

CRIANÇAS COM EPILEPSIA E SUAS APRENDIZAGENS: UM ESTUDO DE CASO

Micheli Carvalho Campos, Gilca Maria Lucena Kortmann (orient)
UNILASALLE - CANOAS

Resumo

Aprendizagem e o desenvolvimento estão presentes na vida da criança com epilepsia. Assim, o desenvolvimento cognitivo muitas vezes foge do trivial, havendo a necessidade de adaptação e ajustamentos onde está inserido. O trabalho tem como objetivo analisar o desenvolvimento da criança com epilepsia e sua relação com a aprendizagem.

Palavras-chave: Epilepsia, Aprendizagem, Criança

Área Temática: Ciências Médicas e da Saúde

1. Introdução

Segundo a Internacional League Against Epilepsy (ILAE) e Internacional Bureau for Epilepsy (IBE), a epilepsia é um distúrbio cerebral causado por uma predisposição persistente do cérebro a gerar crises epiléticas e pelas conseqüências neurobiológicas, cognitivas, psicossociais e sociais da condição, com a ocorrência de pelo menos uma crise epilética. (CAPOVILLA, et al, 2009).

As crises epiléticas são divididas em dois grandes eixos. No primeiro, encontram-se as crises parciais (focais) que se subdividem em simples (sem perda de consciência) ou complexas (com perda total ou parcial da consciência); e as crises generalizadas (grande mal), nas quais ambos os hemisférios cerebrais estão envolvidos, estas podem ser Mioclônicas ou de Crises de Ausência. No segundo eixo as crises estão agrupadas em função da etiologia, as Primárias, que podem ser Idiopáticas, atribuídas aos aspectos genéticos e de maturação química ou criptogênicas de causas desconhecidas, e as secundárias ou sintomáticas, decorrentes de seqüelas de um processo patológico cerebral pregresso (GUERREIRO, 2011).

O termo epilepsia foi criado pelos gregos, significando *ipsis literi* "surpresa", uma vez que as crises epiléticas têm como característica fundamental ocorrer sempre de forma súbita e inesperada (ALVARES, 2010).

A crise epilética, por sua vez, é caracterizada como a ocorrência transitória de sinais e sintomas devido à atividade neuronal anormal, excessiva e síncrona no cérebro (FISHER et al., 2005).

O mais velho relato detalhado de epilepsia está contido em um manuscrito no Museu Britânico. É um capítulo de um livro-texto babilônico de medicina que resume 40 manuscritos, datados por volta de 2000 a.C. O manuscrito registra, detalhadamente, diferentes tipos de ataques de epilepsia que são reconhecidos hoje. Enfatiza a natureza sobrenatural da epilepsia com cada tipo de ataque, associado com o nome de um espírito ou deus, normalmente do mal. O tratamento era então um assunto espiritual (SWAIMAN, 2012).

Mais tarde, conceitos sobre a epilepsia apareceram na Grécia antiga, embora Hipócrates, há 400 anos a.C., tenha sinalizado, por meio de monografia sobre o tema em texto médico, escrito para leigos, que a epilepsia não era nem sagrada nem divina, mas um distúrbio do cérebro, com suspeita de que sua origem fosse hereditária. Ainda se acreditava que a doença estava relacionada a aspectos místicos. (DREIFUSS,2006).

Trimble (2001) apontou que os progressos no pensamento médico até a Renascença foram poucos, identificando como causa a influência grega sobre os escolásticos romanos. O autor assinalou que o centro de aprendizagem se deslocou, no século IX, para o mundo árabe, sendo poucas as idéias novas acrescentadas ao diagnóstico da epilepsia, pois o ambiente social da época, sob égide religiosa, sucumbia o avanço dos estudos da epilepsia numa perspectiva médica.

Segundo Dreifuss (2006), em 175 d.C., "Galeno não somente reconheceu que se tratava de uma doença do cérebro, mas conseguiu inclusive separar as epilepsias em dois tipos: as de causas desconhecidas e as que eram resultado de outras doenças."

Na Idade Média, muitas foram as perseguições àqueles considerados hereges. Mais especificamente em 1484, no período da Santa Inquisição, essa perseguição atingiu também os loucos e os portadores de crises epiléticas, os quais passaram a ser candidatos às fogueiras, pois na ocasião, pregava-se que toda doença de origem desconhecida devia ser considerada como causada por feitiçaria. Entretanto, é de se considerar que a medicina, até aquela ocasião, não apresentava ainda respostas pertinentes para a doença no que se referia tanto a fatores causais como ao tratamento. (ALVARES, et al 2013).

