

A problemática da epilepsia

SANDRA SOFIA RODRIGUES TEIXEIRA

A PROBLEMÁTICA DA EPILEPSIA



Departamento de Ciências da Educação e do Património

Janeiro de 2013

A problemática da epilepsia

A problemática da epilepsia

SANDRA SOFIA RODRIGUES TEIXEIRA

A PROBLEMÁTICA DA EPILEPSIA

Dissertação de Mestrado em Ciências da
Educação – Especialização em Educação
Especial

Trabalho realizado sob a orientação da

Prof.^a Dr.^a Margarida Paiva



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Departamento de Ciências da Educação e do Património

Janeiro de 2013

A problemática da epilepsia

Agradecimentos

Muitos foram aqueles que de uma forma direta ou indireta contribuíram para o bom desenrolar de todo o processo que compreendeu o Mestrado em Educação Especial. É com sincero reconhecimento que destaco:

- Os meus pais e o meu marido, por estarem sempre presentes, atentos e preocupados, ao longo desta caminhada;
- O corpo docente, pelas bases que serviram de apoio à elaboração deste trabalho e pela forma carinhosa como sempre me trataram, em especial à Prof.^a Dr.^a Margarida Paiva, minha orientadora, pela disponibilidade, simpatia, atenção, paciência, incentivo e preocupação.
- Os entrevistados e inquiridos, que tornaram possível a execução deste trabalho, pela amabilidade e entusiasmo com que participaram.

A todos o meu muito obrigado!

A problemática da epilepsia

Resumo

As crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) de caráter permanente necessitam de todo um trabalho em equipa para que se possam desenvolver com maior estabilidade e harmonia.

Tendo-se verificado que o número de crianças com epilepsia tem aumentado, é nossa pretensão investigar o que é e como se apresenta. Na parte empírica pretende-se averiguar até que ponto os professores lidam com alunos com epilepsia e divulgar a importância de troca de ideias e partilha, bem como métodos utilizados por todos os intervenientes.

Palavras-chave: Escola Inclusiva, Epilepsia, Crise Convulsiva, Necessidades Educativas Especiais (NEE).

A problemática da epilepsia

Abstract

Children with Special Educational Needs (SEN) permanent need of a whole team work so they can develop with stability and harmony. It was found that the number of children with epilepsy has increased, it is our intention to investigate what is and how it presents itself. In the empirical part aims to investigate the extent to which teachers deal with students with epilepsy and publicize the importance of exchanging ideas and sharing, as well as methods used by all stakeholders.

Keywords: Inclusive School, Epilepsy, seizures, Special Educational Needs (SEN).

A problemática da epilepsia

ÍNDICE GERAL	página
Resumo.....	5
Abstract.....	6
Introdução.....	14
I PARTE – CONTEXTO TEÓRICO	
Capítulo I – EPILEPSIA	17
1. Breve história da epilepsia.....	17
2. As crises de ausências e a convulsão.....	18
2.1 As crises de ausências.....	18
2.2 A convulsão.....	18
3. Definições e conceitos de epilepsia.....	18
3.1 Causas da epilepsia.....	19
4. Classificações da epilepsia.....	20
4.1 Epilepsias generalizadas.....	21
4.2 Epilepsias Parciais Simples.....	21
4.3 As Crises Parciais Complexas (Psicomotoras)	22
4.4 As Crises Inclassificáveis.....	22
4.5 As Síndromes epilépticas.....	23
5. Localização da descarga elétrica anormal e sintomas.....	24
6. Diagnóstico e tratamento da epilepsia.....	24
6.1 O diagnóstico.....	24
6.1.1 Atividade Cerebral durante uma crise convulsiva.....	25
6.2 Tratamento da epilepsia.....	25
7. Como atuar perante um ataque convulsivo.....	26
8. Problemas associados.....	27
9. Transtornos mentais associados à epilepsia.....	28
CAPÍTULO II – DÉFICE COGNITIVO	
1. Conceito de deficiência.....	30
2. Défice cognitivo.....	31
2.1 Causas do défice cognitivo.....	32

A problemática da epilepsia

2.2 Diferentes graus de défice cognitivo.....	33
---	----

CAPÍTULO III – A LEGISLAÇÃO E A EDUCAÇÃO ESPECIAL

1. A Legislação e a Educação Especial.....	36
--	----

1.1 Despacho Conjunto nº 891/99 de Outubro.....	36
---	----

1.2 Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro.....	38
--	----

2. O Programa Educativo Individual.....	39
---	----

2.1 Intervenientes no processo educativo.....	39
---	----

3. Perfil de funcionalidade por referência à CIF-CJ	40
---	----

II PARTE – CONTEXTO METODOLÓGICO

1. Introdução	43
---------------------	----

1.1 A metodologia.....	43
------------------------	----

2. Problema.....	44
------------------	----

3. Objetivos.....	45
-------------------	----

4. Hipóteses	45
--------------------	----

5. Constituição da amostra.....	46
---------------------------------	----

6. Técnicas e instrumentos de recolha de dados.....	46
---	----

6.1 Inquérito por questionário.....	47
-------------------------------------	----

6.2. Entrevista.....	48
----------------------	----

7. Procedimentos utilizados para a recolha de dados.....	49
--	----

8. Técnicas de análise de dados	49
---------------------------------------	----

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

1. Apresentação do Estudo.....	51
--------------------------------	----

1.1 Caraterização da aluna	51
----------------------------------	----

1.2 Perfil de Funcionalidade da aluna com referência à C.I.F.- C.J.	52
--	----

A problemática da epilepsia

2. Medidas Educativas adotadas.....	54
2.1 Adequações no processo de ensino e de aprendizagem	54
2.1.1 Medidas Educativas a implementar.....	54
2.1.2 Implementação e avaliação do P.E.I.....	56

Capítulo V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1.Apresentação e discussão dos resultados do inquérito a professores.....	57
2. Apresentação e discussão dos resultados do inquérito aos assistentes operacionais.....	65
3.Dados das entrevistas.....	72
4. Limitações do estudo.....	76
Conclusão	77
Bibliografia.....	79
Anexos.....	84

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Classificação das crises epiléticas

Quadro II – Classificação das epilepsias e síndromes epiléticas

Quadro III – Qualificador genérico da CIF

Quadro IV - Sabe em que consiste a epilepsia?

Quadro V – Já teve alunos com epilepsia?

Quadro VI – No caso de ter tido alunos com epilepsia, estes tinham algum problema associado?

Quadro VII – Sabe como agir perante um aluno que tenha uma crise epilética?

Quadro VIII – Acha que os professores/educadores deveriam ter mais informação acerca de como intervir face a um aluno que tenha uma crise epilética?

Quadro IX – Conhece algum Centro ou Associação ligada à problemática da epilepsia?

Quadro X – Na sua opinião, a frequência desta criança na classe regular é um desafio ou uma dificuldade?

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 – Género

Gráfico nº2 – Idade

Gráfico nº3 – Situação Profissional

Gráfico nº 4 – Tempo de exercício docente

Gráfico nº5 – Tempo de serviço nesta escola

Gráfico nº 6 – Possui formação em Educação Especial?

Gráfico nº7 – Lecionou em turmas onde estivessem incluídos alunos com epilepsia

Gráfico nº 8 – Se respondeu Sim, indique o número de anos.

Gráfico nº 9 – No caso de ter tido alunos com epilepsia, estes tinham algum problema associado?

Gráfico nº 10 – Sabe como agir perante um aluno que tenha uma crise de epilepsia?

Gráfico nº 11 – Acha que os professores deveriam ter informação/formação acerca de como intervir face a um aluno que tenha uma crise epiléptica?

Gráfico nº 12 – Conhece algum Centro ou Associação ligada à problemática da epilepsia?

Gráfico nº 13 – Género

Gráfico nº14 – Idade

Gráfico nº 15 – Situação profissional

Gráfico nº16 – Há quantos anos trabalha nesta escola?

Gráfico nº 17 – Qual o cargo que ocupa nesta escola?

Gráfico nº 18 – Quanto tempo de experiência profissional tem em escolas?

Gráfico nº19 - Já trabalhou com alunos que tivessem epilepsia?

Gráfico nº 20 - Conhece algum aluno da escola que tenha epilepsia?

Gráfico nº 21 - No caso de ter respondido Sim, esse aluno tinha mais algum problema associado?

Gráfico nº 22 - Sabe como agir caso um aluno tenha uma crise de epilepsia?

A problemática da epilepsia

Gráfico nº 23 - Acha que os Assistentes Operacionais deveriam ter informação/formação acerca de como intervir face a um aluno que tenha uma crise epiléptica?

Gráfico nº24 - Conhece algum Centro ou Associação ligada à problemática da epilepsia?

Siglas e abreviaturas

IP – Intervenção Precoce

EE – Educação Especial

NEE – Necessidades Educativas Especiais

CIF-CJ – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens

PEI – Programa Educativo Individual

OMS - Organização Mundial de Saúde

QI - Quociente de Inteligência

IM - Idade Mental

DM – Deficiência Mental

ILAE – International League Against Epilepsy

art. – artigo

cit. – citado

et al – e outros

A problemática da epilepsia

Introdução

O presente trabalho é desenvolvido no âmbito do Projecto final para conclusão do Mestrado em Educação Especial, lecionado na Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

Este estudo prende-se com o interesse em aprofundar a problemática da epilepsia. Este interesse surge do trabalho com crianças com necessidades educativas especiais (NEE) de carácter permanente com deficiência mental e epilepsia.

Com o presente estudo pretende-se investigar a problemática da epilepsia. O tema da epilepsia é muito vasto e depende da forma de abordagem: a doença em si, a medicação quando prescrita, os exames médicos, entre outros aspetos.

Para uma melhor compreensão do que significa ser um aluno com NEE, será pertinente abordar o conceito de deficiência, bem como a Legislação em vigor, nomeadamente o Decreto-lei nº3/2008, de 7 de Janeiro. Sabe-se que o défice cognitivo é uma condição que envolve diversos factores sendo, o seu diagnóstico estabelecido, segundo critérios, testes e diagnósticos específicos, que focalizam a investigação cuidadosa dos aspectos médicos, psicológicos e sociais do indivíduo, visando identificar os tipos de apoio necessários para o amplo desenvolvimento das suas potencialidades, formalizada a resposta educativa através do Programa Educativo Individual.

Procuramos saber quais as implicações da epilepsia na vida de crianças em contexto escolar e se está associada a outras problemáticas.

Partindo do pressuposto de que a educação especial desenvolve-se em torno da igualdade de oportunidades, em que todos os indivíduos, independentemente das suas diferenças, deverão ter acesso a uma educação com qualidade, capaz de responder a todas as suas necessidades. Nesse sentido, é importante os professores estarem atentos a eventuais problemas que possam surgir.

Tornando a escola que hoje conhecemos na instituição que “ (...) deve tentar auxiliar, na medida do possível, a construir um sujeito cidadão, para uma sociedade para todos” (Almeida(a), 2005).

Desta forma, a educação deve-se desenvolver de forma especial, numa tentativa de atender às diferenças individuais de cada criança de acordo com a Legislação vigente, designadamente o Decreto-Lei nº3/2008 de 7 de Janeiro, que

A problemática da epilepsia

remete para a organização de respostas educativas de acordo com a problemática apresentada.

A promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens, é o principal objetivo da sociedade política e civil. Para que esse objetivo seja atingido tornou-se necessário planear um sistema de educação flexível, seguindo uma política global integrada que responda às necessidades de todos os alunos, o que implica a inclusão das crianças e jovens com NEE, de modo a que o sucesso educativo seja de todos.

Neste trabalho, consideramos fundamental o trabalho em equipa (professor titular de turma/diretor de turma, professor de Educação especial e outros docentes, pais e outros técnicos), ou seja, os intervenientes no processo ensino/aprendizagem da criança com NEE.

