curto de repouso.
- ☞ Perda de consciência com falta de resposta a estímulos.
- ☞ Dilatação da pupila dos olhos, ou se as pupilas estão de tamanhos diferentes.

Se a crise decorre durante a natação e há *qualquer* hipótese da criança ter ingerido grandes quantidades de água, deve ser observada pelo médico logo que possível mesmo que pareça completamente recuperada.

AJUDAR AS CRIANÇAS A COMPREENDER

Quando ocorre um episódio de automatismo ou convulsão na aula, toda a classe fica afectada.

A estranheza dum comportamento não usual ou a brusquidão dramática dum convulsão assusta as outras crianças.

Elas receiam pelo bem-estar da criança afectada. Estão preocupadas perante uma doença aparentemente grave em alguém que parecia tão saudável como elas, momentos antes, por isso sentem-se agora vulneráveis.

Quando isto acontece, as crianças precisam de informação real (concreta) de acordo com a idade. Precisam que se lhes assegure que o que aconteceu não os coloca em perigo nem à criança que teve a crise.

O medo gerado pelo episódio pode transformar-se em medo da criança que teve a crise, a menos que o assunto seja bem tratado. Pode mesmo acontecer que a criança seja marginalizada e/ou ridicularizada.

Quando o professor ou o enfermeiro escolar explica às crianças o que aconteceu, responde a todas as perguntas e dá-lhes oportunidade de dizer como se sentiram acerca do que se passou, o impacto da crise fica reduzido. Esta abordagem deve ter lugar logo que possível, após a crise.

Deve dizer-se ao jovem que teve a crise que está prevista uma conversa sobre Epilepsia e perguntar-lhe se quer participar nela. Se não quer ou não pode estar presente, deve-se dar-lhe conhecimento, posteriormente.

Durante a discussão da classe, o professor ou enfermeiro escolar deve descrever em primeiro lugar o que causou a crise e então pedir às crianças que façam perguntas e expressem os seus sentimentos sobre o que aconteceu.

Pontos-chave que ajudam as crianças a compreender.

- ☞ O que aconteceu à criança chama-se uma crise.
- ☞ Aconteceu porque durante um ou dois minutos o cérebro da criança não trabalhou como devia e enviou mensagens baralhadas ao resto do corpo. Agora que terminou a crise o cérebro e o corpo estão a trabalhar normalmente.
- ☞ Ter crises faz parte dum problema de saúde chamado epilepsia, que algumas crianças têm.

- ☞ Epilepsia não é sempre uma doença (pode ser apenas um “defeito”) e não é apanhada pelas outras crianças (não é contagiosa).
- ☞ As crianças que têm este problema tomam medicamentos para prevenir as crises mas, apesar de tudo, às vezes ocorre uma.
- ☞ As crises param por elas próprias, mas é bom saber os primeiros passos para ajudar a manter a criança protegida enquanto a crise acontece.

Se a crise foi uma convulsão o professor deve realçar que a criança não correu nenhum risco, mesmo parecendo que corria. Se a crise foi automatismos deve realçar que o que aconteceu não significa que a criança tem uma doença mental ou é “louca”.

Se a criança com epilepsia está presente deve ser metida na discussão com perguntas como:

- ☞ (À criança): Podes dizer-nos o que se sente quando se tem uma crise?
- ☞ (À classe): Quem nos diz o que pensa que sentiriam se tivessem uma crise? O que queriam que os colegas fizessem?
- ☞ (A todos): O que é mais importante para ajudar quem está a ter uma crise?

Resposta: Mantê-lo afastado de perigos e ser amigo quando acabar.

Mesmo quando a criança não pode estar presente na discussão devem colocar-se questões semelhantes para estimular a compreensão e aceitação quando regressar.

PREVENÇÃO DE CRISES

Muitas crianças com epilepsia conseguem controlar completamente as crises com o uso regular de medicação apropriada. Esta medicação tem de ser tomada desde uma a quatro vezes por dia. Isto significa que algumas crianças terão de tomar medicamentos durante a permanência na escola.

O tratamento bem sucedido depende da manutenção dum nível constante de medicação no sangue, por isso é importante que as doses sejam dadas a horas certas.