O século XIX foi marcado por muitos avanços nas ciências biológicas. Sob a marca do positivismo, estudos eminentes no campo da filosofia e, conseqüentemente, da neurofisiologia, foram consolidados, repercutindo nos estudos das patologias cerebrais, a epilepsia foi uma dentre elas (GOMES, 2006).

Alvares (2013) definiu a epilepsia como uma condição em que as recorrentes descargas elétricas no cérebro provocam distúrbios no funcionamento normal do sistema nervoso. O mesmo autor afirma que tais episódios de distúrbios são denominados convulsões, as quais podem ocasionar perda temporária de consciência ou mudanças de comportamento, sendo que as mudanças exatas dependem da área do cérebro que está sendo estimulada pela descarga elétrica.

O diagnóstico da epilepsia é fundamentalmente clínico e baseia-se na recorrência de crises epiléticas não provocadas, e nos antecedentes pessoais e familiares. Seu diagnóstico implica em uma anormalidade cerebral epileptogênica persistente capaz de gerar atividade paroxística espontânea (FISHER et al., 2005). As epilepsias podem estar relacionadas a uma disfunção cerebral localizada ou não, e podem apresentar etiologia conhecida (estrutural/metabólica/ genética) ou desconhecida (BERG et al., 2010).

O diagnóstico inicial da epilepsia traz dúvidas sobre as crises e como as influências interferem nas relações cognitivas de aprendizagem da criança do adolescente dentro do contexto no qual está inserido. (MAIA et al, 2011).

A falta de informação é um dos fatores que mais contribui para o estigma na epilepsia tanto para pais, professores, sociedade no geral (BALLONE, 2012).

Estudar sobre Educação e Promoção em saúde é nossas intenções ao descrevermos um estudo de caso sobre as relações da aprendizagem de crianças com epilepsia em idade escolar. Pesquisar este assunto é fundamental e relevante em uma sociedade que deseja ser inclusiva justa e igualitária com todos os cidadãos, pessoa com deficiência ou não.

2. Referencial Teórico e Trabalhos Relacionados

2.1 Considerações sobre epilepsia

A epilepsia é uma doença cerebral crônica causada por diversas etiologias é caracterizada pela recorrência de crises epiléticas não provocadas. Esta condição tem conseqüências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais prejudica diretamente a qualidade de vida do indivíduo afetado. (ALVARES, 2013).

No caso de se desconhecer a etiologia, mas sendo a epilepsia presumivelmente sintomática, denomina-se criptogênica. Na etiologia é muito importante o fator da idade, onde vem ser recolhidos dados sobre os fatores de risco para a epilepsia: Convulsões febris na infância, Avc, Alzheimer, Infecção do sistema Nervoso Central, Antecedentes de traumatismos crânio encefálico, etc. (ALVARES, 2010).

2.1.1 Causas da Epilepsia

Os ataques de epilepsia são provocados por uma descarga descontrolada de energia elétrica pelas células cerebrais. Em cerca de metade das pessoas não se consegue determinar a causa do descontrole da atividade elétrica, sendo nestes casos designada por epilepsia idiopática. Na outra metade, em que é possível determinar a causa, a epilepsia é designada por sintomática. As causas mais comuns são as lesões pré-natais, lesões ocorridas durante o parto, tumores cerebrais, pancadas fortes na cabeça, doenças cerebrovasculares e infecções graves durante a infância (SWAIMAN, 2012).

Existem diversos fatores que podem desencadear uma crise epilética. Entre os mais comuns, podem-se destacar lesões no cérebro decorrentes de traumatismos de parto e traumatismos cranianos – que provocam cicatrizes cerebrais. A ingestão excessiva de álcool, consumo de drogas ou outras substâncias tóxicas, doenças infecciosas (como meningite), neurocisticercose (“ovos de solitária” no cérebro), tumores, ou, ainda, acidentes vasculares (AVCs) hemorrágicos ou isquêmicos e outros problemas cardiovasculares também podem provocar um ataque epilético (SWAIMAN, 2012).