Este estudo é constituído por duas partes, sendo a primeira parte o enquadramento teórico resultante de uma análise crítica de literatura, sobre o défice cognitivo/deficiência mental, a problemática da epilepsia, o suporte legislativo e as medidas educativas. A segunda parte consiste no estudo empírico, onde constam algumas considerações de ordem metodológica, os objetivos que pretendemos atingir com esta investigação, a forma de seleção da amostra e por último a análise e discussão dos resultados.

Terminaremos com a conclusão, que encerrará este trabalho, mas não este percurso, pois haverá sempre mais e melhor a fazer.

I PARTE – CONTEXTO TEÓRICO

Capítulo I – EPILEPSIA

Poucas doenças chamaram tanta atenção e geraram tanto debate quanto a epilepsia. A sua literatura é extensa e precursora das neurociências, da diferenciação explícita entre práticas culturais religiosas, mágicas e científicas.

Neste capítulo iremos explicitar em que consiste a epilepsia, as causas, as diferentes classificações da epilepsia, a convulsão, a localização da descarga elétrica anormal e sintomas, o diagnóstico e o tratamento.

Também iremos fazer uma breve referência como atuar perante um ataque convulsivo, bem como os problemas que podem estar associados à epilepsia.

1. Breve história da epilepsia

A epilepsia é um dos distúrbios do sistema nervoso conhecidos há mais tempo, existindo relatos em papiros datados de 3000 a.C. No entanto, o primeiro relato verdadeiramente detalhado acerca desta problemática surgiu aproximadamente um milénio depois, por volta de 2000 a.C., inscrito num texto de origem babilónica.

Apesar disso, o termo “epilepsia” apenas foi referido pela primeira vez na antiga Grécia e traduzia-se por “ser apanhado, dominado ou atacado”, isto é, uma clara aceção ao que muitas vezes se observa aquando de uma crise epiléptica.

Segundo Silva et al (n.d) “Fruto da falta de conhecimento acerca desta problemática, desde os primórdios que a epilepsia foi conotada com entidades espirituais malélicas e divinas. Episódios de epilepsia eram, então, encarados como fruto de possessões demoníacas e castigos divinos, ou até mesmo como sinais de loucura e demência. Diversas crenças e estigmas foram sendo criados e alimentados ao longo dos tempos. Gregos, romanos, árabes, hebreus, bem como muitos outros povos, associaram ao longo dos tempos epilepsia com misticismo, não tendo encontrado explicações concretas nem curas eficazes para este problema.”

O mesmo autor refere ainda que “Hipócrates (400 a.C.), considerado o pai da medicina, e Galeno (175 d.C.) foram os primeiros pensadores da antiguidade a deduzirem que a epilepsia tinha origem não numa ocorrência divina mas sim em ocorrências anómalas localizadas no cérebro. Ainda assim, as suas teorias não foram suficientes para provocar uma mudança relevante no pensamento popular que até então vigorava.”

A problemática da epilepsia

2.As crises de ausência e a convulsão

A epilepsia abrange crises de “grande mal”, ou seja, as convulsões e as “crises de pequeno mal” com crises de ausência.

2.1 As crises de ausência

Antigamente denominadas "pequeno mal", as crises de ausência são um lapso da consciência que dura de 5 a 30 segundos em que a pessoa pára o que estava a fazer.

Os olhos do paciente podem girar para cima ou ficar a olhar fixamente para o vazio e a pupila pode dilatar-se. Os objetos que ele esteja a segurar podem cair, e podem ocorrer automatismos musculares repetitivos, como por exemplo, piscar de olhos, estalar os lábios, mastigação ou deglutição.

Nesse tipo de epilepsia não há a confusão mental após a crise, e por vezes o paciente nem a percebe. São mais comuns entre crianças, e geralmente desaparecem na adolescência.

2.2 A convulsão

Uma convulsão é a resposta a uma descarga elétrica anormal no cérebro.

O termo crise convulsiva descreve várias experiências e manifestações do comportamento e não é o mesmo que convulsão, embora os termos se utilizem, às vezes como sinónimos. Qualquer coisa que irrite o cérebro pode produzir uma convulsão.

Dois terços dos indivíduos que apresentam uma crise convulsiva jamais a apresentam novamente. Um terço dos indivíduos continuará a apresentar crises convulsivas recorrentes (condição denominada epilepsia).

3. Definições e conceitos de epilepsia

Segundo Rosalvo (2011) “...sabe-se que o diagnóstico da epilepsia é feito tendo por base a existência de crises epilépticas. Ou, dito de outra maneira, só se deve afirmar que uma pessoa tem epilepsia, se essa pessoa tem repetidamente crises que se possam classificar como epilépticas.”

A problemática da epilepsia

“A epilepsia é uma doença de causa neurológica, de etiologia variada, que se manifesta por crises epiléticas recorrentes. Pressupõe, portanto, e regra geral, a ocorrência de duas ou mais crises.” (Pimentel (a), 2006)

Na perspectiva de Hirigoyen (2002) “Las epilepsias no son en sí una única enfermedad, sino que por el contrario, son un conjunto amplio y vasto de síndromes que presentan como manifestación común lo que se denomina “crisis”. La epilepsia es entonces una alteración del ritmo bioeléctrico, lo cual se traduce en una descarga en los músculos.”¹

Para o autor Rosalvo (2011) “...quando dizemos simplesmente que alguém tem epilepsia estamos a esconder uma série de dados que podem ser muito diferentes de uma pessoa para outra. Por exemplo, dizer que Francisco, de 10 anos, tem epilepsia e é uma criança inteligente mas tem ausências, em que por vezes fica parado 5 a 15 segundos, com os olhos a tremer e que, desde que começou a tomar determinado medicamento, deixou de ter "paragens" é muito diferente de dizer que Deolinda, com 10 anos, tem epilepsia desde os primeiros anos de vida e se viu que não se desenvolvia como as outras crianças, ainda não fala, não compreende, tem crises muito frequentes em que cai, magoa-se, fica como asfixiada, retorce-se e estremece muito, demora a recuperar, já se tentaram muitas associações de medicamentos e com altas doses se conseguiu que reduzisse a frequência das crises.”

3.1 Causas da epilepsia

São várias as causas da epilepsia, pois muitos fatores podem lesar os neurónios ou o modo como estes se comunicam entre si.

“Epilepsy is a symptom, not a diagnosis, and not caused by a single disorder. Epilepsy may be due to virtually any cerebral pathology, and seizures may occur in association with a large number of systemic disorders. Although there are many causes of recurrent seizures and epilepsy, including cerebral hypoxia at birth, central nervous system infections, head trauma and brain tumors, no specific etiology can be found in almost two-thirds of patients.” (Smith et al, 1998) ²

As causas mais frequentes são: traumatismos cranianos, provocando cicatrizes cerebrais; traumatismos de parto; certas drogas ou tóxicos; interrupção do fluxo sanguíneo cerebral causado por acidentes ou problemas cardiovasculares; doenças infecciosas ou tumores; algumas síndromes genéticas; bem como defeitos congénitos ou doenças genéticas associadas a malformações cerebrais.

¹ Na perspectiva de Hirigoyen (2002) "epilepsias não são elas próprias uma única doença, mas, pelo contrário, são um grande e vasto de síndromes que se apresentam como manifestação comum a chamada" crise ". A epilepsia é então uma perturbação do ritmo bioeléctrico, o que resulta numa descarga no músculo. "

² "A epilepsia é um sintoma, não um diagnóstico, e não causado por uma doença única. A epilepsia pode ser devido a virtualmente qualquer patologia cerebral, convulsões e pode ocorrer em associação com um grande número de doenças sistémicas. Apesar de existirem muitas causas de crises recorrentes e epilepsia, incluindo hipóxia cerebral ao nascer, infecções do sistema nervoso central, traumatismo craniano e tumores cerebrais, sem etiologia específica pode ser encontrada em quase dois terços dos pacientes. "(Smith et al, 1998)

A problemática da epilepsia

“As epilepsias podem ser idiopáticas, isto é, de causa desconhecida, ou secundárias, neste caso, quer sintomáticas, quer criptogénicas, dependendo do facto de encontrarmos ou não, respectivamente uma lesão, nos exames de imagem...as crises epiléticas de causa não epilética, que designamos por sistémicas, têm etiologias diversas.” (Pimentel (a), 2006)

4. Classificação das epilepsias

Segundo Pimentel(a) (2006) “Podemos classificar as epilepsias quer pela semiologia das crises epiléticas, quer por síndromes epiléticas (...) recorrendo, pelo seu didatismo, pese embora já ultrapassada por uma mais recente (2000), à classificação da Liga Internacional Contra a Epilepsia, de 1981”

Quadro I – Classificação das crises epiléticas

I – Parciais 1 – Simples 2- Complexas 3 –com generalização secundária
II – Generalizadas 1 - Ausências 2 –Mioclónicas 3 –Clónicas 4 – Tónico-clónicas 5 - Atónicas
III – Inclassificáveis
IV – Estado Epilético

Adaptação abreviada da Classificação Internacional das Crises Epiléticas –ILAE (COMMISSION on Classification and Terminology, 1981)

Com a preocupação de classificar não só as epilepsias mas também as síndromes epiléticas, a *International League Against Epilepsy* propôs dividi-las em Localizadas, Generalizadas, Indeterminadas e Síndromes Especiais (Quadro II).

Quadro II – Classificação das epilepsias e síndromes epiléticas

I – Localizadas 1 – Idiopática 2- Sintomática
--

A problemática da epilepsia

3 – Desconhecida
II – Generalizadas
1 - Idiopática
2 -Criptogénica
3 -Sintomática
III – Indeterminadas
IV – Síndromes especiais

Adaptação abreviada da Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epilépticas –ILAE (COMMISSION on Classification and Terminology, 1985, 1989)

4.1 Epilepsias generalizadas

No que diz respeito às epilepsias generalizadas, podemos constatar que se a descarga elétrica for generalizada, considera-se que entramos no grupo das epilepsias generalizadas, sendo a mais frequente a ‘crise de grande mal’.

“ São as epilepsias e síndromes que cursam com crises generalizadas, isto é, de acordo com a Classificação das Crises, crises nas quais as alterações clínicas iniciais indicam envolvimento de ambos os hemisférios...o padrão EEG é bilateral desde início.” (Classificações das Epilepsias e das Crises Epilépticas da Liga Internacional contra a Epilepsia, 1993).

4.2 Epilepsias Parciais Simples

Se a descarga for a nível local, ou seja, apenas no cérebro, estamos perante o grupo das epilepsias parciais.

“São as epilepsias relacionadas com a localização e os síndromos e perturbações convulsivas nas quais a semiologia das crises ou os dados da investigação evidenciam uma origem localizada para as crises. Não se incluem apenas os doentes com pequenas lesões epileptogénicas (anatômicas ou funcionais) constantemente circunscritas, isto é, verdadeiras epilepsias focais, mas também doentes com lesões menos definidas, cujas crises podem ter origem em locais variados.” (Classificações das Epilepsias e das Crises Epilépticas da Liga Internacional contra a Epilepsia, 1993)

A transmissão das informações de uma célula nervosa para a outra ocorre mediante um processo eletroquímico. Este processo pode ser detetado como uma atividade elétrica por meio de um eletroencefalograma (EEG). Os padrões anormais de atividade elétrica estão associados a convulsões. Se as condições suficientes forem fornecidas, qualquer pessoa pode ter uma convulsão. As

A problemática da epilepsia

convulsões focais simples são o resultado de uma atividade elétrica anormal na área motora (movimentos) e na área sensorial (sensitiva) do córtex cerebral. Ocorrem sintomas motores ou sensoriais sem perda da consciência.

As convulsões estão geralmente associadas com a epilepsia (distúrbios convulsivos). As convulsões espontâneas podem ser de causa desconhecida. Nalgumas pessoas essas convulsões podem ser desencadeadas pela menstruação, por um trauma, por hipoxia, por estímulos sensoriais como luzes, sons, tato, leitura ou outros estímulos.

