



UNILASALLE
CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE



DOMITILA MAZUIM DA CRUZ

**UM “OLHAR” DA ENFERMAGEM
SOBRE OS PACIENTES COM EPILEPSIA**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Enfermagem do Centro Universitário La Salle-UNILASALLE, como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profª Ms. Gilca Maria Lucena Kortmann.

Canoas, 2007.

FOLHA DE APROVAÇÃO

DOMITILA MAZUIM DA CRUZ

**UM “OLHAR” DA ENFERMAGEM
SOBRE OS PACIENTES COM EPILEPSIA**

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário La Salle – UNILASALLE, pelo seguinte avaliador:

Prof^a Ms. Gilca Maria Lucena Kortmann.
Unilasalle

Canoas, 10 de julho de 2007.

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista, que é apenas o início de uma longa caminhada, à Rejane, Guaraci e Cláuser.

Meus pais, zelosos, mestres e exemplo, que fizeram brilhar em mim o amor pelo cuidado.

O irmão, amigo dedicado, que trás alegria a nossa casa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela sua orientação e cuidado com a minha vida.

À minha família, indispensável para que eu chegasse a este momento tão significativo de minha vida. Agradeço por toda a dedicação, incentivo e cooperação, estando ao meu lado também na realização deste trabalho.

Ao meu amor e amigo, futuro colega de profissão, pelo carinho, sensibilidade e dedicação, mostrou-se compreensivo e paciente mesmo nos momentos mais difíceis, incentivando-me a seguir em frente.

Aos meus amigos, incansáveis e prestativos que além de permanecerem comigo em todos os momentos, contribuíram para a construção do meu ser.

À minha querida orientadora, Prof^a Ms. Gilca Kortmann, que com sabedoria, conhecimento e sensibilidade orientou-me para que eu pudesse elaborar e concluir este Trabalho de Conclusão de Curso.

Aos professores do Curso de Enfermagem, porque contribuíram para a realização deste sonho.



Fonte: German Epilepsy Museum Kork, 2002

“Mestre, eu trouxe a ti o meu filho que tem um espírito mudo. Cada vez que o espírito o agride, joga-o no chão, e ele começa a espumar, range os dentes e fica completamente endurecido. Roguei aos teus discípulos que o expelisser, mas não o puderam. Se pedes... tudo é possível para quem tem fé” (Mc 9, 17-24).

RESUMO

O presente trabalho relata a Epilepsia e o olhar da enfermagem sobre seus pacientes. A Epilepsia é uma condição muito freqüente em todo o mundo, é a doença cerebral mais comum e um problema global, acometendo pessoas de todas as idades, raças e classes sociais. Uma crise convulsiva corresponde a uma descarga repentina, excessiva da atividade elétrica do sistema nervoso. Ocorre quando os neurônios do cérebro falham e geram uma descarga descontrolada da atividade elétrica no cérebro. Partindo do princípio de que o cuidar do corpo humano exige, necessariamente, um olhar para a dimensão total do ser, aos que precisam de cuidados de enfermagem, torna-se imprescindível, para nós enfermeiros, uma maior conscientização acerca do importante papel que desempenhamos ao interferir no espaço das pessoas. Dos pacientes com epilepsia são exigidos cuidados permanentes com medicações. Evitando fatores precipitantes, e adaptando-se ao estilo de vida “adequado” à sua enfermidade. A metodologia deste teve a fase de pesquisa, através da coleta de dados em instrumentos como livros, artigos científicos e mídia eletrônica e fase de redação, caracterizando-se pela redação do trabalho através das informações previamente coletadas. Para alterar o quadro atual, discriminatório da epilepsia, é importante a educação da população, e em particular, dos profissionais da área da saúde devido ao efeito multiplicador de conhecimentos e atitudes gerados pelas suas ações.

Palavras-chave: Epilepsia. Crises. Estilo de vida. Fatores precipitantes. Medicação. Olhar da enfermagem.

ABSTRACT

The present work relates Epilepsy and nursing's look about their patients. Epilepsy is a frequent condition in the world, it's the brain disease more common and a global problem, it attacks peoples of all ages, races and social classes. A convulsive seizures corresponds to a sudden and excessive discharge of the electrical activity of the nervous system. It occurs when the brain's neuronius fail and it generates a out of control discharge of the electrical activity in the brain. The human being's care requires, necessarily, a look at total dimension of the being, those need of the nursing's cares, it becomes indispensable, for us, nurses, a major consciousness of the important part that we play in interfere in the peoples space. It requires about the patients with epilepsy they are permanent cares with medications. It avoid hasty factors and to learn to be adaptable in their "lifestyle". The methodology of this work had the research's phase through data's collections in books, cientific articles and electronic media and writing's phase. This is characterized by work's writing through informations previously collectioned. Changing the current situation discriminated epilepsy is important the population's education and in particular, of the professionals health's area due to multiple effect of knowledges and attitude generated by their action.

Key words: Epilepsy. Seizures. Lifestyle. Hasty factors. Mediacations. Nursing's look.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 METODOLOGIA	13
4 A EPILEPSIA NA HISTÓRIA	14
5 EPILEPSIA	17
6 INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA	19
7 TIPOS DE CRISES EPILÉTICAS	21
7.1 Crises Epiléticas Parciais	21
7.1 Crises Epiléticas Generalizadas	21
8 AS CRISES CONVULSIVAS NA EPILEPSIA	23
8.1 Características Clínicas das Crises	23
8.2 Fisiologia e Etiologia	24
8.2.1 Fatores Etiológicos	24
8.2.2 Fisiologia Alterada	25
8.3 Manifestações Clínicas	25
8.3.1 Convulsões Generalizadas	25
8.3.2 Estado Epilético	26
8.3.3 Crises de Ausência	27
8.3.4 Precauções em Crises Convulsivas Generalizadas	28
9 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA	29
9.1 Eletroencefalograma	29
9.2 Exames Laboratoriais	30
10 TRATAMENTO	31
10.1 Principais Medicamentos Anticonvulsivantes	32
11 QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE EPILEPSIA	35
12 UM OLHAR DA ENFERMAGEM	38
12.1 Implementação	40
12.2 Considerações Especiais	41

12.3 Complicações	41
13 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
GLOSSÁRIO	47

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata de uma patologia cujos sinais e/ou sintomas acabam envolvendo manifestações motoras, sensitivas, sensoriais, psíquicas ou neurovegetativas, que ocorrem após uma descarga neural que poderá ser observada através do eletroencefalograma, que revelará o tipo e a localização destas descargas paroxísticas.

A epilepsia é um distúrbio cerebral crônico comum, de várias etiologias, caracterizado por manifestações epiléticas recorrentes e com múltiplas apresentações clínicas, entre elas as convulsões (KLIEMANN, 2004).

Pesquisas revelam que nos Estados Unidos, aproximadamente 2.000.000 de pessoas têm epilepsia, tornando sua prevalência semelhante a do Diabetes Mellitus e todo ano são diagnosticados pelo menos 100.000 novos casos (GUILHOTO, 2002). A maior prevalência da doença está nas regiões em desenvolvimento, provavelmente está relacionado a fatores como: desnutrição calórico-protéica, atendimentos inadequados da gestante e parturiente, infecções, convulsões febris e traumatismos crânio-encefálicos.

Vários trabalhos têm sido realizados para identificar o conhecimento e o comportamento das pessoas quanto à epilepsia nas diversas regiões do mundo, como Estados Unidos, Finlândia, Itália, Alemanha, Inglaterra, França, Holanda e Canadá. Constatou-se nesses estudos a falta de conhecimentos sobre epilepsia de grande parte da população, assim como a existência de preconceitos e estigmas (FONSECA, 2004). Estes surgem em diversas ocasiões, sendo atitudes discriminatórias contra pacientes portadores de epilepsia, além de medidas desnecessárias, quando não perigosas, para socorrê-los no decorrer de uma crise epilética.

Os pacientes epiléticos apresentam uma alta frequência de desajustes emocionais, os quais nem sempre estão associados à gravidade de seu quadro clínico, mas, frequentemente, à dificuldade de aceitar o próprio diagnóstico e as limitações que as crises acarretam (ABRANCHES, 2006). Dessa maneira, os pacientes comumente desenvolvem como mecanismo de defesa a negação do diagnóstico, visando manter o equilíbrio emocional. Após um período de negação, segue-se um período de conflito, no qual o paciente tende a aceitar essa nova realidade. A seguir, o paciente entra no período de depressão, começando a

assimilar a situação desprazerosa. Este período, se não for muito demorado, deve ser considerado normal, após o qual se segue, eventualmente, um período de aceitação (GUILHOTO, 2002).

Além disso, o paciente epilético encontra muito fatores estressantes. O primeiro é o estresse de ser portador de uma doença crônica. No entanto, a principal dificuldade do paciente epilético é a característica episódica de sua doença. O receio de ter convulsão constitui um estresse, levando a pessoa com epilepsia a ficar com medo de praticar atividades sociais normais. A ameaça é maior que a ocorrência. Além disso, a crise epilética é uma experiência desconfortável para quem a tem. Há tanto folclore associado a ela que a visualização deste episódio é considerada mais traumática para o espectador do que para o epilético.