2.1.2 Tipos de Epilepsia:

a) *Epilepsia focal simples*: Esta forma de epilepsia não causa perda da consciência, mas as pessoas afetadas podem se queixar de períodos de confusão mental, movimentos inusitados, tremores, sensações de déjà-vu, alucinações leves ou respostas extremas para gostos ou cheiros. Após a crise de ausência, a pessoa em geral se queixa de fraqueza temporária em certos músculos (GUERREIRO, 2011).

b) *Epilepsia focal complexa*: Este tipo responde por pouco mais da metade dos casos de Epilepsia em adultos. Em 80% dos pacientes, o problema está no lobo temporal do cérebro, nos 20% restantes, o problema está no lobo frontal. Os distúrbios nesta área do cérebro podem resultar em erros de julgamento, comportamentos involuntários ou descontrolados, ou mesmo perda da consciência (GUERREIRO, 2011).

Muitas pessoas com Epilepsia Focal Complexa apresentam sinais de alarme antes da ocorrência das convulsões. Estes sinais são chamados Auras, e podem ser representadas por diversas sensações olfativas, visuais ou auditivas (GUERREIRO, 2011).

Durante as crises, estas pessoas podem perder a consciência durante um breve período de tempo (em geral de menos que dois minutos), parecendo estar aéreas, com um olhar perdido. As emoções podem ser exageradas e alguns pacientes podem se comportar como se estivesse embriagados e, após alguns segundos, começam a realizar movimentos repetitivos (ex.: mastigar, estalar os lábios, etc) (CAPOVILLA, et al, 2009).

c) *Epilepsia tipo Tônico-Clônica Generalizada*: É o tipo de epilepsia mais conhecido e com as manifestações mais dramáticas. A epilepsia generalizada possui uma fase inicial chamada Tônica, onde se observa uma contração generalizada dos músculos por 10-30 segundos. Nesta fase, os pacientes em geral caem rígidos no chão, podendo se machucar seriamente com a queda. Alguns pacientes relatam alguma espécie de Aura, mas a maioria perde a consciência sem o menor sinal de alarme (CAPOVILLA, et al, 2009).

Após cerca de 30 segundos, os espasmos musculares vão cedendo e a pessoa entra na fase chamada Clônica, onde os músculos alternam períodos de rigidez com períodos de relaxamento durante mais 2-3 minutos. Algumas pessoas podem perder o controle intestinal ou urinário ao final da fase Clônica. Terminada a convulsão Tônico-Clônica, o paciente costuma permanecer inconsciente por alguns minutos, e então acorda confuso e queixando uma fadiga extrema (CAPOVILLA, et al, 2009).

d) Crises de Ausência : São episódios breves (3 a 30 segundos) de paralisia e desatenção. As crises de ausência podem ser confundida com Epilepsias Focais. Nesse tipo de epilepsia a pessoa fica com o olhar fixo, perde contato com o meio por alguns segundos. Por ser de curtíssima duração, muitas vezes não é percebida pelos familiares e/ou professores. Também é considerada uma crise generalizada e, geralmente, se inicia na infância ou na puberdade⁵. Além disso, as crises de ausência ocorrem com mais frequência, podendo ocorrer 50-100 vezes por dia⁴ (ALVARES, 2013).

2.1.3 Sinais e Sintomas

As características das convulsões variam dependendo da área do cérebro na qual o distúrbio começa e como se propaga. Sintomas temporários podem ocorrer, tais como:

Esquecimento súbito; desmaios; distúrbios do movimento, distúrbios de sensações (incluindo visão, audição e paladar), distúrbios de humor (como depressão e ansiedade), distúrbios de função cognitiva. É também comum que os episódios de convulsões resultem em ferimentos e dificuldades de socialização (CAPOVILLA, et al, 2009).

Em crises de ausência, a pessoa apenas apresenta-se "desligada" por alguns instantes, podendo retomar o que estava fazendo em seguida. Em crises parciais simples, o paciente experimenta sensações estranhas, como distorções de percepção ou movimentos descontrolados de uma parte do corpo. Ele pode sentir um medo repentino, um desconforto no estômago, ver ou ouvir de maneira diferente. Se, além disso, perder a consciência, a crise será chamada de parcial complexa. Depois do episódio, enquanto se recupera, a pessoa pode sentir-se confusa e ter déficits de memória. Tranqüilize-a e leve-a para casa se achar necessário. Em crises tônico-clônicas, o paciente primeiro perde a consciência e cai, ficando com o corpo rígido; depois, as extremidades do corpo tremem e contraem-se. Existem, ainda, vários outros tipos de crises. Quando elas duram mais de 30 minutos sem que a pessoa recupere a consciência, são perigosas, podendo prejudicar as funções cerebrais (COSENZA, 2011).