As causas específicas das convulsões parciais (focais) incluem com maior frequência as áreas localizadas, nas quais o tecido foi lesado pela falta de oxigénio ou tecidos lesados por causa de tumores cerebrais ou lesões cerebrais localizadas, de qualquer tipo. A localização mais comum para as lesões é o lóbulo temporal do cérebro (convulsões do lóbulo temporal), mas a lesão pode ocorrer em qualquer parte. Nas crianças, é menos provável que as convulsões focais sejam causadas por uma lesão definida, quando em comparação aos adultos. As convulsões parciais são causadas, normalmente por lesões localizadas adquiridas durante a vida intra-uterina.

4.3 As Crises Parciais Complexas (Psicomotoras)

São convulsões caracterizadas por descargas epileptiformes focais, originando-se de uma porção de um hemisfério cerebral, com rebaixamento da consciência. Ou seja, uma crise parcial complexa ocorre quando a atividade epileptiforme se dissemina para ambos os lobos temporais do cérebro.

Uma crise parcial complexa mais frequentemente ocorre após uma crise parcial simples de origem no lobo temporal. No entanto, descargas epileptiformes em outras áreas corticais (lobo frontal, e mais raramente lobos parietal e occipital) também podem desencadear crises do tipo parcial complexa.

4.4 As Crises Inclassificáveis

“As crises inclassificáveis são-no cada vez menos, dado que, com frequência crescente, se recorre à monitorização vídeo/EEG, técnica neurofisiológica que consiste em realizar um EEG, 24 sobre 24 horas em regime de internamento, acompanhado de um vídeo permanente do doente. Desta maneira, é possível

A problemática da epilepsia

responder a diversas perguntas, tais como: trata-se de crises epilépticas ou de crises de outra natureza?; onde, no córtex cerebral, se localizam as crises?; qual a sua semiologia?" (Pimentel (a), 2006)

4.5 As Síndromes epilépticas

Relativamente às síndromes (conjunto de sinais e de sintomas) podemos destacar a Epilepsia Mioclónica Juvenil, Síndrome de Lennox-Gastaut, Síndrome de West e Epilepsias Mioclónicas Progressivas.

A Síndrome de West é uma síndrome generalizada, sintomática ou idiopática com início entre os 4 e 7 meses de vida.

Na perspetiva de Costa & Paiva (n.d) "...a Síndrome de West consiste numa tríade: espasmos infantis, paragem do desenvolvimento psicomotor e hipsarritmia, embora um destes elementos possa faltar. Os espasmos podem ser em flexão, em extensão, simples estremeções ou acenos de cabeça, mas frequentemente são mistos. A crise apenas dura segundos, mas rapidamente se associam a outros ataques havendo um atraso mental e retrocesso intelectual. O início tem o pico entre os 4 e os 7 meses de idade e ocorre sempre antes do primeiro ano de idade. Os rapazes são mais comumente afectados. O prognóstico é usualmente reservado. A síndrome de West pode dividir-se em dois grupos: o grupo sintomático é caracterizado pela existência prévia de sinais de lesão cerebral (atraso mental, sinais neurológicos, sinais radiológicos, ou crises de outros tipos) ou por uma etiologia conhecida; o grupo criptogénico, mais pequeno, é caracterizado pela falta de sinais prévios de lesão cerebral ou de etiologia conhecida."

Quanto à Epilepsia mioclónica juvenil é uma Síndrome idiopática generalizada com início no final da infância ou pela puberdade.

Segundo os mesmos autores "É caracterizada por crises com abalos mioclónicos irregulares, arrítmicos, repetitivos ou isolados, bilaterais, predominando nos braços. Os abalos podem causar quedas súbitas dos doentes, mas não se nota perturbações da consciência. A doença pode ser hereditária e a distribuição por sexos é igual. Há muitas vezes crises tónico-clónicas generalizadas e, menos vezes, ausências. As crises acontecem usualmente muito cedo após o acordar e são precipitadas pela privação do sono. Os doentes são, frequentemente, fotossensíveis."

No que diz respeito à Síndrome de Lennox-Gastaut verifica-se que é uma síndrome grave de epilepsia da criança com atraso mental e com diversos tipos de crises. Caraterizam-se por serem abalos mioclónicos, crises atónicas súbitas, crises tónicas e ausências atípicas com má resposta terapêutica. Mais tarde surgem crises generalizadas tónico-clónicas.

"Manifesta-se em crianças com 1 a 8 anos de idade mas aparece principalmente na idade pré-escolar. As crises mais comuns são as tónicas axiais, atónicas, e as ausências, mas estão frequentemente associadas a outros tipos. A frequência das crises é alta e os estados de mal epiléptico são frequentes (estados estuporosos com mioclonias, crises tónicas e atónicas). As crises são de difícil

A problemática da epilepsia

controlo e o desenvolvimento é muitas vezes desfavorável. Em 60% dos casos este síndrome surge em crianças com encefalopatia prévia, mas é primário noutros casos.” (Costa & Paiva, n.d)

Relativamente às Epilepsias mioclónicas progressivas são caracterizadas por crises mioclónicas generalizadas, tónico-clónicas e disfunção neurológica progressiva (demência e ataxia cerebelosa). A maioria das epilepsias é hereditária com origem num erro metabólico.

5. Localização da descarga elétrica anormal e sintomas

O que ocorre exatamente durante uma convulsão depende da parte do cérebro que é afetada pela descarga elétrica anormal. A descarga elétrica pode envolver uma área mínima do cérebro, fazendo apenas que o indivíduo perceba um odor ou sabor estranho, ou pode envolver grandes áreas, acarretando uma convulsão (abalos e espasmos musculares generalizados).

Além disso, o indivíduo pode apresentar episódios breves de alteração da consciência; pode perder a consciência, o controle muscular ou o controle da vesícula e pode apresentar confusão mental. As convulsões frequentemente são precedidas por auras – sensações incomuns de odores, sabores ou visões, ou uma sensação intensa de que uma crise convulsiva está prestes a ser desencadeada.

As convulsões epiléticas às vezes classificam-se segundo as suas características, como referimos anteriormente.

6. Diagnóstico e tratamento da epilepsia

6.1 O diagnóstico

O diagnóstico da epilepsia é fundamentalmente clínico e define-se, na maioria dos casos, através de entrevista e observação médica realizadas numa consulta.

“Como para qualquer outra patologia respeitante ao sistema nervoso, ela assenta numa boa história clínica, com colheita apropriada da actual, progressiva e familiar, na observação geral e no exame neurológico.” O mesmo autor refere ainda que “A história clínica é fundamental para o diagnóstico das epilepsias, razão porque o doente deve ir à consulta sempre acompanhado por uma testemunha das crises” (Pimentel (a), 2006)

A problemática da epilepsia

Como refere o mesmo autor, conforme o tipo de patologia suspeitado para cada caso, assim devem ser realizados, para além do RMN, os seguintes exames:

- 1) Punção lombar – suspeita de lesão infecciosa/inflamatória;
- 2) Angiografia cerebral – suspeita de malformação vascular ou trombose venosa;
- 3) Imagem Funcional (tomografia computadorizada por emissão de fotão único);
- 4) Biopsias (cerebral, pele, músculo);
- 5) Avaliação neuropsicológica.

6.1.1 Atividade Cerebral durante uma crise convulsiva

Um eletroencefalograma (EEG) é um registo da atividade elétrica do cérebro. O procedimento é simples e indolor.

“Deve-se ter em conta que a maioria destes exames são intercríticos (realizados com o doente sem crises), que os eléctrodos são colocados no couro cabeludo (a alguma distância, do córtex cerebral), e que o tempo de obtenção do traçado é relativamente curto (cerca de 30 minutos).” (Pimentel(a), 2006)

A pessoa é exposta a vários estímulos, como luzes brilhantes ou cintilantes, com o fim de provocar uma crise convulsiva. Durante esta, a atividade elétrica do cérebro acelera-se, produzindo um padrão desordenado em forma de ondas. Pela observação dos canais onde ocorre ondas anormais (como as que estão marcadas em vermelho), o neurologista é capaz de deduzir em que parte do cérebro a anormalidade está situada. Estes registos das ondas cerebrais ajudam a identificar a epilepsia. Diferentes tipos de crises convulsivas têm diferentes padrões de ondas.

6.2 Tratamento da epilepsia

O tratamento da epilepsia passa inicialmente pela utilização de fármacos.

“ O tratamento deverá durar, se um adulto, entre 3 a 5 anos (se uma criança, regra geral, consideravelmente menos) sem crises.” (Pimentel (a), 2006)

A problemática da epilepsia

Calcula-se que cerca de 70% a 80% dos novos doentes fiquem controlados com qualquer um dos fármacos antiepiléticos de 1ª linha em monoterapia. Os restantes doentes são geralmente tratados em regime de politerapia, com dois ou mais fármacos, existindo no entanto um grupo importante de doentes que, quer devido às características da sua epilepsia quer devido a problemas farmacodinâmicos ou farmacocinéticos das associações com que são tratados, apresentam situações de epilepsia refratária.

Como refere Rosalvo (2011) “Os tratamentos para toda a vida são, hoje em dia, menos preocupantes do que eram há 20 anos. É que as medicações que então se usavam eram prescritas em doses elevadas e compostas de substâncias com efeitos indesejáveis. No passado, os medicamentos antiepiléticos conduziam a dificuldades intelectuais - os barbitúricos em certas doses provocavam sonolência e cansaço permanente; outros provocavam deformação da face e das gengivas...Felizmente, os medicamentos que hoje se usam em larga escala são mais eficazes e tem menos efeitos indesejáveis... Com os medicamentos que existem atualmente ou com os antigos em doses ajustadas, é possível controlar, ou seja, reduzir substancialmente o número de crises da maioria das pessoas com epilepsia.”

Este autor refere ainda que (2011) “A cirurgia da epilepsia aplica-se a uma percentagem relativamente baixa de situações e quando se pensa nela temos de pesar os prós e os contras.”

7. Como atuar perante um ataque convulsivo

Perante uma crise epilética deve tentar manter a calma.

Ao presenciar um ataque convulsivo, percebe-se a contração involuntária da musculatura provocando movimentos desordenados e geralmente a perda de consciência. As manifestações mais evidentes são a queda, salivação abundante, por vezes a eliminação de fezes e urina e movimentos desordenados. É preciso estar atento e manter o controlo da situação.

“(…)no caso de uma crise epilética, deve-se deixar a pessoa deitada no chão, aguardar que a convulsão abrande, evitar que a cabeça bata contra alguma coisa e virar, logo que possível, a pessoa sobre um dos lados. Não se deve meter nada na boca pois isso pode causar ferimentos na boca ou impedir uma boa passagem do ar. Há quem tente meter dedos na boca e isso, além de inútil, pode fazer com que os dedos sejam mordidos sem necessidade. Quando uma pessoa tem uma crise destas, acontece por

A problemática da epilepsia

vezes que morde os lados da língua mas isso raramente tem gravidade - apenas dói durante um ou dois dias.” (Rosalvo, 2011)

São identificados alguns procedimentos e cuidados a ter, como tal deverá atuar do seguinte modo:

- Proteja a cabeça da vítima com um travesseiro ou pano (para que ela não se magoe);

- A vítima poderá morder a própria língua, mas não coloque objetos na sua boca nem tente puxá-la para fora...“anatomicamente, é impossível que a língua se enrole e obstrua a passagem de ar”;

- Deixe a vítima debater-se livremente. Coloque-a deitada em posição lateral para que a saliva escorra e o paciente não engasgue.

- Mantenha-a em repouso, cessada a convulsão e deixe-a dormir;

- Nas convulsões infantis por febre alta, deite a criança envolta numa toalha húmida;

- Procure ajuda médica se a pessoa se feriu gravemente, se a crise durar muito tempo ou quando não se sabe o motivo da convulsão (pode haver danos neurológicos);

- Nunca atire água para a vítima ou lhe dê palmadas no rosto.