A epilepsia não é uma doença mental, mas descobrir essa condição pode causar estresse e ansiedade. Sentimentos de ansiedade, depressão, raiva e frustração são reações naturais e os epiléticos não são imunes a esse sentimento.

Conviver com crises epiléticas envolve mais do que o ajustamento às intermitentes perdas de consciência, tratamento em longo prazo e supervisão médica.

Os enfermeiros fornecem cuidado para os clientes e famílias nas suas comunidades e locais de cuidado de saúde (PERRY, 2002). Para garantir um ambiente seguro, o enfermeiro precisa entender o que contribui para a segurança de um domicílio, comunidade ou ambiente de cuidado de saúde e então avaliar o cliente e o ambiente quanto às ameaças a sua segurança.

Neste trabalho trarei o tratamento do distúrbio, feito na ausência dos ataques, este consiste em eliminar alguma possível causa, ao mesmo tempo em que se administram fármacos que reduzem a excitabilidade cerebral e dessa forma evitam o aparecimento das crises.

Decorrente da minha vivência acadêmica tomei ciência da relevância social desta patologia e dos pacientes crônicos que por ela são acometidos. Em minhas experiências de estágios, enquanto acadêmica de enfermagem pude acompanhar alguns pacientes com esta patologia e suas famílias, estes em idades variadas, e com diferenças na aceitação da doença e do seu tratamento.

Meu interesse em estudar este assunto ocorreu principalmente devido à convivência com pessoas próximas acometidas de epilepsia. Sendo lamentável conviver com crises epiléticas, ainda mais quando há discriminação pela sociedade, estigmatizando os pacientes epiléticos que acabam tendo que lidar com graus variáveis de antipatia pública a sua condição clínica.

Acredito frente a essa situação, destaca-se a necessidade dos profissionais que prestarão assistência a esses pacientes tenham um olhar voltado às suas particularidades, bem como

proporcionar aos pacientes com epilepsia e suas famílias, orientações e informações adequadas para que estes possam executar o seu auto-cuidado. Desta forma, como enfermeira, terei “o olhar da enfermagem sobre os pacientes com epilepsia” abrangendo a dimensão total do ser, atento aos seus sentimentos e dúvidas, orientando quanto à importância de sua adesão ao tratamento e aceitação da doença crônica que é a epilepsia. Atuando na assistência e orientação dos profissionais cuidadores, familiares e pacientes quanto às precauções necessárias sobre as crises convulsivas. E, principalmente encorajando-o a seguir em frente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever os quadros que compõem a epilepsia, como narrar as formas de orientação e intervenção com pacientes que a possuem.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Contribuir para uma melhor compreensão dos interessados sobre o quadro epiléptico;
- b) Descrever as repercussões que um quadro como a epilepsia gera no olhar de “outros”.

3 METODOLOGIA

O instrumento utilizado para o desenvolvimento deste trabalho foi a pesquisa bibliográfica do tipo documental. Utilizei fundamentalmente contribuições de diversos autores sobre a epilepsia. A análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos seja complementando as informações obtidas por outras técnicas ou desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

Este tipo de estudo tem como objetivo básico a coleta de dados, para Gil, é recomendado nos estudos exploratórios que visam abordar realidades pouco conhecidas pelo pesquisador ou então fornecer visão aproximativa do problema pesquisado (GIL apud LEZANA 1991).

A pesquisa documental é uma das técnicas decisivas para as pesquisas em ciências sociais e humanas. É indispensável porque a maior parte das fontes escritas, ou não escritas, são quase sempre a base do trabalho de investigação. A informação documental tem que ser contextualizada, isto se os materiais se destinam a ser usados de modo descritivo ou em termos de estabelecimento de generalizações.

Este trabalho foi de revisão e constituiu-se de duas fases:

1ª) Fase de Pesquisa

Esta foi uma fase composta pela coleta de dados através de instrumentos como livros, artigos científicos e mídia eletrônica.

2ª) Fase de Redação

Esta fase caracterizou-se pela redação do trabalho através das informações previamente coletadas.

4 A EPILEPSIA NA HISTÓRIA

É importante analisar historicamente o reconhecimento da epilepsia, uma vez que esta é uma patologia que envolve mitos, medos de contaminação e estigmas. Os tratamentos e os métodos diagnósticos evoluíram com a tecnologia, mas a visão da doença pela sociedade na maioria das vezes é a mesma de séculos atrás.

Para Vogt, a epilepsia, no decorrer da história, encontrou diferentes formas de definição, diagnóstico e tratamento. Foi associada a possessões divinas e demoníacas, a doenças contagiosas ou à loucura. Assim como a loucura, a epilepsia foi estigmatizada, imprimindo marcas que persistem até os dias de hoje. Em decorrência disso, muitos portadores podem ser vítimas do preconceito, fato que colabora para que numerosas pessoas tornem-se resistentes a admitir o diagnóstico ou a consentir em iniciar um tratamento adequado (VOGT, 2006).

Na antigüidade a epilepsia era associada às forças sobrenaturais, à possessão espiritual ou demoníaca. Crenças como essas estiveram presentes na Babilônia (2500 a 600 aC), entre os egípcios e em determinados períodos na Grécia. Os gregos acreditavam que quando uma pessoa tinha uma convulsão ela era tocada por deuses.

Na Idade Média era chamada de doença do demônio.

A epilepsia foi reconhecida pela primeira vez como uma doença do cérebro por Hipócrates. Mas foi somente em 1889 que verificou em exames pós-morte a associação entre lesão de córtex frontal e crises convulsivas motoras focais. Inicialmente a demonstração da presença de lesões focais em pacientes com epilepsia era realizada apenas em estudos pós-morte sobre alterações clínicas, eletrencefalográficas e neuropatológicas em pacientes com epilepsia (PALMINI, 1999).

Hipócrates, em torno de 460-375aC, quem passou a afirmar que a epilepsia não tinha uma origem divina, sagrada ou demoníaca, mas que o cérebro era responsável por essa doença. E apenas muitos anos depois, Galeno, em torno de 200 dC fez a primeira classificação de

diferentes formas da doença. Apesar das afirmações de Hipócrates e Galeno, as crenças em torno da epilepsia como possessão, maldição ou castigo perpetuaram por muito tempo.

A epilepsia foi vista em animais filogeneticamente mais antigos que o homem, sugerindo que já havia animais epiléticos antes que o homem surgisse. As mais remotas descrições da epilepsia, porém, são dos egípcios e dos sumérios e datam de 3500 a.C. Por volta de 1700 a.C., o principal documento que trata de neurologia no Egito Antigo, o Papiro de Smith, cita possíveis crises convulsivas nos trechos que descrevem ferimentos na cabeça. Na Suméria (Mesopotâmia), nessa mesma época, vários textos, em acadiano, registram muito bem crises epiléticas. Todas as idéias relacionadas à medicina vinculavam-se a fenômenos sobrenaturais, magia e maldições.

No século VI, a medicina grega avançou significativamente na compreensão das doenças, entre elas a epilepsia. Remédios, dieta e hábitos saudáveis, e não sacrifícios aos deuses, rezas ou magias, poderiam tratar os epiléticos. Para fazer o diagnóstico, baseavam-se na observação cuidadosa dos sinais e sintomas do doente.

Há descrições, por exemplo, de auras visuais, auditivas e vegetativas. O termo "aura" (que em grego significa "brisa") designa a sensação que ocorre no início da crise e se originou na história de um professor de Galeno.

No final do século XIX e no início do século XX, o estudo das auras se mostrou importante para a localização da região do cérebro geradora de crises. Diversos pesquisadores estudaram a epilepsia, destacando-se Areteus da Capadocia, Galeno de Pergamo (a maior autoridade médica juntamente com Hipócrates durante o domínio do Império Romano no século II d.C.) e Celso Aureliano (CENDES, 2005).

Na Roma antiga, essas crenças mesclavam-se com a idéia de que a epilepsia era uma doença contagiosa e, a pessoa portadora, impura. Na Europa medieval, essa idéia continuou apesar da "doença sagrada" passar a ser conhecida como "doença das quedas". As pessoas portadoras da epilepsia eram segregadas da igreja, não podendo participar da eucaristia para que não contamissem ou profanassem o copo e o prato da comunhão.

A doença era vista como uma maldição, algo que só se poderia desejar ao pior inimigo. Nesse período, alguns médicos suspeitavam que a contaminação se dava pela respiração e essa crença prevaleceu ainda no início do século XX, quando se preconizou a vacinação para erradicação de um microorganismo que seria o agente da epilepsia, *Bacillus epilepticus* (VOGT, 2006).

Segundo Cendes, na Renascença e com a Revolução Científica, a anatomia fundamental para o conhecimento do corpo humano passou a ser realmente estudada, com dissecções e observações meticolosas das estruturas. Na Idade Média, a epilepsia foi relacionada com doença mental e contagiosa. São tabus que persistem até hoje, devido à falta de divulgação de informações corretas (CENDES, 2005).

A Bíblia também cita a epilepsia: em Mateus 17:14-18, Marcos 9:17-27 e Lucas 9:38-42, relata-se o caso de um jovem epilético levado a Jesus em busca de cura.