2.1.4 Diagnóstico

O diagnóstico de epilepsia é baseado em anamnese e exame neurológico pediátrico. Exames complementares dependem da individualidade do caso. O eletroencefalograma (EEG) em sono e vigília, principalmente nas primeiras 24 horas da crise é importante, apesar de que 30 a 50% das crianças com epilepsia podem apresentar EEG intercrítico normal. Também, 5% de crianças saudáveis, sem história de crise convulsiva, apresentam EEG com atividade epileptiforme. A ressonância magnética de encéfalo é o exame de escolha, embora crianças com CE febris simples e epilepsia idiopática típica, em princípio, não necessitem de neuroimagem. Paciente com epilepsia refratária pode ser candidato a exame de imagem funcional. Exames laboratoriais são utilizados na investigação da etiologia da epilepsia, conforme os dados de história e do exame físico. Por vezes, se deve ampliar a investigação com testes genéticos. Diagnóstico diferencial de CE inclui, principalmente, eventos psicogênicos não epiléticos, cardíacos, síncope neurogênica, acidente isquêmico transitório, distúrbios do sono, ataque de pânico, complicações de enxaqueca e distúrbios de movimento. (CAMFIELD P, 2012).

2.1.5. Tratamento

O tratamento das epilepsias é feito através de medicamentos que evitam as descargas elétricas anormais, que são a origem de crises epiléticas. Acredita-se que pelo menos 25% dos pacientes com epilepsia no Brasil são portadores em estágios mais graves, ou seja, com necessidade de uso de medicamentos por toda a vida, sendo as crises mais frequentemente incontroláveis e então candidatos a intervenção cirúrgica (ALVARES, 2013).

O objetivo do tratamento da epilepsia é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para o paciente, pelo alcance de um adequado controle de crises, com um mínimo de efeitos adversos. A determinação do tipo específica de crise e da síndrome epilética do paciente é importante, uma vez que os mecanismos de geração e propagação da crise diferem para cada

situação, é os fármacos anticonvulsivantes que agem por diferentes mecanismos que podem ou não ser favoráveis ao tratamento (COSTA et al., 2012).

2.1.6 Epilepsia e a Aprendizagem

As crianças e adolescentes com epilepsia podem apresentar dificuldades escolares que se devem a doença, de acordo com a idade de início, frequência e grau de controle das crises, tipo de síndrome epilética, etiologia e tipo da medicação utilizada. Além disso, outros fatores como o processo de escolarização com baixa expectativa dos pais e professores quanto ao sucesso da criança e adolescente, possibilidade de rejeição dos professores e colegas de escola, baixa auto-estima e o funcionamento familiar também podem interferir no aprendizado (GUERREIRO et al., 2011).

Quando a criança e ou adolescente apresenta epilepsia os pais acabam adotando uma atitude de excessiva vigilância, ansiedade e super proteção, levando-a ao isolamento social, dificuldades de relacionamento e infantilidade. Esse fenômeno ocorre mesmo apesar de a epilepsia já se encontrar bem controlada e pode se prolongar até a idade adulta (CAPOVILLA, 2009).

Muitas vezes um fator limitador da atuação da escola e dos professores no manejo da criança e adolescente com epilepsia é que os pais não informam a escola que o filho tem a doença e mesmo as crianças e principalmente os adolescentes costumam esconder o fato (FERNANDES, 2005; YU et al., 2008).

O sigilo passa a fazer parte da adaptação das famílias à doença e o esforço para a manutenção deste é proporcional a intensidade do estigma percebido (SCHNEIDER et al., 1983; ZANNI et al., 2009). Outro agravante é que muitos pais mistificam a condição dizendo que as crises epiléticas são “desmaios” ou “quaisquer outros problemas neurológicos” (ZANNI et al., 2009).

É conhecida a associação entre epilepsia e distúrbios específicos do aprendizado que, em uma pequena proporção dessas crianças e adolescentes, se deve a uma verdadeira deterioração cognitiva (DUNN et al., 2007). O adolescente com epilepsia pode apresentar transtornos mentais e de comportamento, como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, impulsividade, transtornos de conduta e do humor como por exemplo transtornos depressivos e autismo (ALVARES, 2010).