- Não é necessário fazer massagens no coração ou realizar respiração boca a boca.

8..Problemas associados

A epilepsia ocorre ainda na “maioria” das situações em crianças/jovens com outras problemáticas associadas e síndromes, tais como a Síndrome de West.

“Espasmos infantis são o principal achado clínico na síndrome de West, uma síndrome epilética relacionada com a idade que afeta 1 em cada 2000 a 4000 crianças. O diagnóstico da síndrome de West é feito pela associação de episódios de espasmos em flexão, em extensão ou mistos, associados a EEG Hipsarítmico e, na maioria dos pacientes, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor.” (Rotta et al, 2003)

A epilepsia poderá originar implicações educativas, podendo ocorrer “problemas” ou “dificuldades” a nível da atenção, memória, coordenação motora, agitação/inquietude.

Na opinião de Heber Filho et al (2006), “As comorbidades psiquiátricas e comportamentais afetam aproximadamente 40 a 50% das crianças e adolescentes com epilepsia. Algumas comorbidades são compartilhadas por adultos e crianças (depressão

A problemática da epilepsia

e ansiedade), enquanto outras são específicas da infância (autismo, transtornos da aprendizagem e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade). Alguns problemas são mais especificamente associados à epilepsia, tais como o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, distúrbios do pensamento e problemas sociais. Mesmo as síndromes epiléticas classicamente consideradas benignas demonstram em estudos de *follow up* uma taxa significativa de alterações comportamentais e cognitivas, como a epilepsia mioclônica benigna da infância.”

Verifica-se que a epilepsia também pode ter consequências a nível da linguagem. A este respeito, Schirmer, Fontoura & Nunes (2004) consideram que

“Os efeitos da epilepsia, das crises convulsivas e das descargas eletroencefalográficas sobre a linguagem têm sido discutidos em diversos estudos. Pode-se dizer que três são os distúrbios mais relatados em pacientes epiléticos: as disfasias do desenvolvimento associadas a epilepsia; as afasias críticas (agudas), onde ocorre uma alteração transitória da função cognitiva; e a afasia epilética adquirida (síndrome de Landau-Kleffner). A afasia epilética adquirida é caracterizada pela deteriorização da linguagem na infância associada a crises ou atividade eletroencefalográfica epileptiforme anormal. Esse tipo de afasia muitas vezes é confundido com síndrome autística ou deficiência auditiva. Além da deterioração da linguagem e da agnosia auditiva, observam-se alterações de comportamento, incluindo traços autistas.”

As crianças com epilepsia podem ser tão saudáveis como as outras, no entanto, há muitas que têm problemas de saúde específicos que precisam de ser diagnosticados e tratados o mais cedo possível.

8. Transtornos mentais associados à epilepsia

A Organização Mundial de Saúde (OMS) inclui a epilepsia no capítulo dos transtornos mentais, pelo menos do ponto de vista de saúde pública. Esta inclusão está baseada nos seguintes argumentos: embora de maneira errada, a epilepsia tem sido historicamente considerada como doença mental e ainda o é em muitas sociedades.

Segundo Marchetti et al (2005) “Como aquelas que apresentam transtornos mentais, as pessoas com epilepsia sofrem estigma e, quando deixadas sem tratamento, sofrem graves disfunções. O tratamento da epilepsia está frequentemente sob a responsabilidade de profissionais da saúde mental, devido à grande prevalência e à relativa ausência de serviços neurológicos especializados, especialmente em países em desenvolvimento.”

Os mesmos autores referem ainda que “Além dos argumentos apresentados pela OMS, deve-se lembrar que epilepsia é um distúrbio do sistema nervoso central e sua expressão clínica inclui sintomas cognitivos e psiquiátricos em concomitância com crises epiléticas. (...) pacientes com epilepsia têm risco aumentado para desenvolver transtornos mentais.”

Na perspectiva de Heber Filho et al (2006), “Noeker et al propõem um modelo heurístico interessante para as interfaces entre a epilepsia e a disfunção mental. Segundo esse modelo, o surgimento de disfunção mental na criança com

A problemática da epilepsia

epilepsia poderia ser entendido em três níveis: causas de base, fatores mediadores/moderadores e prognóstico de saúde mental. As causas patogênicas envolvem a doença de base do sistema nervoso central e as características da síndrome epiléptica (tipo de crise, frequência e duração das crises e duração da epilepsia).”

CAPÍTULO II – DÉFICE COGNITIVO

1. Conceito de deficiência

Na pesquisa e na prática da área da deficiência existem imprecisões dos conceitos, com variações relacionadas ao modelo médico e ao modelo social, que resultam em dificuldades na aplicação e utilização do conhecimento.

Tomando como ponto de partida o documento do Secretariado Nacional de Reabilitação, da Organização Mundial da Saúde (OMS), procura-se esclarecer os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem:

- A superação de mal-entendidos entre os profissionais;
- A utilização de uma linguagem comum e bem especificada;
- A troca de informações nas discussões de pesquisas e na planificação e execução de ações.

Não se pretende homogeneizar os conceitos, mas contribuir para que os profissionais e a sociedade conheçam os termos utilizados.

Segundo Tonini (2010), para explicar os conceitos de deficiência, usaremos os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem propostos pela XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana, ocorrida em Washisgton, em 1990:

“Deficiência: é qualquer perda de função psicológica, fisiológica ou anatômica. Tem como características anormalidades temporárias ou permanentes em membros, órgãos, ou em outra estrutura do corpo, inclusive nos sistemas próprios da função mental. São exemplos as perdas das funções biológicas visuais, auditivas, motoras decorrentes das mais variadas causas.”

“Incapacidade: é qualquer restrição, devida a uma deficiência, de capacidade de realizar uma actividade. A incapacidade se caracteriza pelo desempenho insatisfatório de acções pelo indivíduo (temporárias ou permanentes; reversíveis ou irreversíveis) nos aspectos psicológicos, físicos ou sensoriais. Servem como exemplos as incapacidades de ver, ouvir, andar, decorrentes de deficiências visuais, auditivas e motoras.”

“Desvantagem: é uma situação de prejuízo para um indivíduo determinado, como consequência de uma deficiência ou incapacidade que o limita ou impede de desempenhar um papel.”

2. Déficit cognitivo

“Há, na literatura, diversas terminologias referentes à categoria da deficiência mental, as quais são utilizadas como sinônimos, sendo elas: deficiência mental, déficit cognitivo, déficit intelectual, deficiência intelectual e retardo mental. Essa última é criticada por ser considerada obsoleta por alguns autores brasileiros atrelados à área da Educação Especial (Sasaki, 2003), mas utilizado pela literatura americana atual, caso este do DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, organizado pela Associação Psiquiátrica Americana (1994), que é uma referência mundial para os profissionais da área da saúde em termos de diagnóstico. O uso de terminologias corretas, ou seja, adequadas ao momento atual, não é uma mera questão semântica, e sim uma preocupação quanto ao uso de termos antigos que, carregados de preconceitos e estigmas, acabam influenciando negativamente nas práticas atuais de inclusão social e educacional.”. (Tonini, 2010)

Déficit cognitivo corresponde a expressões como insuficiência, falta, falha, carência, imperfeição associadas ao significado de deficiência (do latim *deficientia*) que por si só não definem nem caracterizam um conjunto de problemas que ocorrem no cérebro humano, e leva os seus portadores a um baixo rendimento cognitivo, mas que não afeta outras regiões ou funções cerebrais.

A principal característica do déficit cognitivo é a redução da capacidade intelectual, situadas abaixo dos padrões considerados normais para a idade se criança ou inferiores à média da população quando adultas.

O portador de deficiência mental na maioria das vezes apresenta dificuldades ou nítido atraso no seu desenvolvimento neuropsicomotor, aquisição da fala e outras habilidades (comportamento adaptativo).

Os portadores desse transtorno poderão necessitar de médico, fisioterapeuta/ terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, entre outros, a fim de minimizar os problemas decorrentes da deficiência.

Quanto mais cedo houver um diagnóstico e mais precoce for a intervenção melhores serão os resultados. As técnicas exercidas por diversos profissionais de reabilitação e puericultura para identificar precocemente lesões e intervir são denominadas “Avaliação do Desenvolvimento” e “Exame neuropsicomotor ou psicomotor” e “Teste de Inteligência” ou “Quociente de Inteligência”, além do

A problemática da epilepsia

diagnóstico médico para identificar a Síndrome genética ou a natureza da lesão que causou o dano cerebral.

2.1 Causas do déficit cognitivo

O déficit cognitivo pode ter várias causas, tais como: fatores genéticos, peri-natais (ocorridos durante a gestação e o parto) e pós-natais. O diagnóstico correto dos fatores causais no momento do nascimento pode não só amenizar os sintomas (prevenção secundária), mas até mesmo evitar o dano cerebral.

Os fatores genéticos estão classificados em Síndromes (Síndrome de Down, Síndrome de Rett, Doença de Tay-Sachs, entre outras) podem ser hereditários (recessivos ou dominantes) ou associados à gametogênese, como no caso da Síndrome de Down.

Segundo Silva & Dessen (2001) "Alguns estudos destacam o caráter orgânico como causa da Deficiência Mental; dentre eles os trabalhos de Burack, Hodapp e Zigler (1988) e de Simonoff, Bolton e Rutter (1996). O primeiro deles enfatiza a existência de dois grupos distintos de indivíduos deficientes mentais: (a) aqueles que possuem uma etiologia orgânica conhecida e (b) aqueles cuja deficiência se deve a fatores culturais e familiares. Já Simonoff e seus colaboradores apontam para a existência de diferentes classes de desordens genéticas que causam a DM: a síndrome de Down, a síndrome do X frágil, as anomalias do sexo cromossômico, as síndromes Prader-Willi e Angelman e também, a fenilcetonúria. Apesar da existência de diversas causas, grande parte dos registros de deficiência mental não possui uma causa conhecida (Kovács, 1992). Mesmo assim, o fator orgânico ainda predomina em muitas concepções de deficiência mental, prevalecendo, nos diversos espaços institucionais, as visões clínica e patológica da DM como enfoque central no lidar com as pessoas deficientes mentais."

Os fatores ou causas peri-natais, ou seja imediatamente anteriores (a gestação) e posteriores (o trabalho de parto) ao parto, podem ser de natureza tóxica (drogas), traumática, ou infecciosas causadas por vírus (tipo o da rubéola) ou bactérias (exemplo da sífilis). A maioria dos danos peri-natais apresentam-se como malformações congênitas.

Entre as causas pós-natais podemos destacar os traumatismos cranianos, doenças infecciosas como as meningites e as Síndromes de abandono, maltratos e desnutrição nos períodos iniciais do desenvolvimento.

2.2 Diferentes graus de déficit cognitivo

Existem diferentes correntes para determinar o grau do déficit cognitivo, mas as técnicas psicométricas são as mais utilizadas medindo o QI para a classificação de cada grau.

De acordo com a Associação Americana para a Deficiência Mental e com Organização Mundial de Saúde (cit. por Bautista, 1997) o resultado do teste de QI traduz-se em **cinco graus de deficiência mental** e distribuem-se em grupos:

Limite ou “Bordeline”:

- Quociente de Inteligência (QI) - 68-85
- Idade Mental (IM) – 13

Estádio de desenvolvimento – Operações concretas

Ligeiro:

- QI - 52-67
- IM – 8-12
- Estádio de desenvolvimento – Operações concretas

Moderado ou Médio:

- QI - 36-51
- IM – 3-7
- Estádio de desenvolvimento – Pré Operatório

Severo ou Grave:

- QI - 20-35
- IM – 3-7
- Estádio de desenvolvimento – Sensório Motor

Profundo:

- QI - Inferior a 20

A problemática da epilepsia

- IM – 0 a 3
- Estádio de desenvolvimento – Sensório Motor

Limite ou “Bordeline”:

Crianças que se enquadrem neste nível, não se pode dizer, que apresentem deficiências mentais porque são crianças com muitas possibilidades, revelando apenas um ligeiro atraso nas aprendizagens ou algumas dificuldades concretas. Como tal, crianças de ambientes socioculturais desfavorecidos podem ser aqui incluídas, assim como as crianças com carências afetivas, de famílias monoparentais, entre outras, que apresentam desfasamentos nos aspectos de nível psicológico ligeiro, razões que justificam esta resistência de consensualidade.