Dados históricos indicam que as seguintes personalidades podem ter sido epiléticas: Molière, Blaise Pascal, Nicolo Paganini, Alfred Nobel, William Morris, Pitágoras, Sócrates, Isaac Newton, George Frederick Handel, Peter Ilich Tchaikovsky, Ludwig Van Beethoven, Samuel Jahnsen (CENDES, 2005).

5 EPILEPSIA

A epilepsia é um distúrbio do cérebro que se expressa por crises epiléticas repetidas. As crises epiléticas acontecem quando ocorrem alterações elétricas cerebrais. É como se acontecesse uma "tempestade elétrica" cerebral. As crises epiléticas não estão sob o controle de consciência normal, não podem ser retardadas ou precipitadas, são paroxísticas e episódicas com o retorno do paciente ao estado "normal" entre os eventos. Podem ser desencadeadas por febre, suspensão abrupta da medicação anticonvulsivante, fadiga física, ingestão de álcool, privação de sono, hiperventilação, emoções. Alterações do sono e uso irregular dos medicamentos são as causas comuns de aumento de frequência de crises (CENDES, 2005).

Paglioli Neto sintetiza o conceito de epilepsia como “uma condição crônica, ou um grupo de doenças que têm em comum crises epiléticas que recorrem na ausência de doença tóxico-metabólica ou febril” (PAGLIOLI NETO, 1995).

A aura designa a sensação que ocorre no início da crise convulsiva. É o conjunto de manifestações, habitualmente subjetivas, que precedem a chegada de uma crise de epilepsia e fornecem informações precisas sobre a localização da lesão nos hemisférios cerebrais (LAROUSSE, 2002).

Algumas pessoas têm uma sensação distintiva ou algum sinal de advertência antecedendo a crise, a aura. Embora algumas auras sejam desagradáveis, podem ser úteis para atentar o paciente e/ou familiares dando-lhes tempo de se preparar para a crise, mantendo-se a salvo de ferimentos. A maioria de ferimentos das crises acontecem se não houver nenhum sinal de advertência, se o aviso não for reconhecido ou se não houver tempo suficiente para serem tomadas as precauções adequadas.

Para Amato, os principais tipos de auras epiléticas são neurovegetativas, comportamentais, sensoriais, gástricas, vertiginosas e visuais. Nas auras neurovegetativas incluem-se palidez, sudorese, cianose, taquicardia, piloereção, rubor facial e apnéia. Nas auras comportamentais incluem-se choro, irritabilidade, gemidos, agitação picomotora, alteração do humor, desatenção, apatia e gritos. Nas auras sensoriais, cefaléia, parestesia, dor abdominal, dor em

membros e epigastria. Nas auras gástricas há náuseas e vômitos. Nas vertiginosas ressaltam-se as tonturas. Nas visuais incluem-se escotomas, alterações visuais, amaurose e fotofobia (AMATO, 2003).

As crises epiléticas são eventos clínicos que refletem disfunção temporária de um conjunto de neurônios de parte do encéfalo (crises focais) ou de área mais extensa envolvendo os dois hemisférios cerebrais (crises generalizadas). A crise epilética é causada por descarga elétrica anormal excessiva e transitória das células nervosas, decorrente de correntes elétricas que são fruto da movimentação iônica através da membrana celular.

Em geral, os pacientes epiléticos carregam um “rótulo” de incapacidade, limitação e dependência. O estigma de ser epilético frequentemente gera problemas psicossociais que podem ser tão ou mais incapacitantes que as crises propriamente ditas.

A rejeição social contra portadores de epilepsia começa, muitas vezes, na infância, por atitudes inadequadas, mais comuns em pais menos informados e com conseqüências negativas no desenvolvimento dos filhos. Essa rejeição se continua com suposições errôneas de limitação de inteligência e de desempenho relacionadas à epilepsia (FONSECA, 2004).

6 INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

Epilepsia é o distúrbio sério do cérebro mais comum em todo o mundo. É, possivelmente, a mais universal de todas as entidades médicas. Aproximadamente 100 milhões de pessoas terão epilepsia em algum momento de suas vidas e 5% da humanidade terão pelo menos uma crise epiléptica durante a vida, o que também não é epilepsia (CENDES, 2005).

Estima-se que a prevalência esteja por volta de 2% nos países em desenvolvimento, o que nos faz supor que existam mais de 3 milhões de brasileiros com epilepsia.

Vogt afirma que a epilepsia acomete as pessoas independentemente da raça, do sexo e das condições socioeconômicas e acompanha a espécie humana desde sua origem. A epilepsia é o mais comum dos distúrbios neurológicos crônicos graves e o tipo de crise, a frequência e a imprevisibilidade quanto à hora de ocorrência são atributos que causam adversidades ao próprio paciente, aos familiares, assim como à sociedade como um todo (VOGT, 2006). Por isso, ela se torna uma questão de saúde pública.

Nos países desenvolvidos, espera-se que 1% da população desenvolva epilepsia até os 20 anos de idade. Mais de 3% da população deverá ter epilepsia aos 80 anos. Nesses países, a tendência dos últimos anos sugere que a frequência dos casos novos em crianças diminua e na população idosa aumente.

Epilepsia ocorre principalmente nos extremos de faixa etária, acometendo mais as crianças (particularmente abaixo de 2 anos de idade) e os idosos (mais de 65 anos). Os homens são 1,1 a 1,7 vezes mais acometidos que as mulheres nas epilepsias recém-diagnosticadas.

A taxa de incidência de epilepsia é variada na literatura, indo de 11 a 131 por 100.000 pessoas por ano e a prevalência de 1,5 a 30 por 1000. Nos Estados Unidos, a prevalência de epilepsia é maior na população não branca, embora não esteja claro se essa diferença decorra de fatores raciais ou socioeconômicos ou de ambos (CENDES, 2005).

Para Souza a epilepsia é comum na infância afetando aproximadamente 5-10 crianças em cada 1000. A maioria das pessoas com epilepsia começou a apresentar crises antes dos 20 anos e, mais de 50% dos casos tiveram início na infância. Desta forma, muitas pessoas tiveram a experiência de sua primeira crise num período crítico para aquisição e

desenvolvimento de competências cognitivas e sociais, causando prejuízos acadêmicos, interpessoais e vocacionais ao longo de tempo. A epilepsia quase sempre se arrasta por muitos anos e acaba afetando o desenvolvimento por um longo período (SOUZA, 1999).

7 TIPOS DE CRISES EPILÉTICAS

Paglioli Neto registra que a existência de diversas formas de manifestação clínica da epilepsia sempre dificultou a sistematização de uma classificação universalmente aceita. No entanto, a maioria das classificações fundamenta-se numa diferenciação entre crises parciais, as quais iniciam numa determinada região do cérebro, e crises generalizadas, que afetam o cérebro como um todo desde o início (PAGLIOLI NETO,1995).

7.1 Crises epiléticas parciais

São as crises que afetam parte do cérebro:

- **Simples:** caracterizam-se pelo fato de o paciente ficar consciente durante a crise. As mais freqüentes são as motoras, que podem se manifestar como abalos musculares das mãos, pés ou face; estas crises podem progredir para um lado todo do corpo e pode seguir-se de uma crise tônico-clônica.
- **Complexas:** associadas a uma alteração da consciência. O aviso pode ser uma sensação de sonho, de medo, opressão no estômago que sobe para a garganta, alucinações (ouvir sons, sentir cheiros e gostos estranhos), etc. A essas sensações seguem-se perda de contato com o meio ambiente, aumento da salivação, movimentos de mastigação, de marcha e/ou movimentos com as mãos. Essas crises podem ser seguidas de crises tônico-clônicas (CENDES, 2005).

7.2 Crises epiléticas generalizadas

São as crises que afetam todo cérebro. Suas manifestações somáticas são:

- **Crise Tônico-clônicas:** podem se iniciar com um grito acompanhado de perda da consciência com queda ao solo, endurecimento do corpo e abalos musculares generalizados. Pode ocorrer perda de saliva com sangue devido à mordedura da língua,

coloração arroxeadada dos lábios, respiração ruidosa, às vezes ocorre perda de urina. A duração é de poucos minutos e após a crise há sonolência, podendo acordar com vômitos, dor de cabeça e dores musculares.

- Crise Tônicas: ocorre perda da consciência, queda ao solo, o corpo fica endurecido, respiração irregular, aumento da salivagem, coloração arroxeadada.
- Crise Mioclônicas: tem breve duração e manifestam-se principalmente no despertar, com movimentos bruscos de todo o corpo (como um choque ou susto), principalmente dos braços.
- Crises de Ausência: a crise se manifesta como um desligamento: há interrupção da fala e da atividade por alguns segundos, voltando logo a seguir à atividade que estava realizando. Essas crises podem se repetir várias vezes ao dia, ocorrendo perda de consciência (CENDES, 2005).

8 AS CRISES CONVULSIVAS NA EPILEPSIA

Cendes registra que a crise convulsiva é a forma mais conhecida pelas pessoas e é identificada como “ataque epilético”. Neste tipo de crise a pessoa pode cair no chão, apresentar contrações musculares em todo o corpo, mordedura da língua, salivação intensa respiração ofegante e , as vezes , até urinar (CENDES, 2005).