Entretanto, em muitos outros casos, é o estigma e o desconhecimento que interferem sobremaneira na escolaridade, afetando a frequência escolar, com altos índices de absenteísmo e até mesmo abandono da educação formal (AGUIAR et al., 2007; SERDARI et al., 2009).

Crianças com epilepsia usualmente estão sujeitas as atitudes de rejeição social desde pequena, baseadas na desinformação que muitas vezes já se inicia no meio familiar e que se perpetua na escola. Muitas vezes, apesar da epilepsia não ser limitante e nem incapacitante, em virtude do estigma nos grupos sociais em que a criança está inserida ela acaba sendo colocada inadvertidamente na Educação Especial (RORIZ, 2009).

3. Metodologia

Trata-se de um estudo de caso através de uma abordagem qualitativa, com a utilização de três casos de atendimentos psicopedagógicos descritos em prontuários de uma clínica na região metropolitana de Porto Alegre que foi realizado uma vez por semana no período de três meses do ano de 2015.

Participa deste estudo três crianças com idade cronológica entre 6 a 8 anos que tiveram pelo menos uma crise epilética.

Os dados utilizados foram retirados dos registros psicopedagógicos (arquivo clínico) das crianças com a autorização da família que assinou o Termo de consentimento Livre esclarecido

(TCLE) de acordo com a Resolução 196/96 CNS/MS, ao explicarmos que usaríamos o caso para estudo, preservando as devidas proporções.

Foram utilizados testes psicopedagógicos nos atendimentos com as crianças que visa compreender e analisar as áreas cognitivas como: a leitura/compreensão, o raciocínio lógico e coordenação motora.

Entrevista de anamnese com a família, instrumento que tem por objetivo rastrear dados da história vital e aspectos do desenvolvimento global da criança.

4. Resultados e Discussões

Os dados coletados estão evidenciando que as crianças pesquisadas apresentam comprometimentos cognitivos resultantes de ações conjuntas ou isoladas de múltiplos fatores como etiologia, tipo, frequência, duração e gravidade das crises epiléticas, idade de manifestação da primeira crise, entre outros.

O comportamento humano é complexo e a motivação desempenha importante papel na sua construção. Assim, o desconhecimento e o estigma sobre a doença podem interferir na frequência escolar. Mostra-se fundamental, desde o início do diagnóstico da epilepsia independentemente da idade do sujeito, que já se inicie com orientações, levando conhecimentos sobre a doença e seus cuidados.

As crianças passam muito tempo em ambiente escolar e a atuação do profissional de educação no processo de educação em saúde é essencial, pois, a rede social do aluno com epilepsia, quando bem orientada, terá mais segurança ao lidar com as situações adversas e imprevistas das crises em ambiente escolar.

As dificuldades escolares apresentadas pelas crianças com epilepsia podem estar relacionadas à própria epilepsia e também a variáveis envolvidas no processo de escolarização como baixa expectativa dos pais e professores quanto ao sucesso da criança, rejeição de professores e colegas de escola, baixa auto-estima e funcionamento familiar (ALVARES et al., 2013).

O educador é um elemento importante no fornecimento de informações corretas e não preconceituosas sobre diversos assuntos, inclusive na área da saúde, portanto esta pesquisa busca também contribuir para que profissionais de ambas as áreas e sociedade em geral possam obter informações mais eficazes sobre a temática criança com epilepsia em idade escolar e suas relações com as aprendizagens com o intuito de auxiliar suas práticas visando melhorar a saúde psicossocial dos alunos com este diagnóstico.

5. Considerações Finais

O estudo apóia a solidificação da linha de pesquisa Educação e Promoção em saúde que investiga as práticas de educação, promoção e processos de gestão da saúde em diversos contextos. Busca produzir conhecimentos teórico-práticos que contribuam para a educação e a promoção em saúde, numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial, visando à qualidade de vida ao longo do ciclo vital. A pesquisa, também, possibilita o acesso à informação para estudar o atendimento psicopedagógico, em crianças com epilepsia promovendo a educação à saúde.