Ligeiro

Inclui a grande maioria dos deficientes que, tal como na anterior, não são claramente deficientes mentais, mas pessoas com problemas de origem cultural, familiar ou ambiental. Podem desenvolver aprendizagens sociais ou de comunicação e têm capacidade de adaptação e integração no mundo laboral.

Apresentam um atraso mínimo nas áreas perceptivo-motoras. Na escola detetam-se com mais facilidade as suas limitações intelectuais, podendo contudo, alcançar um nível escolar equivalente ao 1º Ciclo do Ensino Básico.

Médio ou Moderado

Os deficientes considerados neste nível podem adquirir hábitos de autonomia pessoal e social, no entanto têm maiores dificuldades que os anteriores. Podem aprender a comunicar pela linguagem verbal, mas apresentam, por vezes, dificuldades na expressão oral e na compreensão dos convencionalismos sociais.

Apresentam um desenvolvimento motor aceitável e tem possibilidades de adquirir alguns conhecimentos pré-tecnológicos básicos que lhe permitam

A problemática da epilepsia

realizar algum trabalho. Dificilmente chegam a dominar técnicas instrumentais de leitura, escrita e cálculo.

Severo ou Grave

Neste nível, os indivíduos necessitam geralmente de proteção ou de ajuda, pois o seu nível de autonomia pessoal e social é muito pobre. Por vezes, têm problemas psicomotores significativos. Poderão aprender algum sistema de comunicação, mas a sua linguagem verbal será sempre muito débil. Podem ser treinados em algumas atividades de vida diária (AVD) básicas e aprendizagens pré-tecnológicas muito simples.

Profundo

Este nível aplica-se só em caso de deficiência muito grave em que o desempenho das funções básicas se encontra seriamente comprometido.

Estes indivíduos apresentam grandes problemas sensório-motores e de comunicação com o meio. São dependentes de outros em quase todas as funções e atividades, pois os seus handicaps físicos e intelectuais são gravíssimos. Excepcionalmente terão autonomia para se deslocar e responder a treinos simples de auto-ajuda.

CAPÍTULO III – A LEGILAÇÃO E A EDUCAÇÃO ESPECIAL

1. A Legislação e a Educação Especial

Existem dois diplomas legais inerentes à Educação Especial. Parece-nos pertinente dar um enfoque acerca da importância destes diplomas, nomeadamente ao Despacho Conjunto Nº 891/99 de 19 de Outubro ao Decreto-Lei Nº 3/2008 de 7 de Janeiro.

O Despacho Conjunto Nº 891/99 de 19 de Outubro foca “os princípios e condições para o apoio integrado no âmbito da intervenção precoce dirigida a crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias”.

O Decreto-Lei Nº 3/2008 de 7 de Janeiro, veio refutar a ideia de que “a educação inclusiva visa a equidade educativa, sendo que por esta se entende a garantia de igualdade, quer no acesso quer nos resultados”.

1.1 Despacho Conjunto nº 891/99 de Outubro

Este foi o diploma mais importante no âmbito da Intervenção Precoce (IP), pois anteriormente apenas existia legislação avulsa sobre esta questão, nomeadamente as Portarias nº 52/97 e nº 1102/97 resultantes do Ministério da Educação e o Despacho nº 26/95 resultante do Ministério da Solidariedade e Segurança Social.

A IP é uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da ação social, com vista a:

- Assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento;

- Potenciar a melhoria das interações familiares;

A problemática da epilepsia

- Reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência.

Intervenção Precoce, para Dunst & Bruder (2002, cit. em Pimentel, 2004), diz respeito ao “conjunto de serviços, apoios e recursos que são necessários para responder, quer às necessidades específicas de cada criança, quer às necessidades das suas famílias no que respeita à promoção do desenvolvimento da criança.”

Segundo a linha de pensamento dos mesmos autores, a Intervenção Precoce (IP) consiste “Nos serviços, apoios e recursos necessários para responder às necessidades de todas as crianças que ocorrem nos programas de Intervenção Precoce, incluindo actividades e oportunidades que visam incentivar a aprendizagem e o desenvolvimento da criança” e “nos serviços, apoios e recursos necessários para que as famílias possam estimular o desenvolvimento dos seus filhos, criando oportunidades para que elas tenham um papel activo neste processo”, pelo que o envolvimento da família se torna essencial, nomeadamente ao nível de uma intervenção oportuna e continuada.

Ao considerarmos as condições básicas de desenvolvimento das crianças, a primeira constatação óbvia é a da diversidade da qualidade de oportunidades que, logo desde o nascimento se oferecem às crianças, e que poderão fazer a diferença em termos desenvolvimentais (Meisels & Shonkoff, 2000). Assim, para estes autores, é função da intervenção precoce ajudar estas crianças e as suas famílias a prosperar. Os mesmos autores, assim como Majnemer (1998), referem ainda que a IP tem o objectivo de, junto da criança e da sua família, promover a saúde e bem-estar, promover competências emergentes, minimizar atrasos de desenvolvimento, remediar incapacidades existentes ou emergentes, prevenir a deterioração funcional, promover a função parental adaptativa e o funcionamento da família como um todo.

A sociedade e o estado são responsáveis por proporcionar serviços de apoio à criança com problemas de desenvolvimento, resultantes de fatores biológicos ou ambientais. As primeiras idades constituem uma oportunidade única para influenciar o desenvolvimento dessas crianças e apoiar as suas

A problemática da epilepsia

famílias, maximizando os benefícios da intervenção a longo termo. As ligações cerebrais mais importantes ocorrem até aos 3 anos, daí a Intervenção Precoce atuar essencialmente nesta faixa etária.

A IP tem duas vertentes: a domiciliária e a escolar. A domiciliária apoia essencialmente crianças até aos 3 anos de idade, no entanto, vários autores defendem a inserção de crianças, no jardim-de-infância aos 2 anos de idade, no sentido de promoverem a sua área forte, a socialização. A intervenção ocorre então, posteriormente, no jardim-de-infância. Os técnicos da equipa, os pais e a criança são os principais intervenientes, juntando-se mais tarde à equipa o educador de infância.

1.2 Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro

Segundo o **Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de Janeiro**, "...a escola inclusiva pressupõe individualização e personalização das estratégias educativas, enquanto método de prossecução do objectivo de promover competências universais que permitam a autonomia e o acesso à conduta plena da cidadania por parte de todos."

Este Decreto define os seguintes aspectos:

- Os apoios especializados a prestar na educação pré-escola e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, Particular, cooperativo ou solidário;
- A criação de condições para a adequação do processo Educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com Deficiências ou incapacidades;
- Define como objetivos da educação especial a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativos, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional.

Em todo este processo, relativo a crianças com NEE de carácter permanente, os pais ou encarregados de educação têm o direito e o dever de participar ativamente em tudo o que se relacione com a educação especial a

A problemática da epilepsia

prestar ao seu filho, tendo desta forma acesso aos conteúdos do seu processo educativo e quando não concordem com as medidas tomadas em relação ao seu educando podem recorrer para os serviços do Ministério da Educação, através de documento escrito em que fundamentam a sua perspectiva.

A educação especial pressupõe uma referenciação das crianças que dela necessitem e deve ocorrer o mais precocemente possível, identificando-se os fatores de risco que estão associados às suas limitações e incapacidades. Posteriormente é feita uma avaliação da qual se elabora um relatório técnico-pedagógico por referência à CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS. Esta avaliação e o PEI, Programa Educativo Individual, no qual constam as necessidades educativas especiais, as respostas educativas e as formas de avaliação, terão de ser elaborados no prazo de 60 dias após a referenciação.

2. O Programa Educativo Individual

No Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de Janeiro, no CAPÍTULO III, Artigo 8º, verifica-se que o Programa Educativo Individual (PEI) apresenta os seguintes pressupostos:

- O PEI é o documento que fixa e fundamenta as respostas educativas e respectivas formas de avaliação.
- O PEI documenta as necessidades educativas especiais da criança ou jovem, baseadas na observação e avaliação de sala de aula e nas informações complementares disponibilizadas pelos participantes no processo.
- O PEI integra o processo individual do aluno.

2.1 Intervenientes no processo educativo

Os intervenientes no Processo Educativo são o professor titular de turma, os pais, a professora de Educação Especial, técnicos profissionais de saúde, terapeuta da fala, entre outros.

A inclusão de uma criança com NEE na escola deve fazer parte dos objetivos de todos os profissionais que trabalham com essas crianças, na medida em que o ambiente escolar lhe permita vivências diversificadas.

A problemática da epilepsia

Em conjunto todos os intervenientes deverão traçar metas e objetivos, a fim de minimizar as dificuldades sentidas, bem como das competências a atingir nas diferentes áreas.

3. Perfil de funcionalidade por referência à CIF-CJ

Segundo Fontes et al (2010), "...com a entrada em vigor do Decreto-Lei nº3/2008, ficou definido que os apoios especializados visando a criação de condições para a adequação do processo educacional às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e participação, fossem aferidos através da *checklist* (ver anexo I) da classificação. Daqui resulta, que o Plano Educativo Individual, tem por base os dados que constam no relatório técnico-pedagógico, oferecidos pela avaliação especializada e multidisciplinar, realizada com referência à CIF, para crianças e jovens."

A Classificação Internacional de Funcionalidade de Crianças e Jovens (CIF-CJ) tem como objetivo uma abordagem ecológica, sistemática e interdisciplinar.

"A CIF é um sistema de classificação que permite enquadrar a recolha de informação relevante para a descrição da natureza e extensão das limitações funcionais da pessoa, bem como das características do meio circundante. Permite ainda organizar essa informação de maneira integrada e facilmente acessível. A utilização da CIF, como quadro de referência para a avaliação de NEE, pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação direccionados para a avaliação funcional dos alunos, com especial enfoque nas actividades e participação e nos factores ambientais." (DGIDC,2008)

"O sistema de qualificação da CIF permite à equipa de avaliação especificar o grau de capacidades, necessidades, barreiras e facilitadores, bem como indicar aqueles que são passíveis de mudança, seja através da intervenção, dos apoios disponibilizados ou das alterações a realizar no ambiente." (Manual de Apoio à Prática)

O modelo estabelece – se em duas grandes partes: a primeira que agrupa a **Funcionalidade e a Incapacidade** com duas componentes: Funções e Estruturas Corporais e Actividades e Participação. Uma segunda parte que engloba os **Factores Contextuais**, também com duas componentes: Factores Ambientais e Factores Pessoais. As componentes estão classificadas mediante categorias, organizadas numa estrutura hierárquica de 4 níveis (ver Anexo 1).

A problemática da epilepsia

Quadro III – Qualificador genérico da CIF

1º Qualificador ou Qualificador Genérico		
0 – Nenhuma deficiência/dificuldade	0 – Nenhum obstáculo	+0 – Nenhum facilitador
1 – Deficiência/dificuldade Ligeira	1 – Obstáculo Leve	+1 - Facilitador Leve
2 - Deficiência/dificuldade Moderada	2 – Obstáculo Moderado	+2 - Facilitador Moderado
3 - Deficiência/dificuldade Grave	3 - Obstáculo Grave	+3 - Facilitador Grave
4 - Deficiência/dificuldade Completa	4 - Obstáculo Completo	+4 - Facilitador Completo

No DL 3/2008, no Capítulo II, Artigo 6º, relativamente ao Processo de Avaliação pode ler-se o seguinte: “ Do relatório técnico pedagógico constam os resultados decorrentes da avaliação, obtidos por referência à Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde, servindo de base à elaboração do programa educativo individual.”