As crises convulsivas podem ser desencadeadas por sons repetitivos, flashes luminosos, videogames, uso intermitente de computador. Mesmo um estímulo leve é capaz de desencadear uma convulsão em um paciente com epilepsia. Os estímulos muito fortes, como determinados medicamentos, a oxigenação insuficiente do sangue ou a hipoglicemia podem desencadear um convulsões.

O distúrbio convulsivo é um termo utilizado para englobar diversas variedades de distúrbios episódicos da função cerebral. As convulsões não devem ser consideradas como doenças específicas, mas como sintomas do distúrbio subjacente (NETTINA, 2003).

8.1 Características Clínicas das Crises

A aura geralmente está presente. A mais comum é epigástrica, ocorrendo com outros sintomas autonômicos ou psíquicos, inclusive emoção (ex., medo). Sensações olfatórias ou gustativas podem ocorrer. A aura geralmente dura vários segundos.

As crises parciais complexas costumam iniciar-se com parada de atividade e olhar fixo; automatismos oroalimentares e complexos são comuns. A postura anormal de um membro superior pode ocorrer contralateral à descarga ictal. A crise geralmente dura de 1 a 2 minutos.

A fase pós-ictal inclui desorientação, déficit de memória recente, amnésia do evento e afasia, se as crises começam no hemisfério dominante. Essa fase dura vários minutos (CENDES, 2005).

8.2 Fisiopatologia e Etiologia

Segundo Guardiola, nas crianças menores até os três anos predominam as crises por alteração ligada ao parto, anormalidades genéticas ou malformações e as crises desencadeadas por febre. Após os três anos aparecem as epilepsias idiopáticas, as lesões ligadas ao parto e as secundárias a trauma crânio-encefálico (GUARDIOLA,1997).

8.2.1 Fatores Etiológicos

Os distúrbios convulsivos são idiopáticos ou relacionados a diversos fatores contribuintes.

Os fatores pré-natais são a predisposição genética, anomalias estruturais congênitas, infecções fetais, doenças maternas.

Os fatores perinatais compreendem trauma, hipóxia, icterícia, infecção, prematuridade, abstinência de drogas.

Os fatores pós natais englobam: infecção primária do SNC, doenças infecciosas na infância, traumatismo craniano, doenças circulatórias, encefalopatia tóxica, encefalopatia alérgica, encefalopatia metabólica, doenças degenerativas, neoplasias cerebrais, doença renal, anoxia (NETTINA, 2003).

Quadro 1- Etiologia das Epilepsias

Etiologia das Epilepsias				
Período Neonatal	Dos 4 meses aos 3 anos	Dos 3 anos aos 18 anos	Adulto Jovem	Adulto
Lesões ligadas ao parto	Convulsões Febris	Epilepsia Idiopática	Trauma	Doença vascular
Anormalidades Genéticas	Lesões ligadas ao parto	Lesões ligadas ao parto	Tumor	Trauma
Alterações Metabólicas	Infecções do SNC	Trauma Crânio-Encefálico	Epilepsia Idiopática	Tumor
Infecções do SNC	Trauma Crânio-Encefálico	Infecções do SNC	Lesões ligadas ao parto	Doenças Degenerativas
Privação de Drogas	Infecções do SNC	Doenças Degenerativas	Infecções do SNC	
	Alterações		Doenças	

	Metabólicas		Degenerativas	
--	-------------	--	---------------	--

Fonte: GUARDIOLA, 1997, p. 333.

8.2.2 Fisiologia Alterada

O mecanismo básico para as convulsões parece ser a despolarização prolongada, fazendo com que a células cerebrais se tornem hiperativas e descarreguem de maneira súbita, violenta e desordenada.

Este surto paroxístico de energia elétrica espelha-se para as áreas subjacentes do cérebro ou pode saltar para áreas distantes do SNC, resultando em convulsão.

A base bioquímica das convulsões é compreendida de forma incompleta, mas algumas parecem ocorrer sob a influência de um fator de deflagração, como:

- Fatores hormonais, como os relacionados com o período menstrual, menarca e menopausa.
- Fatores não sensoriais, como a hipertermia, hiperventilação, distúrbios metabólicos, privação do sono, distúrbios emocionais e estresse físico.
- Fatores sensoriais, como os ligados à visão, audição, tato, reação de tremor (NETTINA, 2003).

8.3 Manifestações Clínicas:

A seguir seguem os tipos de convulsões.

8.3.1 Convulsões Generalizadas (Tônico-Clônicas)

O início é abrupto.

- Pode ocorrer à noite.
- Uma aura (sensação peculiar, freqüentemente tonteira) ocorre em cerca de um terço das crianças epiléticas antes de convulsão generalizada.

Espasmo tônico.

- O corpo todo torna-se rígido;
- Há perda de consciência;
- A face pode tornar-se pálida e distorcida;

- Os olhos são freqüentemente fixos em uma posição;
- As costas podem ficar arqueadas com a cabeça mantida para trás ou para um dos lados;
- Os braços geralmente ficam flexionados ou fletidos e as mãos fechadas;
- Quando em pé, há queda ao solo;
- Poderá haver emissão de um grito lancinante peculiar;
- Com freqüência há incapacidade de engolir saliva;
- A respiração é ineficaz sobrevivendo a cianose, quando os espasmos incluem os músculos respiratórios;
- O pulso pode tornar-se fraco e irregular.

A fase clônica é caracterizada por movimento rítmico e em contratura que seguem o estado tônico. Geralmente começam em um local se tornando generalizadas, incluindo os músculos da face.

Devido a contração rigorosa e súbita da mandíbula e músculos abdominais pode haver mordedura da língua, bochecha e incontinência urinária (NETTINA, 2003).

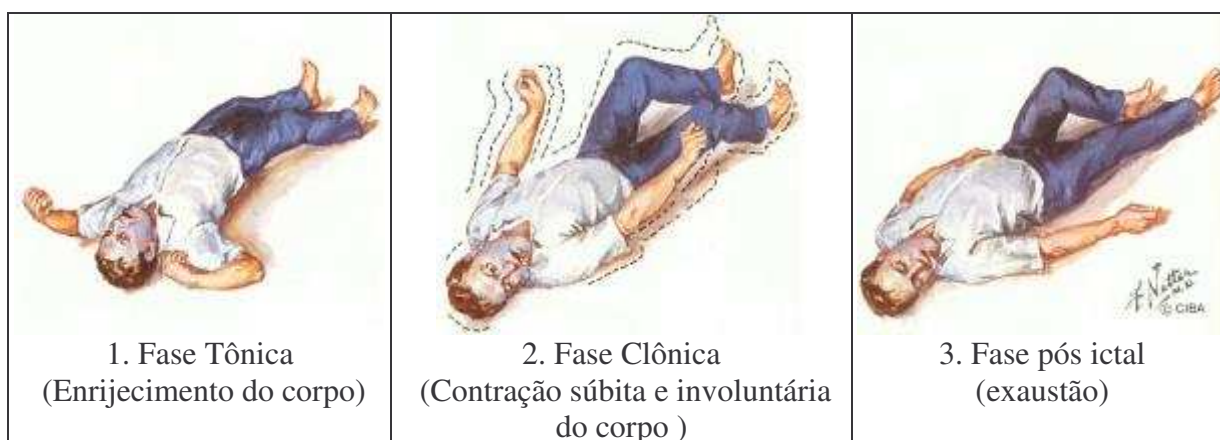


Figura 1- Crise do Grande Mal ou Crise Tônico-Clônica Generalizada que leva aproximadamente 2 minutos.

Fonte: German Epilepsy Museum Kork, 2002

8.3.2 Estado Epilético

Estado de convulsões contínuas ou recorrentes que duram mais de trinta minutos, ou, ainda, que ocorrem em uma série sem a recuperação da consciência pelo paciente entre as crises.

Os sinais e sintomas pós-comiciais transitórios são ataxia, afasia e lentidão mental. A lesão do tecido cerebral pode ocorrer secundariamente à hipóxia ou hipoglicemia cerebral prolongada, não às próprias convulsões. Esta condição deve ser tratada como emergência (NETTINA, 2003).



Figura 2 - Espasmo infantil em um bebê de cinco meses, com duração de 2 a 3 segundos.
Fonte: German Epilepsy Museum Kork, 2002

8.3.3 Crises de Ausência

Há perda do contato com o ambiente durante alguns segundos. Pode parecer estar olhando fixamente algum ponto ou tendo devaneios.

A duração é geralmente de cinco a dez segundos. A frequência varia de uma ou duas por mês a várias centenas por dia.

Os fatores precipitantes são: hiperventilação, fadiga, hipoglicemia e estresse. No estado pós-comicial o paciente parece normal, e não está ciente de haver tido uma crise (NETTINA, 2003).

8.3.4 Precauções para crises convulsivas generalizadas

Tomando-se precauções apropriadas, podemos ajudar a proteger um paciente contra lesões, aspiração e obstrução das vias aéreas durante a ocorrência de crises.

É necessário planejar as suas precauções utilizando as informações obtidas do histórico do paciente. Analisar qual o tipo de crise este paciente já teve, se ele está ciente dos fatores exacerbantes (privação do sono, doses erradas de anticonvulsivantes e mesmo infecções do trato respiratório superior podem elevar a frequência de crises em pessoas predispostas), verificar se a crise mais recente foi um episódio agudo ou resultou de uma condição crônica (SCHULL, 2004).