O estudo está analisando as relações entre crianças com epilepsia e o processo de aprendizagem, com o propósito de produzir um conhecimento relevante que possa auxiliar os educadores a planejarem suas estratégias de aula a fim de que suas ações pedagógicas sejam mais efetivas no sentido de estimular e qualificar o processo de aprendizagem em seus alunos, a fim de que, desta pesquisa seja elaborada uma cartilha de orientações aos educadores, pais e profissionais da saúde.

Desta forma, considera-se que a partir deste estudo possa ser realizados palestra e fóruns de discussões sobre a temática em questão para a comunidade, de forma que os conhecimentos sejam compartilhados e refletidos em educação e promoção a saúde.

REFERÊNCIAS

ALDENKAMP, A.P.; WEBER, B.; OVERWEG-PLANDSOEN, W.C., et al. **Educational underachievement in children with epilepsy: a model to predict the effects of epilepsy on educational achievement.** Journal of Child Neurology, Littleton, v. 20, n.8, p.175–180, 2005.

ALVARES da Silva, Cleber. et al. **Aspectos Cognitivos e Sociais da Epilepsia.** Edipucrs. Porto Alegre: 2010.

ALVARES da Silva, Cleber. et al. **Considerações sobre Epilepsia.** Boletim Científico de Pediatria. Artigo de Revisão. Porto Alegre: 2013.

AGUIAR, B.V.; GUERREIRO, M.M.; McBRIAN, D., et al. **Seizure impact on the school attendance in children with epilepsy.** . Seizure: European Journal of Epilepsy, Sheffield, v. 16, n. 8, p. 698-702, 2007.

APPLETON, Richard. Choppel, Brian. Beirne, Margaret. **Tudo sobre Epilepsia.** Editora Ltda. Organização Andrei. p. 28-36.

BALLONE, G.J. **Relatório sobre a saúde no mundo.** OPAS-OMSONU, editor. Disponível em: www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html 2012

BERG, A.T.; BERKOVIK, S.F.; BRODIE, M.J., et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE commission on classification and terminology, 2005- 2009. **Epilepsia**, Londres, v.51, n.10, p.676-685, 2010.

BITTENCOURT, Paulo R.M. **Epilepsia do lobo temporal: um ensaio histórico e clínico.** Jornal da Liga Brasileira de Epilepsia, Porto Alegre, v.7, n.2, jul. 1994, p.46-66.

BITTENCOURT, Paulo R.M. **Epilepsia e milttie tropicalli.** **Bollettino** OMS di Salute Mentale & Neroscienze, Genebra, v.3, n.1, out. 1996.

BIZZI, J. W. J. **Cirurgia de Epilepsia em Crianças e Adolescentes.** In: NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. A neurologia que todo médico deve saber. Sao Paulo: Atheneu, 2005. p.235-245.

BRASIL. **A Declaração de Salamanca sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais.** 1994. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em 20 mai. 2014.

CAMARGO, Edwaldo E. **Imagens cerebrais com SPECT e PET em epilepsia.** In GUERREIRO, Carlos Alberto Mantovani & GUERREIRO, Marilisa Mantovani (orgs.). Epilepsia. São Paulo: Lemos Editorial, 1993.

CAMFIELD C, CAMFIELD C. **Pediatric epilepsy: an overview.** In: Swaiman A, Ashwal S, Ferriero D. Pediatric neurology, principles & practice. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2012.

CAPOVILLA, C Fernando. MONTIEL M. José (Org.). Atualização em Transtornos de Aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

CAVALHEIRO, Esper Abrão. **A epilepsia**. *Ciência Hoje*, São Paulo, v.8, n.45, 1988.

COSENZA, Ramon, M. GUERRA, Leonor, B. **Neurociência e Educação: como o cérebro aprende**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

COSTA, A. R.; CORRÊA, P. C.; PARTATA, A. K. **Epilepsia e os fármacos mais utilizados no seu tratamento**. *Revista Científica do ITPAC*, v. 5, n. 3, 2012.

DREIFUSS, F.E. **O que é a epilepsia**. In REISNER, Helen (org.). *Crianças com epilepsia*. Campinas: Papyrus Editora, 2006.

DREYER, R. **Farmacoterapia de las epilepsias**. Documenta Geigy-Acta Clinica. Basle, Suécia, [s.n.t].

DUMAS, M. & GIORDANO, C. **L'epilepsie**. Paris: Hermann, éditeurs des sciences et des arts, [s.d.].