II PARTE – CONTEXTO METODOLÓGICO

1. Introdução

A investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos, na disciplina a que diz respeito, e facilitar o desenvolvimento desta ciência.

Segundo Tuckman (2000), “é uma tentativa sistemática de atribuição de respostas às questões.”

O conhecimento adquire-se de muitas formas, mas na perspectiva de Fotin (1999), de todos os métodos de aquisição e de conhecimentos “a investigação científica é o mais rigoroso e aceitável uma vez que assenta num processo racional (...) dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos e dos fenómenos”.

1.1 A metodologia

É através da metodologia que se estuda, descreve e explica os métodos que se vão aplicar ao longo do trabalho, de forma a sistematizar procedimentos adoptados durante as várias etapas. Procura-se assim garantir a validade e a fidelidade dos resultados.

A metodologia, segundo Almeida(b) e Pinto (1990) é a organização crítica das partes da investigação, sendo o processo de pesquisa “algo de unitário, em que todas as suas fases se referenciam a conteúdos teóricos que lhes conferem sentido, as articulam e lhes delimitam as potencialidades explicativas.”

Neste trabalho, optamos por uma metodologia mista (quantitativa e qualitativa) realizando um “estudo de caso” de uma aluna portadora de epilepsia e atraso mental e a frequentar uma E.B. 2/3 sediada no concelho de Gondomar.

Na pesquisa qualitativa parte-se do pressuposto que a construção do conhecimento se processa “de modo indutivo e sistemático, a partir do próprio terreno, à medida que os dados empíricos emergem” (Lefébvre, 1990 cit. Pacheco, 1995) ao contrário da abordagem quantitativa que procura comprovar teorias, recolher dados para confirmar ou infirmar hipóteses e generalizar fenómenos e comportamentos.

2. Problema

O problema, formulado ou emergente, cumpre sempre cinco funções básicas numa investigação, seja ela de que tipo for (Punch, 1998):

- 1) Organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência;
- 2) Delimita-o, mostrando as suas fronteiras;
- 3) Focaliza o investigador para a problemática do estudo;
- 4) Fornece um referencial para a redação do projeto;
- 5) Aponta os dados que serão necessário obter.

Uma vez que lecionamos numa escola onde uma criança com atraso mental e epilepsia estava integrada, pareceu-nos imperativo averiguar até que ponto os professores e assistentes operacionais sabem agir perante um aluno com epilepsia.

O presente estudo procura sensibiliza para “A problemática da epilepsia”. Contudo, outras questões se impõem:

- Sabe em que consiste a epilepsia?
- Conhece alunos com epilepsia?
- Os professores e assistentes operacionais estão preparados para lidar com um aluno que tenha uma crise epiléptica?
- Os professores e os assistentes operacionais conhecem Centros ou Associações ligadas à problemática da epilepsia?

Com este estudo, ambicionamos a resposta a estas questões, tentando assim contribuir para a sensibilização dos profissionais da educação envolvidos nesta temática. É primordial que estes se consciencializem do papel que podem desenvolver enquanto promotores de saber e de mudanças, uma vez que existem estereótipos criados em torno da problemática da epilepsia.

3. Objetivos

Tendo-se verificado que o número de crianças com epilepsia tem aumentado, é nossa pretensão averiguar até que ponto os professores e assistentes operacionais estão preparados para lidar com crianças com epilepsia e divulgar a importância de troca de ideias e métodos utilizados por todos os intervenientes.

Sabendo que “importa acima de tudo que o investigador seja capaz de conceber e de pôr em prática um dispositivo para elucidação do real” (Quivy & Campenhoudt, 1992) e de acordo com a temática em estudo e, tendo como base a nossa pergunta de partida, especificamos, neste ponto, os principais objetivos que nortearam a realização desta investigação. Assim, elegemos os seguintes:

- Verificar se os professores e os assistentes operacionais já tiveram contato com alunos epiléticos.
- Fazer uma abordagem teórica sobre o tema.
- Perceber até que ponto os professores e assistentes operacionais sabem como agir perante alunos que tenham epilepsia.

4. Hipóteses

A organização de uma investigação em redor de hipóteses de trabalho constitui, segundo Quivy & Campenhoudt (1992), “a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor, sem por isso sacrificar o espírito de descoberta e curiosidade (...) fornece à investigação um fio condutor particularmente eficaz” bem como, “fornece o critério para seleccionar, de entre a infinidade de dados que um investigador pode, em princípio, recolher sobre um determinado assunto, os dados ditos pertinentes”.

Nesta ordem de ideias, as hipóteses representam um fio condutor, pois são uma previsão de resposta para o problema de investigação (Punch, 1998), ou seja, constituem possíveis respostas à pergunta de partida. Assim sendo, parecendo pertinente, optámos por colocar uma única hipótese:

A problemática da epilepsia

- Os professores e os assistentes operacionais sabem em que consiste a epilepsia.

Sendo uma previsão de explicação de um fenómeno que está expresso no problema a investigar, temos de testar a hipótese ou pô-la à prova. Para tal, aplicaremos o inquérito por questionário e procederemos à recolha e análise de dados para averiguarmos se responde realmente à nossa pergunta de partida.

5. Constituição da amostra

A seleção da amostra num estudo de caso adquire um sentido muito particular. De facto, ao escolher o “caso” o investigador estabelece o referencial lógico que orientará todo o processo de recolha de dados (Cresweell, 1994, citado por Coutinho, 2004), mas, adverte Stake (1995), é importante termos sempre presente que (...) o estudo de caso não é uma investigação baseada em amostragem. Não se estuda um caso para compreender outros casos, mas para compreender o caso (Stake, 1995, citado por Coutinho, 2004).

Neste sentido, selecionamos os professores que trabalham diretamente com a criança deste estudo. Assim, a amostra da nossa investigação é constituída pela professora da Educação Especial e demais professores da aluna que mostraram disponibilidade e colaboraram neste estudo.

6. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Bisquerra, 1989; Gomes, Flores & Jimenez, 1996, citado por Coutinho (2004) defendem que é mais coerente o estudo de caso que inclui os chamados planos de investigação de tipo misto ou multi-metodológicos, ou seja, que combinam métodos quantitativos e qualitativos.

Diante a nossa realidade, é essencial escolher as técnicas que iremos pôr em prática, na medida em que, as técnicas de investigação são um conjunto de procedimentos bem definidos, que tem como principal finalidade obter resultados

A problemática da epilepsia

na recolha e tratamento da informação obtida numa determinada pesquisa (Almeida(b) & Pinto, 1982).

Perante as técnicas existentes decidimos que iríamos proceder a uma observação não participante designadamente, o inquérito por questionário, porque consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, uma série de perguntas (Quivy & Campenhoudt, 1998), neste caso sobre a epilepsia.

No nosso Estudo, optámos por aplicar um inquérito por questionário aos docentes e aos assistentes operacionais, com perguntas fechadas (análise de dados quantitativos – método quantitativo) e abertas (análise de conteúdo – método qualitativo). Também recorreremos à entrevista onde será apresentada a análise do discurso.

O documento pessoal que consultámos foi o “Processo Individual” da criança em causa (facultado pela Diretora da Turma), após autorização dada por escrito dos encarregados de educação (ver Anexo III). Este “Processo Individual” é constituído pela história da família, os dados de anamnese da criança, relatórios médicos e educacionais.

6.1 Inquérito por questionário

O inquérito por questionário é passível de ser aplicado em variadíssimas situações e contextos de investigação, pois é auto-administrado; toma quase sempre a forma de formulários impressos; é impessoal; amplo no alcance e de custos médios menores se compararmos com o inquérito por entrevista.

Segundo Almeida(b) & Pinto (1982) o inquérito por questionário “recorre a um conjunto de perguntas, inseridas no questionário sob uma forma e segundo uma ordem prévia estritamente programadas.” Quando o inquirido tem de optar entre uma lista tipificada de respostas, as questões correspondentes dir-se-ão fechadas; quando o inquirido pode responder livremente, embora no âmbito das perguntas previstas, dir-se-á que estas assumem a forma de questões abertas.

Para Punch (1998), se usarmos um instrumento já existente, contribuímos para o conhecimento das suas propriedades e valor, sobretudo se se trata de

A problemática da epilepsia

uma variável central para o domínio de estudo em causa, em que muitos investigam e em que é importante comparar e confrontar resultados para se obterem instrumentos cada vez mais fiáveis e válidos.

Neste sentido, tentando manter coerência em toda a pesquisa, iremos compreender neste inquérito por questionário (ver Anexo IV e Anexo V) a problemática principal deste trabalho.

O questionário foi previamente testado por um grupo de professores fora da amostra, que para tal se voluntariaram. Após as ponderações feitas procederam-se às respetivas modificações por eles sugeridas.

A distribuição do inquérito em forma de questionário foi feita pessoalmente por nós, no dia 12 de janeiro a todos os professores e assistentes operacionais do Agrupamento escolhidos para a amostra.

Após a recolha de todos os inquéritos (questionários) procedeu-se à verificação dos que estavam completos e dos que não estavam. Verificou-se se os dados que queríamos avaliar estavam presentes nos inquéritos recolhidos.

Tendo sempre em conta que um inquérito “não é a possibilidade de quantificar a informação obtida mas a recolha sistemática de dados para responder a um determinado problema.” (Carmo & Ferreira, 2008).

6.2. Entrevista

Na investigação em educação, a entrevista é uma das estratégias de recolha de dados mais utilizada (Ver anexo VI). Constitui uma das formas privilegiadas de aceder às perspetivas das pessoas e de compreender como estas pensam. A entrevista tem sido usada no contexto de diversas metodologias de investigação – estudo de caso, história de vida, estudos etnográficos, investigação narrativa, método clínico, entre outras –, tanto em abordagens qualitativas como em abordagens mistas.

Na perspetiva de Fotin (1999) a entrevista “é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e o entrevistado, com o objectivo de lhe extrair informação relativa às questões de investigação formuladas”.

A problemática da epilepsia

Na perspetiva de Quivy & Campenhoudt (2005), este instrumento de recolha de dados permite uma maior proximidade entre as partes e uma fraca direcionalidade por parte do investigador.

Pensamos que as entrevistas semiestruturadas são as que melhor se adequam a este caso. Este tipo de entrevista permite abordar tópicos e áreas que o investigador à partida considera importantes. Possibilita também a exploração de novas temáticas abordadas pelos entrevistados (que supostamente conhecem bem o terreno), que se poderão revelar importantes para o estudo (Bell, 2004).

Assim sendo, realizamos entrevistas a 4 professores que trabalham com a aluna deste “Estudo de Caso”.

7. Procedimentos utilizados para a recolha de dados

Para a recolha de informação através do inquérito por questionário decidimos por uma administração direta visto o universo de estudo ser constituído por uma população que nos é familiar. Embora não estando presentes, o que não permitia clarificar quaisquer dúvidas, nem registar as reações e atitudes subjacentes às respostas, subtraímos-nos da influência do inquiridor no inquirido, mantendo uma distância social máxima.

Relativamente, às entrevistas dirigimo-nos à Escola onde exercem funções os professores, tendo havido um diálogo prévio acerca do Estudo de Caso e também para marcar a data e hora que lhes era mais conveniente. As entrevistas duraram em média 30 minutos e para a sua realização elaboramos um guião constituído por perguntas abertas (ver Anexo VI).

8. Técnicas de análise de dados

Para a análise de dados recolhidos através do inquérito por questionário recorreremos às seguintes técnicas: análise de dados quantitativos (perguntas fechadas) e para a análise de conteúdo recorreremos a perguntas abertas. Como foi referido antes, é uma metodologia mista na medida em que mistura os dois métodos, quantitativo e qualitativo.