Em muitas escolas o enfermeiro escolar é quem dará o medicamento à criança todos os dias. O horário e a quantidade será combinado com os pais segundo a prescrição médica.

Contudo em algumas escolas será um professor a ter esta responsabilidade.

Qualquer que seja o acordo deve conseguir-se um horário de forma a permitir que a criança tome a medicação e devem ser feitos todos os esforços para que seja tomada a horas.

Embora os efeitos secundários dos medicamentos antiepilépticos sejam, numa forma geral, benignos, o aparecimento de fadiga, letargia, inapetência ou náuseas não usuais deve ser comunicado de imediato ao enfermeiro escolar e aos pais.

IDENTIFICAÇÃO DUMA CRISE

Quando os únicos sintomas numa crise são episódios repetidos de olhar fixo ou falta de resposta quase sempre é o professor o primeiro adulto a reparar neles.

Muitas crianças têm sido diagnosticadas e tratadas com sucesso devido a um professor atento.

Os sinais mais comuns numa possível crise são:

- ☞ Breves acessos de olhar fixo (5-10 segundos) em que a criança não responde a tentativas directas de chamada de atenção.
- ☞ Períodos de confusão.
- ☞ Queda da cabeça.
- ☞ Perda súbita do tónus muscular.
- ☞ Episódios de pestanejar rápido ou revirar os olhos.
- ☞ Movimentos da boca ou face acompanhados numa expressão fixa.
- ☞ Comportamento confuso e sem objectivo, que inclui passear ou movimentos repetitivos que não são próprios do contexto.
- ☞ Sacudida involuntária dum braço ou perna.

Observar um único exemplo de qualquer destas acções não significa que a criança tem crises. Pode ser causado por outros motivos. Mas se o professor observa um padrão destes, devem seguir-se as normas em vigor na escola quanto à saúde dos alunos.

Uma forma de proceder é discutir com o enfermeiro escolar ou professor responsável, seguindo-se um relato breve aos pais.

Só um médico pode diagnosticar epilepsia, por isso o papel do professor deve ser relatar aos pais o que tem observado e sugerir que mencionem estes episódios ao médico da criança, uma vez que estão a interferir com o aproveitamento escolar. Deixe ficar por aqui. Não sugira um diagnóstico. Se um professor observa a crise, o relato escrito da sequência dos acontecimentos pode ajudar bastante o médico.

APROVEITAMENTO ESCOLAR

Muitas crianças com epilepsia têm um QI normal em testes e acompanham a classe. Contudo há estudos que demonstram que um certo número de jovens nestas condições adquirem conhecimentos num nível abaixo daquele que seria previsível pelos testes.

Há várias razões para que isto aconteça:

- ☞ Os medicamentos que previnem as crises podem estar a afectar a capacidade de aprendizagem da criança. O fenobarbital tem esse efeito, por vezes; outros medicamentos também o fazem. Se a criança parece sonolenta e com falta de energia, deve comunicar-se com os pais. Uma mudança de medicamento ou de horário pode ajudar.
- ☞ Algumas crises, pouco evidentes, podem interferir com a atenção. Dificuldade em prestar atenção é um problema frequente em crianças com epilepsia, especialmente rapazes. A ansiedade perante a possibilidade de ter uma crise também pode afectar a atenção.
- ☞ Pode haver um estado subjacente no cérebro que interfere com a aprendizagem, memória ou no modo como o cérebro trabalha a informação. Estes problemas podem verificar-se na matemática, na leitura e em tarefas que envolvam a memória.
- ☞ A criança pode sofrer os efeitos de longos períodos de ausência da escola devido a testes médicos e tratamentos. Pode ter perdido aspectos importantes do ensino devido a crises não diagnosticadas.

As faltas à escola são o problema mais fácil de remediar, desde que se possa ter acesso a aulas especiais ou correctivas. Os outros problemas são mais subtis e podem requerer técnicas especiais para os identificar e ultrapassar.

Por exemplo, um exame feito por um psicólogo com treino em epilepsia pode ajudar a determinar se as dificuldades duma criança são devidas a alguma incapacidade de aprendizagem. Uma vez identificada a incapacidade, as técnicas de educação especial podem ajudar o jovem a ultrapassar o problema.