DUNN M.; Bates J.C. (2005) **Developmental change in neural processing of words by children with autism**. *J Autism Dev Disord* 35,361-76.

FERNANDES, P. T. **Estigma na Epilepsia**. 2005. 196p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005

FISHER, R.; van EMDE BOAS, W; BLUME, W., et al. **Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE)**. *Epilepsia*, Londres, v.46, n.4, p.470-472, 2005.

GAREISO, A. & ESCARDÓ, F. **La epilepsia en el niño: nuevos conceptos, nuevas técnicas, nuevos tratamientos**. Buenos Aires: El Ateneo Editorial, 1949.

GHERPELLI, José Luiz Dias & MANREZA, Maria Luíza Giraldes. **Tratamento da epilepsia**. *Pediatria Moderna*, v.XXXI, n.5, 1995.

GASTAUT, H. **Dictionary of epilepsy**. Genebra: World Health Organization, 1973.

GOMES, DA MOTA, Marleide. História da epilepsia: um ponto de vista epistemológico. *J Epilepsy*, v. 12, n. 3, p. 161-167, 2006.

GRAM, Lennart. **Crises e síndromes epilépticas**. Londres: The Lancet, 1990.

GUILHOTO, L.M.; NOBRE, C.; SILVA, A.R.C.O., et al. **Acap Educativa de Professores de Ensino Fundamental sobre Epilepsia na Periferia do Município de Sao Paulo**. Uniao de Extremos – Especialistas e Educadores. *Journal of Epilepsy and Clinical Neuropsychology*, Porto Alegre, v.13, n.3, p.143-147, 2007.

GUERREIRO, Carlos Alberto Mantovani. **Epilepsia**. 4 ed. São Paulo: Lemos Editora, 2011.

GUERREIRO, Carlos Alberto Mantovani; SILVA, Ednea Aparecida; SILVA, Anna Elisa Scotoni Mendes; SOUZA, Elizabete Abib Pedroso. **Qualidade de vida em epilepsia na infância**. *Jornal da Liga Brasileira de Epilepsia*, Porto Alegre, v.7, n.1, 2011.

JALLON, P. **L'epilepsie nei paesi in via di sviluppo.** Boletino OMS di Salute Mentale & Neuroscienze, Genebra, v. 3, n.1, out. 1996.

KIRBY, D.D. **O eletroencefalograma (EEG) de seu filho.** In REISNER, Helen (org.). Crianças com epilepsia. Campinas: Papirus, 1996.

MARIE, Suely Kazue Nagahashi. **Epilepsia do lobo temporal: aspectos em ressonância magnética.** In GUERREIRO, C.A.M. & GUERREIRO, M.M. (orgs.). Epilepsia. São Paulo: Lemos Editorial, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Epilepsia: manual para trabalhadores de saúde.** Brasília, Escritório Regional da Organização Pan-Americana da Saúde, 1984.

PAPALIA, Diane.; OLDS, Sally W.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano.** São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

ROMÁN, G.C. & SEMNANAYAKE. **Epilepsy in Latin America.** Jornal da Liga Brasileira de Epilepsia, Porto Alegre, v.6, n.2, 1993.

RORIZ, TMS. **Epilepsia, estigma e inclusão social/escolar: reflexões a partir de estudos de caso.** 2009. 160p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2009.

SANDER, J.W.; SHORVON S. **Incidence and prevalence studies in epilepsy and their methodological problems: a review.** Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry with Practical neurology, Sidney, v.50, n.7, p.829-839, 1993.

SWAIMAIN AAS, Ferreiro D. Pediatric neurology, principles&practice. Philadelphia: MosbyElsevier:2012.

SOUZA, E. A. P.; GUERREIRO M. M.; GUERREIRO, C. A. M. Qualidade de vida. In: GUERREIRO, C.A.M.; GUERREIRO, M.M.; CENDES, F., et al: **Epilepsia.** 12. ed. Sao Paulo: Lemos editorial, 2000. p.223-229.

TRIMBLE, M.R. **The psychoses of epilepsy.** 5 ed. New York: Raven Press, 2001.

ZANNI, K.P.; MTSUKURA, T.S.; FILHO, H.S.M. **Investigando a frequência escolar de crianças com epilepsia.** Revista Educação Especial, Santa Maria, v. 22, n.35, p. 391-408, 2009