A problemática da epilepsia

A análise de dados quantitativos foi realizada recorrendo ao tratamento estatístico, das perguntas fechadas, através do programa *Excell*. Decidimos apresentar os dados obtidos através de gráficos. Escolhemos os mesmos por considerarmos ser mais fiável observar os resultados.

As questões abertas foram objeto de uma análise de conteúdo, na medida em que “oferece a possibilidade de tratar de forma metódica, informação e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade” (Bardin, 1998). Esta técnica permite a sistematização e explicitação da informação contida nas respostas às questões abertas, com o objetivo de interpretar um campo conceptual.

Para isso, este autor (1998), propõe três fases distintas para a análise de conteúdo: a pré-análise; exploração do material; tratamento, inferência e interpretação dos resultados.

Todas as entrevistas serão objeto de análise de discurso, construiremos categorias de codificação, com o objetivo de classificar os dados descritivos recolhidos. Desta forma, o material contido num determinado tópico pode ser fisicamente apartado dos outros dados e integrado, sem perda de fiabilidade, no texto (Bogdan & Bilken, 1994).

De acordo com Bardin (1998), a intenção da análise de conteúdo é: “A inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário que vem permitir a passagem explícita e controlada de uma à outra.”

Estas inferências procuram esclarecer as causas da mensagem ou as consequências que a mensagem pode provocar.

Capítulo IV – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

1. Apresentação do Estudo

A aluna com 15 anos de idade tem N.E.E. de caráter permanente (que neste trabalho se denominará Lara) apresenta um atraso mental e epilepsia comprovado por relatórios médicos.

Frequenta a Escola E.B.2/3 “X” e anda no 8º ano de escolaridade.

Em conversa informal com os pais da “Lara” tivemos a oportunidade de saber um pouco mais acerca da problemática desta, bem como as expectativas que estes têm em relação ao futuro da filha.

Na entrevista realizada aos professores da aluna, obtivemos informações no que concerne à situação escolar desta criança e à sua integração na escola.

A partir do momento em que soubemos que iríamos estudar o caso da “Lara” tentámos efetuar um levantamento de informação relativamente à mesma. Com o apoio de registos de diagnóstico e de avaliação e com a ajuda preciosa dos encarregados de educação e professores desta criança foi possível, elaborar um levantamento inicial de dados.

1.1. Caracterização da aluna

A “Lara” tem 15 anos e é uma criança com Necessidades Educativas Especiais de caráter permanente.

Tem um irmão gémeo que também apresenta N.E.E. e está a frequentar o 8º ano de escolaridade na mesma escola. A “Lara” mora com os pais (a mãe é doméstica e o pai é construtor civil), o irmão e a avó materna.

A mãe contou que teve uma gravidez sem complicações, mas que os filhos nasceram prematuramente (aos sete meses).

No presente ano letivo, esta aluna está inserida numa turma do 8º ano constituída por 20 alunos.

A aluna foi sinalizada como sendo uma criança com necessidades educativas especiais no Jardim-de-Infância, no ano lectivo 2002/2003.

Do “Processo da aluna” constam vários relatórios médicos que diagnosticam: “25/03/03 – **epilepsia**; 08/03/04 – dificuldades de aprendizagem; 22/02/05 – epilepsia controlada, síndrome de hiperactividade e défice de atenção

A problemática da epilepsia

no contexto de atraso mental; 11/05/05 – **atraso mental e epilepsia** como consequência de lesões cerebrais provocadas por prematuridade; 05/08/07 – **epilepsia e atraso mental**".

Nos anos letivos de 2004/2005 e 2005/2006, a aluna beneficiou de apoio psicológico e apoio psicopedagógico, mas deixou de frequentar por iniciativa da mãe.

1.2 Perfil de Funcionalidade da aluna com referência à C.I.F.- C.J.

No "Processo individual" da aluna consta o "Relatório Técnico Pedagógico", onde de acordo com o Perfil de Funcionalidade por referência à C.I.F.- C.J., se podem constatar os seguintes aspectos:

• Atividade e Participação

A "Lara" é assídua e pontual. Revela interesse pelas atividades, nomeadamente pelas que vão de encontro com os seus interesses e revela responsabilidade na transmissão de recados, no cumprimento do horário e do seu material (**d8201.1**). Gosta de participar e realizar as atividades propostas necessitando de ajuda de pares ou adultos tanto na concretização como na manutenção da atenção, pois distrai-se facilmente com estímulos alheios ou faz intervenções descontextualizadas. Dedicar períodos curtos de atenção na realização das tarefas, é impulsiva e pouco autónoma (**d161.3, d2104.3**).

Em contexto sala de aula no grupo turma, mesmo quando solicitada não participa. No grupo de alunos que beneficiam da mesma medida educativa já faz intervenções, mesmo que não lhe seja solicitada, embora nem sempre no âmbito do tópico de conversa (**d3504.2**).

Relaciona-se com os adultos cumprindo as regras sociais e demonstra maior tolerância a "provocações". No entanto, nem sempre reage da melhor forma quando contrariada (faz birra) e é bastante persistente na satisfação das suas convicções (**d2501.2**). Na interação com os seus pares, por vezes é um pouco implicativa e pouco compreensiva (**d7504.2**).

Necessita de supervisão de uma assistente operacional no cumprimento do seu horário escolar e acompanhamento na deslocação escola/paragem da camioneta. Apresenta uma autonomia crescente ao nível da orientação espacial no contexto escola e cumprimento do horário, nomeadamente identificação de disciplina/oficina utilizando consulta de um horário com imagens.

Está em processo a aprendizagem da escrita do nome tanto em suporte papel como no computador. Identifica palavras iguais de entre várias e associa palavra/imagem com ajuda de modelo com palavra/imagem. Copia palavras, embora nem sempre respeite a sequência correta. Copia números de telemóvel

A problemática da epilepsia

de forma autónoma em suporte papel, demonstrando contudo dificuldade em transpor para o telemóvel **(d1458)**. Identifica os algarismos iguais até 9 de entre vários, mas no reconhecimento dos mesmos é necessário ajuda verbal **(d1500.3)**, faz contagem até 5 com ajuda verbal e visual **(d1501.2)**. Não reconhece o valor das moedas e notas em circulação **(d1370.4)**. Não diz o nome dos dias da semana pela sua ordem e não identifica o dia da semana em que está

É autónoma na sua alimentação, embora ainda seja necessário lembrar para o uso dos talheres na mão correta, cumprir regras (mastigar de boca fechada, não falar de boca cheia), por vezes peça para partir a carne/peixe e tirar as espinhas **(d5508)**.

Toma banho sozinha, embora na lavagem da cabeça necessite de ajuda **(d5100.1)**. Veste-se de forma autónoma, mas precisa de ajuda na escolha da roupa apropriada ao tempo que faz **(d5400.1, d5404.2)**. Durante o período da menstruação, por vezes é necessário lembrar a muda do penso higiénico. Embora ainda exija a supervisão do adulto, muda o penso higiénico de forma autónoma **(d5302.1)**.

Nas deslocações casa/escola e vice-versa utiliza os transportes públicos sozinha, beneficiando de acompanhamento nas deslocações escola/paragem e paragem/casa, pois não cumpre as regras de prevenção rodoviária para peões de forma autónoma **(d4602.3)**.

• Funções e Estruturas do corpo

A “Lara” apresenta um funcionamento intelectual muito abaixo do esperado para a sua idade **(b117.3)**, que se traduz no comprometimento ao nível cognitivo. Demonstrando dificuldade ao nível da compreensão verbal **(b16700.2)** e organização perceptiva **(b1569)**, revelando uma baixa capacidade concentração e de manutenção da atenção **(b1400.3)**.

O seu funcionamento adaptativo social encontra-se seriamente comprometido em todas as áreas. Tem dificuldade em ceder aos seus caprichos, em resistir aos seus impulsos e, por vezes, apresenta comportamentos agressivos para com os seus pares **(b1304.3)**.

Apresenta limitações de orientação temporal e de orientação espacial **(b1149)**. Apresenta muitas dificuldades ao nível da psicomotricidade sendo evidente alguma rigidez muscular e postural.

• Factores Ambientais

A “Lara” frequenta o 8º ano na EB2/3 “X” **(e5850+3)**, onde beneficia de apoio no âmbito da educação especial – Currículo Específico Individual **(e5855+3, e5854+3)**.

A problemática da epilepsia

Em contexto sala de aula, beneficia de apoio do adulto/par na concretização das tarefas – ajuda verbal, pistas visuais, material concretizador, modelagem, uso computador, horário com imagens... **(e1300+3, e330+3)**.

A mãe sempre se demonstrou interessada e colaborativa no processo educativo da Ana, vindo à escola sempre que solicitada ou considera necessário **(e310+3)**.

Em contexto escolar, extra sala de atividades, a Ana conta com o acompanhamento de uma assistente operacional, assim como de pares e professores **(e5858)**. Na deslocação escola/paragem da camionete beneficia de acompanhamento de assistente operacional.

Toma medicação diariamente **(e1101+3)**. Usa óculos, mas nem sempre os coloca **(e1251+2)**. É acompanhada nos Hospitais Santo António, S. João (oftalmologia) e Maria Pia (ginecologia) **(355+3)**. Colocou um dispositivo anticoncepcional.

2. Medidas Educativas adotadas

2.1 Adequações no processo de ensino e de aprendizagem (artigo 16º Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro)

2.1.1 Medidas Educativas a implementar

- Currículo Específico Individual (artigo 21º do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro)
 - O que se acha que seja relevante e que a criança venha a conseguir fazer dentro das suas capacidades, gostos e tendo em conta a faixa etária; tendo sempre em vista tarefas executáveis nos vários contextos da sua vida (escola, casa, meio...), pois estas crianças necessitam de aprender competências que as tornem o mais autónomas possível em todos os parâmetros da sua vida.

- Apoio Pedagógico Personalizado (artigo 17º do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro)
 - Reforço das estratégias utilizadas no grupo turma aos níveis da organização, do espaço e das actividades.
 - Reforço e desenvolvimento de competências específicas.

- Adequações Curriculares Individuais (artigo 18º do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro)
 - Podem traduzir-se na dispensa das atividades que se revelem de difícil execução em função da incapacidade da aluna.

A problemática da epilepsia

- **Adequações no Processo de Matrícula** (artigo 19º do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro)
 - A matrícula por disciplina pode efectuar-se nos 2º e 3º ciclos do ensino básico e no ensino secundário, desde que assegurada a sequencialidade do regime educativo comum.

- **Adequações no Processo de Avaliação** (artigo 20º do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro)
 - Avaliação formativa e sumativa das competências propostas no PEI.
 - Observação nas aulas.
 - Observação dos trabalhos realizados pela aluna.

A aluna está dispensada a todas as disciplinas com exceção de Educação Física, EMRC e Formação Cívica. Em substituição das disciplinas a que fica dispensada passa a frequentar atividades pedagógicas de carácter funcional ao nível da leitura/escrita e da matemática e oficinas de carácter eminentemente prático (Oficina de Madeiras, Oficina de Modelação/Moldagem/Olaria, Oficina de Música, Oficina de Musicalidade dos sons, Oficina de Têxteis, Oficina de Cerâmica criativa, Expressão Plástica).

A aluna é avaliada quantitativamente com níveis de 1 a 5 a todas as disciplinas que frequenta e qualitativamente em aprendizagens funcionais/Atividades de Vida Diária e em cada uma das oficinas/áreas curriculares não disciplinares que frequenta com a menção de “Não satisfaz”, “Satisfaz” e “Satisfaz bem”, acompanhadas de uma informação descritiva. A avaliação tem como referência os seguintes parâmetros: assiduidade e pontualidade; capacidade de autonomia/iniciativa; sentido de responsabilidade; envolvimento/interesse pelas atividades propostas; participação; comportamento; integração social; progressos nas aprendizagens e organização no trabalho.