Os pacientes considerados como de risco para crises incluem aqueles com histórico de crise ou com condições que podem predispor as convulsões. Estas condições incluem a hipoglicemia, a hipóxia, a abstinência de drogas ou álcool e o traumatismo do Sistema Nervoso Central (SNC). Os pacientes com risco para convulsão necessitam de medidas de precaução para ajudar a prevenir lesões na ocorrência de uma crise.

9 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Guardiola ressalta que o diagnóstico da epilepsia é feito levando-se em consideração o quadro clínico e o aspecto eletroencefalográfico. Além do eletroencefalograma, exames de neuroimagem são imperativos, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética (GUARDIOLA, 1997).

Apesar de todo avanço tecnológico, principalmente dos eletroencefalogramas sincronizados e dos exames de neuroimagem, na investigação da epilepsia o seu diagnóstico em princípio continua a ser eminentemente clínico e dependente das informações na maior parte daqueles que assistem as crises epiléticas. Deste ponto de vista, três partes são determinantes, definir se o paciente tem epilepsia, classificar o tipo de crise epilética e definir a etiologia de base.

Segundo Amato, a classificação da crise epilética é fundamental não somente para confirmar o diagnóstico de epilepsia, mas também como guia importante para escolha da droga inicial e para a formulação do prognóstico (AMATO, 2003).

Raramente os neurologistas têm a oportunidade de assistir a uma crise epilética, e com isso sua caracterização depende das informações do paciente quando possível ou, na maioria das vezes, de outras pessoas, como a família.

O diagnóstico da epilepsia é baseado na história clínica, a forma mais adequada de diagnosticar uma crise é observar o episódio. A contribuição de uma testemunha ocular é fundamenta.

9.1 Eletroencefalograma

O eletroencefalograma (EEG) mostra as anormalidades características durante as convulsões. Um eletroencefalograma é importante no diagnóstico de epilepsia.

A eletroencefalografia é um dos maiores instrumentos de investigação para epilepsia. A forma mais freqüentemente utilizada é o eletroencefalograma (EEG) que é um registro da atividade elétrica cerebral usando eletrodos.

9.2 Exames Laboratoriais

- a) Eletrólitos séricos, magnésio , cálcio e glicemia de jejum.
- b) Exames toxicológico, as overdoses de medicamento podem provocar convulsão.
- c) Hemocultura as infecções do SNC podem causar convulsões .
- d) Os níveis séricos de medicamentos anticonvulsivantes devem suceder a terapia.

10 TRATAMENTO

O tratamento da epilepsia é feito através de medicamentos anticonvulsivantes que evitam as descargas elétricas cerebrais anormais, que são a origem das crises epiléticas. Este costuma ser longo e implica em muita força de vontade do paciente, a fim de chegar ao controle das crises. Os anticonvulsivantes podem causar efeitos colaterais tais com sensação de cansaço, mal-estar digestivo ou sonolência, variando de acordo com o fármaco, dosagem e particularidades de cada paciente.

Com os avanços na neurocirurgia ao longo dos anos, e avanços nos métodos diagnósticos, de neuro-imagem, na anestesia e no instrumental surgiram as cirurgias de epilepsia, mas, habitualmente a epilepsia não é tratada com cirurgia, esta aplica-se aqueles pacientes cujas medicações não têm o efeito esperado, sendo esta indicada em casos excepcionais.

Neto afirma que não existe uma frequência absoluta de crises que coloque o paciente como candidato à cirurgia, mas geralmente considera-se fora de controle medicamentoso aquele paciente com uma ou mais crises por mês (PAGLIOLI NETO, 1995).

O uso de anticonvulsivantes é fundamental na terapia da epilepsia. Infelizmente, o tratamento farmacológico da epilepsia não está livre da iatrogenia. Efeitos colaterais são comuns mesmo quando não reconhecidos, sobretudo porque atuam principalmente nas crianças num período crítico do desenvolvimento e aprendizagem (SOUZA, 1999).

O tratamento das epilepsias é feito através de medicamentos que evitam as descargas elétricas cerebrais anormais que são a origem das crises epiléticas.

Os medicamentos para as crises não tem efeito imediato. Portanto não adianta usar o medicamento só após acontecer a crise. O mesmo costuma ser longo e implica em muita força de vontade do paciente, a fim de ter o controle das crises.

Os medicamentos normalmente necessitam ser ingeridos em 8, 12 ou 24 horas, dependendo da medicação prescrita. Tomar os medicamentos na dosagem correta e no horário indicado é um dos passos importantes para obter sucesso no tratamento.

Segundo Guilhoto, as consultas periódicas permitem que a quantidade de medicamento seja ajustada a necessidade individual do paciente, além de possibilitar a identificação de fatores que possam estar contribuindo para o aumento das crises (fatores desencadeantes) e também para a verificação dos efeitos colaterais que, às vezes, aparecem com o uso dos medicamentos (GUILHOTO, 2002). Esses efeitos não costumam interferir nas atividades diárias, mas, é imprescindível orientar os pacientes quanto ao seu tratamento.

Kliemann afirma que para aceitação do tratamento, é fundamental que o paciente seja esclarecido sobre o seu diagnóstico e prognóstico, os objetivos do seu tratamento e a necessidade de manter níveis plasmáticos estáveis dos fármacos dentro da sua faixa terapêutica (KLIEMANN, 2004).

Algumas regras importantes que os profissionais da área da saúde devem orientar os pacientes com epilepsia para obterem sucesso do tratamento:

- Consultar periodicamente (a cada 2 ou 3 meses);
- Tomar as medicações nos horários prescritos;
- Evitar esquecer de tomar as medicações, mas caso ocorra tomar imediatamente quando lembrar;
- Nunca dobrar a dose no horário seguinte, para substituir a outra dose que foi esquecida;
- Atentar com o uso de bebidas alcoólicas, pois o álcool pode facilitar o aparecimento das crises;
- Procurar dormir o suficiente e fazer as refeições nos horários regulares;
- Verificar a existência de algo que facilite a ocorrência das crises.

10.1 Principais Medicamentos Anticonvulsivantes

Quadro 2 – Principais Medicamentos Anticonvulsivantes

<i>Medicamentos</i>	<i>Efeitos adversos</i>
Fenobarbital (Gardenal)	Sonolência.
Fenitoína (Hidantal)	Aumento das gengivas e crescimento de pêlos.
Valproto (Depakene, Valpakine)	Náuseas, vômitos, ganho de peso, perda de pêlos, tremor, irregularidades menstruais.

<i>Medicamentos</i>	<i>Efeitos adversos</i>
Carbamazepina (Tegretol)	Tonturas, sonolência, desequilíbrio, náuseas, vômitos, diplopia, leucopenia, mal-estar gástrico.
Lamotrigina (Lamictal)	Sonolência, tremor, náuseas, vômitos, ataxia, tonteira, cefaléia, ganho de peso.
Vigabatrina (Sabril)	Agitação, irritabilidade.
Topiranomato (Topomax)	Sonolência, adormecimento das extremidades.
Benzodiazepina (Rivotril, Frisium)	Sonolência, aumento da secreção brônquica.
Oxycarbazepina (Auram, Trileptal)	Sonolência, tonturas.
Clonazepan (Klonopin)	Sonolência, alterações de comportamento, cefaléia, palpitações.
Fenobarbitol (Tuminal)	Sonolência, tremor, náuseas, ataxia, tontura, cefaléia, ganho de peso.
Tomotriagina (Tamictal)	Fadiga, sonolência, tremor, ganho de peso.
Gabapentina (Neurotin)	Ganho de peso, sonolência, náuseas, cefaléia, tremor.

Fonte: GUILHOTO, 2002.

- Carbamazepina (CBZ): Reduz a frequência das descargas neuronais, bloqueando a atividade dos canais de sódio. Os efeitos colaterais, quando presentes, não são suficientemente graves para a retirada da droga. Dentre eles, pode-se citar sonolência, tonturas, falta de concentração e sinais cerebelares, como nistagmo e ataxia.
- Valproato de sódio (VAL): Não promove bloqueio de canais de sódio, mas, provavelmente, inibe a degradação de GABA ou aumenta a sua síntese. Os efeitos colaterais mais frequentes são náuseas, vômitos e diarreia. Há também queixas de ganho de peso e queda de cabelos, além da possibilidade de causar tremor e diminuição da cognição.

- Fenitoína: Provavelmente age pelo mesmo mecanismo da CBZ, além de atuar sobre canais de potássio e ter um efeito sobre o receptor de GABA. Os efeitos colaterais incluem náuseas, vômitos, instabilidade, disartria, diplopia e nistagmo. Em altas doses, pode causar encefalopatia. Outros efeitos são linfadenopatia, rashes cutâneos, acne e hirsutismo.
- Fenobarbital: Potencializa a transmissão de GABA. Devido aos efeitos colaterais associados, é indicado somente para pacientes com crises intratáveis, que não responderam a outros regimes terapêuticos. Os efeitos mais comuns são reações adversas relacionadas ao afeto, comportamento e cognição. Produz também dependência e uma síndrome grave associada ao aumento das crises e efeitos psiquiátricos quando interrompido abruptamente.
- Primidona: Pró-droga metabolizada para fenobarbital e feniletilmalonamida, sendo preferível o uso do próprio fenobarbital. Como o fenobarbital, requer um período prolongado de retirada para evitar os efeitos adversos já descritos.
- Benzodiazepínicos: Potencializam a inibição GABAérgica. Seu principal papel é no tratamento do estado de mal epilético, apesar de alguns serem aplicados no tratamento de epilepsia crônica. São menos eficazes que outras DAEs e produzem sedação e tolerância à sua ação antiepilética.