É importante lembrar que estes são problemas que só ocorrem em *algumas* crianças com epilepsia. A grande maioria das crianças com epilepsia frequentam a escola sem nenhuma destas dificuldades.

COMPORTAMENTO

A maior parte das crianças com epilepsia não têm problemas de comportamento e cumprem a disciplina da sala de aulas da mesma forma que todas as outras crianças.

Os problemas de comportamento das crianças com epilepsia podem ser causados por vários factores diferentes.

A própria actividade da crise, a medicação, a própria ansiedade e uma auto-estima baixa, ou superprotecção ou super-indulgência dos pais são factores que podem provocar problemas de comportamento.

Ocasionalmente uma criança pode ter problemas graves de comportamento que nada têm a ver com a Epilepsia, mas que podem resultar da mesma lesão cerebral que provoca as crises.

Identificar a causa dos problemas de comportamento numa determinada criança é o primeiro passo para lidar com eles de forma eficaz. Os pais da criança, o médico e outros profissionais têm de ser envolvidos neste processo, dependendo da gravidade do comportamento.

EVITAR A SUPERPROTECÇÃO

O maior problema das crianças com epilepsia é o esforço bem intencionado dos adultos de as proteger de qualquer dano. Os pais podem limitar a participação da criança nas actividades infantis normais devido ao medo que ocorra uma crise durante essas actividades ou que o exercício desencadeie uma crise.

Isto é lamentável por várias razões.

Primeiro porque a actividade física não está normalmente associada a maior número de crises; de facto estudos sugerem menos crises quando a criança é activa.

Segundo, a criança é excluída de experiências que lhe desenvolveriam comportamentos sociais e auto-confiança. Este sentido de ser diferente, de ser incapaz de se juntar ao que os outros fazem, provoca dependência e mantém a criança socialmente imatura.

A experiência escolar oferece à criança com epilepsia uma oportunidade única de quebrar com este padrão de superprotecção e isolamento. Sempre que possível deve ser encorajado a tomar parte em *todas* as actividades escolares.

É necessária uma supervisão cuidadosa quando uma criança que ainda tem algumas crises faz natação ou ginástica, mas com as cautelas adequadas estas actividades podem ser praticadas com segurança.

COMUNICAÇÃO

Quando existe boa comunicação entre pais e professores, o professor sente-se à vontade para fazer perguntas que o ajudarão a fazer o melhor pela criança. Essas perguntas podem ser:

- ☛ Que espécie de crises tem a criança?
- ☛ Como é que são?
- ☛ Que frequência têm?
- ☛ Que tempo duram, normalmente?
- ☛ A medicação é para ser tomada na escola?
- ☛ Que está combinado acerca disso?
- ☛ Qual tem sido a experiência anterior da criança com epilepsia na escola.

Se a criança tem raramente crises ou está completamente controlada, estas informações são suficientes.

Contudo, se as crises são frequentes, o professor deverá discutir com os pais a forma de lidar com elas, a forma como planeia explicar às outras crianças, se há alguma incapacidade de aprendizagem e se a criança tem conhecimento do seu problema e se sentirá à vontade a responder às perguntas que os colegas lhe possam colocar. Se a criança é suficientemente crescida e os pais concordam, deve tomar parte na discussão.

RESUMO

Quando uma criança tem epilepsia, um professor informado é essencial para o desenvolvimento social e pedagógico da criança.

- ☛ A compreensão da situação permitirá ao professor lidar com uma crise calma e eficazmente, e estar atento para os sinais de crises que possam ter escapado aos outros.
- ☛ A observação do professor e o relato de quaisquer mudanças na criança ajudarão os pais a colaborar mais eficazmente com o médico para o controlo das crises.
- ☛ O alerta do professor para os problemas pedagógicos que a criança possa enfrentar poderá resultar numa intervenção precoce, se necessário.
- ☛ O mais importante de tudo, um professor cuidadoso e bem informado pode prevenir o impacto social negativo da epilepsia na infância e ajuda as crianças atingidas a aproveitarem todo o seu potencial académico.

Liga Portuguesa Contra a Epilepsia

Av. Boavista nº 1015 - 6º andar s.601

4100-128 Porto

Tlf/Fax: 22 6054959

www.lpce.pt