11 QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE EPILEPSIA

Qualidade de vida é um conceito subjetivo baseado na perspectiva do sujeito, como sente e funciona. Souza afirma que a qualidade de vida tem sido avaliada em outras condições como doenças renais, doenças pulmonares crônicas, artrites, doenças mentais e câncer (SOUZA, 1999). Na epilepsia, há longo tempo, reconhecem-se os problemas que afetam a vida das pessoas, mas só recentemente avaliações sistemáticas têm abordado o assunto dentro do conceito teórico que dá substrato aos programas sobre qualidade de vida.

O estilo de vida moderno, principalmente nas grandes metrópoles, tem induzido de modo mais intenso a reflexão sobre o assunto. Qualidade de vida é um conceito subjetivo e o transporte desse tema para o campo saúde/doença, aumenta sua complexidade, pois o impacto da doença na vida de uma pessoa depende de vários fatores, nem sempre controláveis. Assim como saúde não pode ser definida simplesmente como ausência de doença, qualidade de vida não pode ser considerada apenas como ausência de queixas e reclamações. Para Frayman, é um conceito que dá prioridade ao ponto de vista individual, refletindo as diferentes formas que o indivíduo portador de alguma doença pode ver o mundo e seus objetivos pessoais (FRAYMAN,1999).

A interferência de uma mesma doença na vida de dois indivíduos com o mesmo tipo de resposta ao tratamento será diferente, dependendo da forma como cada um percebe as restrições nas atividades da vida diária.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida em relação aos seus objetivos e expectativas, considerando o contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive (FRAYMAN, 1999).

Tradicionalmente, o tratamento da epilepsia enfatiza aspectos neurológicos mais do que fatores psicológicos. A atenção voltada simplesmente para o controle das crises no contexto clínico pode não ser suficiente para entender a grande amplitude de problemas que afetam a qualidade de vida das crianças com epilepsia.

Segundo Souza, muitas das dificuldades psicossociais dos adultos com epilepsia desenvolvem-se a partir de complicações associadas ao início da doença. Crianças com epilepsia têm alta prevalência de problemas de comportamento e aprendizagem. Avaliar a qualidade de vida em crianças com epilepsia é importante, especialmente porque elas passam por períodos críticos de desenvolvimento, durante os quais são desenvolvidas habilidades cognitivas e sociais (SOUZA, 1999).

O conceito de qualidade de vida ampliou as considerações sobre maneiras de cuidar e atender o portador de epilepsia. A inclusão de informações e métodos psicológicos sobre o status psicológico em adição às informações sobre o controle das crises permitem controlar variáveis que interferem na terapêutica dos pacientes com epilepsia.

Salgado afirma que o diagnóstico de epilepsia acarreta um rompimento na maneira como o indivíduo se percebe, na sua vida social e econômica e nos seus planos de futuro (SALGADO, 2003). Desta forma a epilepsia não pode ser considerada um estado, ela é um distúrbio episódico, no entanto, é um distúrbio estigmatizado, apontam para a diferenciação existente entre crise e epilepsia.

Segundo os autores, a crise tem um limite de duração, ela termina, enquanto que a epilepsia, para muitas pessoas, é uma condição crônica, que limita os pacientes em suas atividades diárias.

A epilepsia afeta cada pessoa de forma diferente. Apenas os portadores de epilepsia percebem as limitações e restrições de cada dia. Todas as crises têm um significado dependente da história de vida de cada indivíduo determinando, assim, padrões de resposta em relação à doença.

Salgado afirma que a epilepsia tem um impacto maior na saúde mental e social do que na saúde física, comparando-a com outras doenças crônicas (SALGADO, 2003).

Um distúrbio crônico é um processo de ajustamento e mudança contínuo (BURY apud SALGADO, 2003).

O desenvolvimento de uma doença crônica modifica a maneira como o indivíduo se percebe, modifica sua vida social e econômica e seus planos de futuro. Em geral, a percepção de bem-estar de uma pessoa portadora de uma doença crônica sofre mais influência dos mecanismos da auto-avaliação do significado de estar doente, do que com o próprio estado físico.

Para Frayman, a epilepsia, em função das crises e de sua cronicidade, é condição que altera a vida do portador tanto no aspecto físico quanto psicossocial. É uma síndrome estigmatizada, que impõe restrições desde o aspecto familiar, passando pela escola, trabalho e lazer, até

aspectos legais, como no caso da direção de automóveis. Apesar de na maioria dos casos a epilepsia ser controlada com drogas antiepilépticas adequadas, existem aproximadamente 20% dos pacientes epiléticos cujas crises são intratáveis (FRAYMAN, 1999).

De uma forma ou de outra, a epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso, com crises epiléticas freqüentes é condição que interfere direta e negativamente na qualidade de vida dos pacientes, dificultando-lhes principalmente a integração social.

Geralmente, pacientes portadores acreditam que têm pouco controle de sua doença e de sua vida. A experiência de falta de controle e incerteza é central para estes pacientes. Isto se aplica às crises, falta de controle do próprio corpo, dependência da medicação e de ajuda dos outros significativos (AMIR apud SALGADO, 2003).

Salgado afirma que pessoas com epilepsia generalizam seus sentimentos de falta de controle durante a crise para outros aspectos de suas vidas, e desenvolvem uma expectativa de que certas experiências estão além de seu controle. Há uma associação entre a falta de controle nas crises e em outros aspectos da vida. Podendo assim estar associado a psicoses e principalmente depressão e dificuldade de ajustamento psicossocial (SALGADO, 2003).

Embora muitas crianças com epilepsia tenham poucas dificuldades no desenvolvimento social e cognitivo, a literatura mostra que a epilepsia está associada com maior risco para uma variedade de problemas de comportamento e aprendizagem. Segundo Souza, crianças com epilepsia comumente mostram uma discrepância entre performance acadêmica e habilidade intelectual (SOUZA, 1999). Nestes momentos é fundamental a presença e o apoio da família, incentivando na participação das atividades escolares.

Souza relata que com relação ao desenvolvimento comportamental e emocional, considerável número de informações mostram o aumento de problemas de comportamentos entre crianças com epilepsia, mesmo quando, são comparáveis com população de crianças com outros problemas crônicos, como por exemplo, diabetes e asma (SOUZA, 1999). São freqüentes os comportamentos de insegurança, imaturidade, dependência, falta de autonomia, irritação, nervoso e baixa auto-estima, dificuldades estas que acabam sedimentando-se no adulto. Problemas de comportamento em crianças com epilepsia são relacionados com uma variedade de fatores sociais envolvidos no processo de ajustamento, em particular, variáveis envolvendo a relação pais-filhos.

12 UM OLHAR DA ENFERMAGEM

Partindo do princípio de que o cuidar do corpo humano exige, necessariamente, um olhar para a dimensão total do ser, inclusive de sua essência existencial, compreendida como dimensão ontológica daqueles que precisam de cuidados de enfermagem, torna-se imprescindível, para nós enfermeiros, uma maior conscientização acerca do importante papel que desempenhamos ao interferir no espaço de privacidade das pessoas (MACHADO, 2007).

Segundo Paglioli Neto, ao contrário de muitas outras enfermidades, a epilepsia é uma disfunção episódica e não uma doença onde a manifestação patológica apresenta-se continuamente. No entanto, apesar das crises ocorrerem por breves períodos durante o curso de um mês ou um ano, sua presença está constantemente ameaçando a paciente epilético (PAGLIOLI NETO, 1995).

Esta constante ameaça não trás consigo apenas o medo da queda ao solo e possíveis traumas, mas, principalmente o receio do “olhar” alheio frente àquela sua situação de fragilidade. Alguns pacientes com epilepsia relatam ter um sentimento imenso de impotência frente à situação, onde há perda de consciência, e só ficam sabendo o que ocorreu e como através dos outros, na fase pós ictal, outros estes que após findada a infância na maioria das vezes não são familiares ou pessoas próximas e queridas, “acostumadas” com as crises.

Para Machado é preciso resgatar a empatia como atributo para que o enfermeiro aceite as limitações do outro, compreendendo-o dentro do seu esquema, sobretudo, através do exercício de se colocar no lugar do cliente (MACHADO, 2007). É bom que se acrescente, aliás, que o bom enfermeiro não deve ser uma pessoa de quem se supõe deter apenas conhecimento científico, mas também deve ser aquele de quem se espera que saiba se colocar no lugar de seus clientes. Clientes estes em questão que trazem consigo algumas vezes a dor da desilusão da família, por não ser o filho desejado pelos pais, a criança idealizada, várias famílias por terem crenças diferentes, falta de estrutura ou informações precárias não consegue lidar com uma doença crônica, que pode tornar-se incapacitante e incapacitam para si seus filhos desde o momento do diagnóstico.

Desta forma vale ressaltar que dos pacientes com epilepsia são exigidos cuidados permanentes com medicações. Evitando fatores precipitantes, e adaptando-se ao estilo de vida “adequado” à sua enfermidade.

Paglioli Neto registra que apesar das crises serem o problema primário da epilepsia, elas geram problemas secundários no psiquismo e no comportamento do paciente e de sua família. As inter-relações familiares tendem a ser menos próximas e mais conturbadas, e os pais podem tanto superproteger quanto rejeitar a criança epilética. Adultos epiléticos tendem a ter pouca auto-estima, o que dificulta as relações interpessoais e compromete o seu relacionamento social (PAGLIOLI NETO, 1995).

O olhar da família, que é o primeiro e o principal é também o mais importante. É com os olhos dela que nós começamos a ver o mundo. Para os pacientes com epilepsia não há porque ser diferente. A família está passando por grandes transformações e diversas vezes delegam as suas funções tradicionais a outros agentes como a televisão e a escola. Acredito que o fortalecimento, a união entre as famílias e o diálogo entre elas e as informações provenientes das equipes de saúde trará somente benefícios aos pacientes.

Ouvir o que o paciente tem a dizer abrange uma perspectiva de atendimento integral em saúde e permite avaliar os efeitos dos procedimentos terapêuticos. A experiência de uma doença crônica é dinâmica e complexa e atinge família e paciente. Pessoas com doenças crônicas tiveram mudanças em suas vidas que envolvem a experiência com o corpo por diferentes caminhos, vivem com a incerteza, desapontamentos com o corpo, preocupação em como tratá-lo, manejam restrições e, além disso, relacionamento e imagem social são alterados (SOUZA, 1999).

Para Kortmann, os padrões de repetição determinam a formação e/ou rompimentos de vínculos afetivos, influenciando sobremaneira o funcionamento e hierarquia da família. O grupo familiar passa seu modelo e as gerações mais novas podem aprender a aprender, ou não, e, em muitas famílias, o “destino” da criança já está selado antes do nascimento, pelas próprias expectativas e interesses gerados que se apresentam na maneira como os pais, irmãos, irmãs, família, narram os eventos que cercam essa criança (KORTMANN, 2006).

Retomando pesquisas que descrevem assuntos relativos ao cuidado humano encontro a teoria de enfermagem de Watson que ressalta que para que os enfermeiros possam desenvolver filosofias e sistemas de valores humanistas, se faz necessário apresentar embasamento sólido em ciências humanas, as quais lhes oferecerão uma consistente fundamentação à ciência do cuidado. Desta maneira, os enfermeiros podem ampliar visões e perspectivas de mundo, passando a desenvolver habilidades na formação de pensamentos

críticos, os quais são necessários à ciência do cuidado, que apresenta seu foco na prevenção e na promoção da saúde e não na cura da doença. Para a teórica, “o cuidado é definido como uma ciência desenvolvida a partir de uma filosofia humanista, a qual é o enfoque da Enfermagem” (WATSON, 1985).

Watson estruturou um arranjo de crenças e conceitos e organizou um corpo de conhecimentos e princípios fundamentais do comportamento humano apresentado na saúde e na doença. Mediante esse processo, foram formulados dez fatores curativos na Enfermagem, considerados como centrais para o processo do cuidado que o enfermeiro utiliza-os com vistas a ajudar o cliente a conservar e alcançar a sua saúde, ou mesmo, obter uma morte pacífica.

Kortmann destaca que é inviável tecer reflexões sobre o desenvolvimento infantil sem falarmos na trama familiar em que os pacientes estão inseridos e dos profissionais que com eles atuam, em especial os que lidam diretamente, em particular no seu atendimento, atentos para o seu desenvolvimento. Sem dúvida, é necessário haver medidas preventivas quando da possibilidade de ocorrer psicotização na criança. Deve acontecer um imediato direcionamento para realizar intervenções precoces, com equipe multidisciplinar (KORTMANN, 2003).

12.1 Implementação

Ao estar com um paciente quando ele apresentar “aura” ajude-o a ir para a cama, levante as grades laterais, se houver, deixe a cama estendida. Se ele estiver fora do quarto, deite-o no chão e coloque um travesseiro, cobertor ou outro material macio sob a sua cabeça para impedir choques contra o piso.

Para proteger as pernas do paciente, a cabeça e os pés contra lesões, em caso de crise enquanto deitado na cama, cubra as grades laterais, se houver a cabeceira e os pés da cama com almofadas ou com toalhas de banho. Ao usar toalhas mantenha-as presas com esparadrapo. Certifique-se de manter as grades laterais enquanto o paciente estiver na cama para evitar quedas. Mantenha a cama em posição baixa para minimizar as lesões que possam ocorrer caso o paciente passe sobre as grades.

Ficar com o paciente durante a crise. Avaliar continuamente durante a crise, observando o mais precoce dos sintomas, como desvio da cabeça e dos olhos, bem como a forma de progresso da crise, a forma assumida e a duração.

Não tentar manter a boca aberta ou colocar a mão dentro. Uma vez que a mandíbula do paciente fique rígida, não tentar forçar a colocação de uma sonda durante a crise porque pode quebrar os dentes do paciente ou provocar outra lesão.

Tirar de seu alcance objetos afiados ou duros e afrouxe as suas vestes.

Não restringir o paciente ou os seus movimentos durante a convulsão, porque a força dos movimentos tônico-clônicos do paciente contra as restrições pode provocar distensão muscular ou mesmo deslocamento articular.

Segundo Schull, após a fase tônico-clônica, mantenha a via aérea aberta deixando o paciente em decúbito lateral, assim terá menor chance de aspirar vômitos. Se o paciente tem crises freqüentes ou prolongadas, é importante que mantenha um acesso venoso para facilitar a administração de medicações emergenciais (SCHULL, 2004).

12.2 Considerações Especiais

Após a crise, monitorizar os sinais vitais e o estado mental a cada 15 a 30 minutos durante duas horas.

Quando o paciente acordar, reoriente-o e tranquilize-o pois pode estar ansioso, com medo ou embaraçado. Pergunte sobre a aura ou as atividades precedentes ao ataque. O tipo de aura (auditiva, visual, gustatória, olfatória ou somática) ajuda a identificar o local no cérebro onde se originou a convulsão (SCHULL, 2004).

12.3 Complicações

O paciente pode apresentar lesões, dificuldade respiratória e capacidade mental diminuída. As lesões comuns incluem arranhões e contusões sofridas quando o paciente bate em objetos durante a crise e a lesão traumática à língua provocada por mordidas. Se houver a suspeita de uma lesão grave, como uma fratura ou laceração, avaliar adequadamente, encaminhar e serviço específico.

Alterações na função respiratória podem incluir a aspiração, a obstrução das vias aéreas e hipoxemia.

Schull registra que após a crise, a maioria dos pacientes apresenta um período pós-ictal de rebaixamento do estado mental durante 30 minutos a 24 horas. É indispensável tranquilizar o paciente de que isso não indica dano cerebral incipiente (SCHULL, 2004).

13 CONSIDERAÇÕES

A epilepsia quando não é tratada pode levar à morte, porém seu tratamento é relativamente fácil e barato, desde que o diagnóstico seja feito precocemente e o acompanhamento seja apropriado. Este é justamente um dos maiores problemas referentes à epilepsia, pois, apesar de serem grandes os avanços científicos na compreensão do problema ainda há o estigma que mesmo nos dias de hoje continuam perseguindo os pacientes.

Boer salienta que a epilepsia é a doença cerebral mais comum e um problema global, acometendo pessoas de todas as idades, raças, classes sociais e países. Isto implica em enorme carga física, psicológica, social e econômica tanto para os indivíduos portadores da doença como para as famílias e nações, principalmente devido aos maus entendidos, medo e estigma. Esses problemas são universais, porém mais intensos em países em desenvolvimento, onde vivem 85% dos cinquenta milhões de pacientes com epilepsia e onde até 90% ou mais não recebe diagnóstico ou tratamento (BOER, 2002).

Acredito que o olhar do enfermeiro frente a estes pacientes deve englobar tanto conhecimentos científicos relacionado à patologia, como o olhar do indivíduo como um todo, tendo o manejo adequado destes e orientando a equipe e suas famílias.

Para alterar o quadro atual, discriminatório e estigmatizado da epilepsia, é importante a educação da população, e em particular, dos profissionais da área da saúde devido ao efeito multiplicador de conhecimentos e atitudes gerados pelas suas ações (FONSECA, 2004).

Ressalta-se que a maioria das pessoas é leiga no assunto e, por isso, acabam tendo dificuldades para tomar as precauções apropriadas, como ajudar a proteger o paciente contra lesões, aspiração e obstrução das vias aéreas durante a ocorrência de crises.

Por outro lado, percebi que o cuidado de enfermagem prestado a estes pacientes e suas famílias é extremamente importante e decisivo para melhorar a sua qualidade de vida.

O olhar da enfermagem, a informação, a orientação, a identificação dos tipos de aura e as precauções que devem ser tomadas frente às crises convulsivas representam fatores

indispensáveis os quais o paciente epilético tem o direito de ter e a equipe de saúde a obrigação de dar enquanto cuidadores (PERRY, 2002).

Em todas as situações, o enfermeiro deve atuar esclarecendo as dúvidas, mostrando-se compreensivo nas fases de descoberta da doença até a sua aceitação e adequação da melhor forma de tratamento. O uso correto das medicações anticonvulsivantes implica num fator indispensável para o sucesso deste paciente, uma vez que poderá melhorar a sua qualidade de vida. Os pacientes com epilepsia devem ser estimulados a praticar o seu auto-cuidado, dentro das suas particularidades, bem como praticar exercícios físicos que não envolvam riscos desnecessários e ter hábitos de vida saudáveis.

Acredito que estas não são as considerações finais, pois este trabalho tem continuidade.

Que o olhar da enfermagem seja digno, consciente e educador frente aos pacientes com epilepsia, orientando a sociedade para que a mesma seja livre de estigmas e preconceitos.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, Maria Helena S. **Epilepsia on-line**. Disponível em: <www.epilepsiaonline.com.br/index.htm>. Acesso em novembro 2005.

AMATO, Angélica Amorim. Classificação de crises epiléticas de crianças com base na descrição clínica dos pais ou responsáveis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.61, n.2B, jun., 2003.

BACK, João Miguel. **Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos: graduação e pós graduação**. 3 ed. Canoas, RS: Salles, 2006.

BASTOS, Lília da Rocha et al. **Manual para a elaboração de projetos e relatórios de pesquisas, teses, dissertações e monografias**. 6 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

BETTING, Luiz Eduardo. Tratamento de epilepsia: consenso de especialistas brasileiros. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.61, n.4, dez., 2003.

BÍBLIA SAGRADA. Novo Testamento. Mc 9, 17-24. 2007. Disponível em <<http://www.bibliacatolica.com.br/>> Acesso em junho de 2007.

BOER, Hanneke M. **Epilepsia** Disponível em <www.comciencia.br/reportagens/epilepsia/ep11.htm> Acesso em abril de 2007.

BOSSA, Nadia A. **Fracasso escolar: um olhar psicopedagógico**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CENDES, Fernando. **Liga Brasileira de Epilepsia**. L.B.E. 2007. Disponível em: <www.epilepsia.org.br/epi> Acesso em janeiro de 2007.

FERNANDES, Paula Teixeira. Inventário Simplificado de qualidade de vida na epilepsia infantil: primeiros resultados. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.57, n.1, mar, 1999.

FONSECA, Lineu Corrêa. Conhecimentos e atitudes sobre epilepsia entre universitários da área da saúde. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.62, n.4, dez, 2004.

FRAYMAN, Leila. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia de epilepsia. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.57, n.1, mar, 1999.

GERMAN EPILEPSY MUSEUM KORK. Disponível em <<http://www.epilepsiemuseum.de/english/index.html>> Acesso em maio de 2007.

GUARDIOLA, Ana. Epilepsia na infância e adolescência. In: FICHTNER, Nilo. **Transtornos Mentais da Infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997. p.330-340.

GUERRA, Andréa Máris Campos. **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

GUILHOTO, Laura M.F.Ferreira. **Associação Brasileira de Epilepsia**. A.B.E. Disponível em <<http://www.epilepsiabrasil.org.br>> Acesso em dezembro de 2006.

KLIEMANN, Frederico A.D. Epilepsia. In: DUNCAN, Bruce B. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.814-825.

KORTMANN, Gilca Maria Lucena. **Os processos desenvolvimentais na infância: Sociedade Internacional para estudos da criança**. Pará: GTR, 2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M de A. **Metodologia do trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 6 ed., ver. e ampl. São Paulo: Atlas, 2001.

LAROUSSE, Cultural. **Grande Enciclopédia**, São Paulo: Nova Cultural, 2002. v.3.

LEZANA, Álvaro G. R. **Instrumento de coleta de dados**. 1991. Disponível em <www.eps.ufsc.br/disserta99/alberton/cap5.html> Acesso em junho de 2007.

LUFT, Celso Pedro.; FERNANDES, Francisco.; GUIMARÃES, F. Marques. **Dicionário Brasileiro Globo**. 50 ed. São Paulo: Globo, 1998.

MACHADO, Wiliam César Alves. **Rede de Informação sobre deficiência**. Disponível em <<http://www.entreamigos.com.br/textos/reabili/opapel.html>> Acesso em maio de 2007.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**, 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PAGLIOLI NETO, Eliseu. **Tratamento Cirúrgico da Epilepsia do Lobo Temporal: o impacto do controle das crises no perfil psicossocial do pacientes**. 1995. 115 f. Dissertação de mestrado – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica, área de concentração Neurociências.

PALMINI, André. Neuropatologia das epilepsias de difícil controle. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.57, n.2B, jun, 1999.

PERRY, Potter. **Fundamentos de Enfermagem**, conceitos, processo e prática, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.2.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SALGADO, Priscila Camile Barioni. Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores epilepsia. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.8, n.1, jan/abr, 2003.

SCHULL, Patrícia D. W. Y. **Enfermagem Básica: teoria e prática**, 3 ed. São Paulo: Rideel, 2004.

SMELTZER, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.2.

SOUZA, Elisabete Abib Pedroso de. Qualidade de vida na epilepsia infantil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.57, n.1, mar, 1999.

VOGT, Carlos. **Epilepsia**. Disponível em <www.comciencia.br/reportagens/epilepsia/ep11.htm> Acesso em novembro de 2006.

WATSON, Jean. **Nursing: human science and human care; a theory of nursing**. Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1985.

GLOSSÁRIO

AFASIA= Perda total ou parcial da fala ou estado de indiferença ou indecisão perante uma proposição problemática.

ANÓXIA= Falta de oxigenação no cérebro. Diminuição acentuada da concentração de oxigênio a nível celular.

ASPIRAÇÃO= Atrair o ar exterior aos pulmões, sorver, absorver.

ATAXIA= Desordem, falta de coordenação nos movimentos voluntários, falta de regularidade nas crises de uma doença.

AURA= Conjunto de fenômenos ou sensações que antecedem o ataque epilético.

DIPLOPIA= Perturbação do sentido da vista que consiste na visão dupla dos objetos.

DISARTRIA= Dificuldade na pronúncia e articulação das palavras.

ELETROENCEFALOGRAMA= Registro gráfico obtido pelo eletroencefalógrafo. Mostra o traçado dos impulsos elétricos gerados pela atividade das células nervosas cerebrais, por intermédio de eletrodos colocados à superfície do crânio.

ENCEFALOPATIA= Doença que acomete o encéfalo.

EPIGÁSTRICA= A parte superior do abdômen entre os dois hipocôndrios, que se estende desde o apêndice xifóide do esterno até dois dedos acima do umbigo.

FARMACOS= Medicamento; Remédio.

FILOGENETICAMENTE= Sucessão genética das espécies orgânicas.

HEMOCULTURA= Cultura de sangue em meios apropriados com fim de investigar a presença de microrganismos patogênicos.

HIPERTERMIA= Elevação da temperatura do corpo.

HIPERVENTILAÇÃO= Respiração mais rápida e mais profunda do que o normal.

HIPOGLICEMIA= Concentração muito baixa de glicose no sangue.

HIPOXIA= Deficiência de oxigênio nos tecidos orgânicos. Pode ser causada por uma alteração em qualquer mecanismo de transporte de oxigênio, desde as vias superiores até os tecidos orgânicos ou por deslocamento para áreas com concentrações baixas de oxigênio no ar.

HIRSUTISMO= Exagero do desenvolvimento do sistema piloso.

IATROGERNIA= Alteração patológica provocada no paciente por diagnóstico ou tratamento de qualquer tipo. Um problema iatrogênico é provocado por pessoal ou procedimentos médicos ou através de exposição ao meio hospitalar.

ICTERICIA= Sintoma de uma doença ou afecção do sistema biliar caracterizada pela cor amarelada da pele e conjuntivas oculares, provocada pela presença de grandes quantidades de secreções biliares no sangue e resultante de uma destruição excessiva dos glóbulos vermelhos.

INFECÇÃO= Ação ou efeito de infeccionar, invasão de um animal hospedeiro por agentes patogênicos, doença provocada por microrganismos patogênicos.

NEOPLASIA= Tecido de formação nova, mas de origem patológica; designação dada aos tumores.

NEURAL= Relativo ao sistema nervoso; próprio dos nervos.

NEUROIMAGEM= Imagem do campo cerebral.

NEUROPATOLÓGICAS= Doenças que atingem a nível cerebral.

NEUROVEGETATIVAS= Diz-se do sistema nervoso autônomo que controla a vida vegetativa.

NISTAGMO= Tremores rítmicos, involuntários e bilaterais dos globos oculares, horizontais, verticais ou rotatórios

PAROXÍSTICA= A maior intensidade de um acesso, de uma dor, de uma doença.

PREMATURIDADE= Qualidade do que é prematuro, precocidade, prematuração, nascimento pré termo.

RASHES CUTÂNEOS= A reação na pele provocada por drogas.

SENSITIVAS= Relativo aos sentidos; que tem a faculdade de sentir; que produz sensação; pungente.

SENSORIAIS= Relativo ao cérebro ou ao sensorio; diz-se do que se relaciona com os receptores nervosos.