Referindo Bach (1969, cit. Por Bautista, 1997), podemos falar de várias áreas de desenvolvimento: a socialização, a independência, destreza, domínio corporal, capacidade perceptiva e de representação mental, linguagem e afetividade.

A problemática da epilepsia

2.1.2 Implementação e avaliação do P.E.I.

A implementação do P.E.I. teve início em setembro de 2013.

A avaliação será contínua, sendo objeto de atualização sempre que necessário e será feita por todos os intervenientes na elaboração do mesmo.

Proceder-se-á à elaboração de um relatório circunstanciado de avaliação do P.E.I. no final do ano letivo.

O P.E.I. pode ser alvo de reformulação.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Apresentação e discussão dos resultados do inquérito a professores

O inquérito que elaborámos, de acordo com a literatura utilizada pareceu-nos apropriado aos objectivos: não exaustivo, era de compreensão fácil, cobria uma grande parte do que se pretendia analisar e, pelo tipo de respostas pretendida, eliminava-se a possibilidade de numerosas opções com conseqüente facilidade de preenchimento e tratamento estatístico.

Assim sendo, apresentaremos os diferentes gráficos de acordo as informações e dados obtidos nos questionários.

Responderam ao questionário 27 professores.

É possível verificar que dos **27** (vinte e sete) inquiridos, a sua grande maioria são do **sexo feminino** (gráfico nº1).

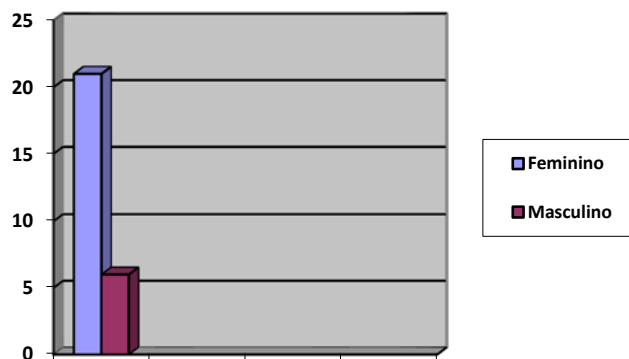


Gráfico nº 1

A problemática da epilepsia

Relativamente à idade dos professores é possível constatar que a maioria se encontra entre o **41 e 50 anos**.

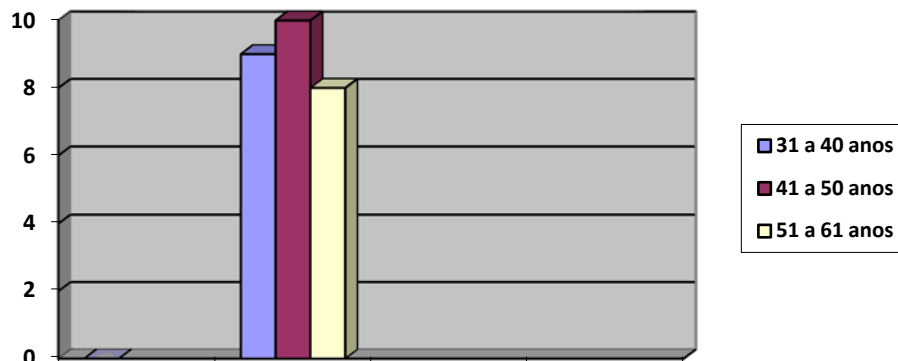


Gráfico nº 2

Quanto à situação profissional, no terceiro gráfico, é possível analisar que no grupo dos inquiridos prevalecem os “**Professores do Quadro de Agrupamento**” (gráfico nº3).

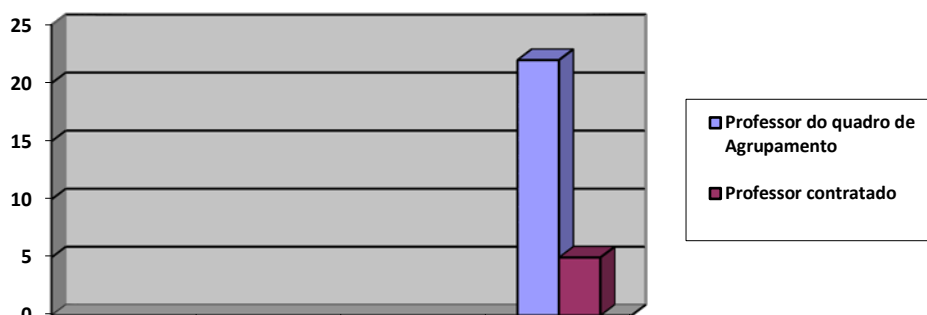


Gráfico nº 3

A problemática da epilepsia

No que concerne, ao **tempo de exercício docente**, através dos dados transmitidos (gráfico nº4) nota-se que existe uma grande discrepância, pois alguns professores já lecionam há muitos anos, enquanto outros lecionam à relativamente pouco tempo.

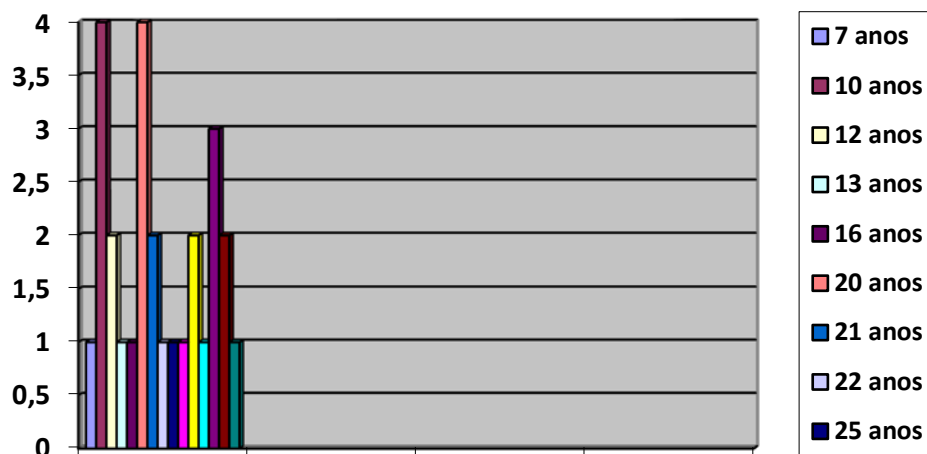


Gráfico nº4

Quanto ao **tempo de serviço na escola** referente ao ano lectivo 2012/2013, verificamos que 5 professores estão pela **primeira vez na escola** em questão (gráfico nº5).

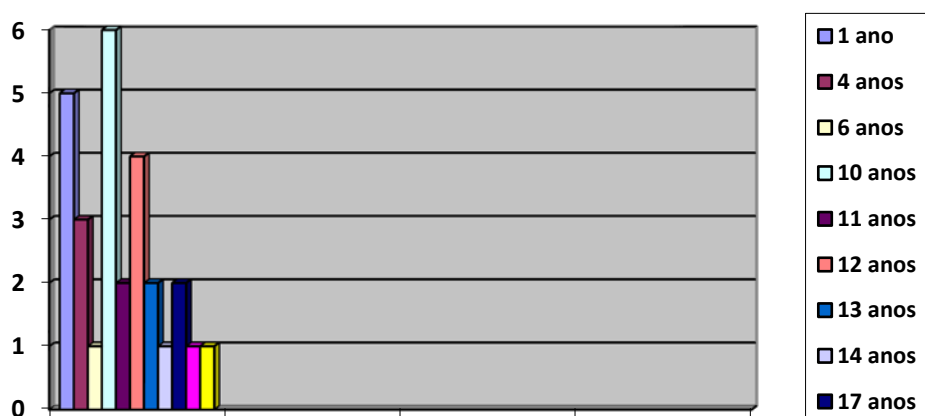


Gráfico nº5

A problemática da epilepsia

No que diz respeito a possuírem **formação em Educação Especial**, verifica-se que **25** dos inquiridos **não possuem** formação nesta área. (gráfico nº6).

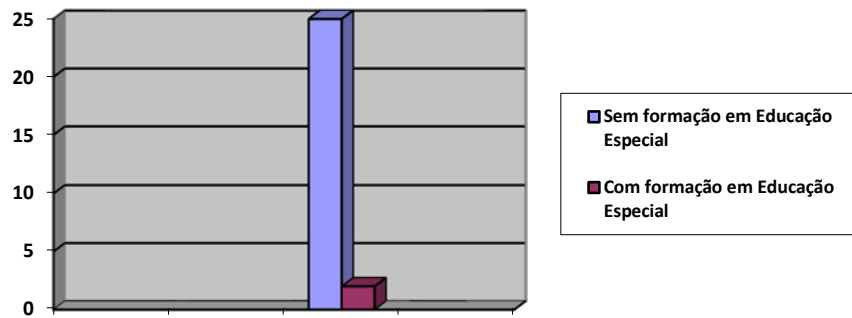


Gráfico nº6

Relativamente à pergunta, se lecionaram em turmas onde estivessem **alunos com epilepsia**, **20 professores** referiram que **nunca tiveram** alunos epiléticos nas suas turmas. (gráfico nº7)

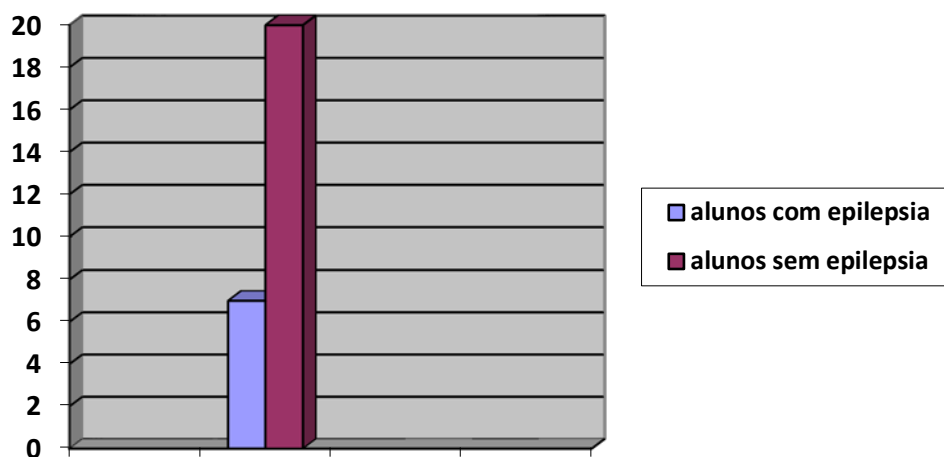


Gráfico nº7

A problemática da epilepsia

Quanto aos professores que já tiveram **alunos com epilepsia** integrados nas suas turmas, verificámos que a maioria dos inquiridos apenas esteve **um ano letivo** com esses alunos. (gráfico nº8).

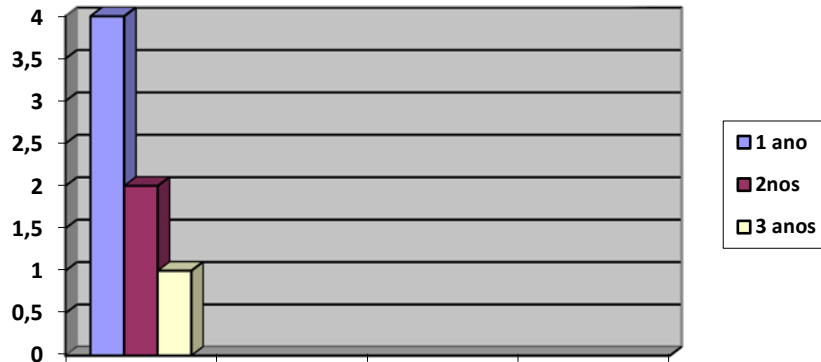


Gráfico nº8

Dos **sete professores** que referiram ter alunos com epilepsia, **cinco** manifestaram que para além de serem crianças epiléticas tinham **outro problema associado** (gráfico nº9).

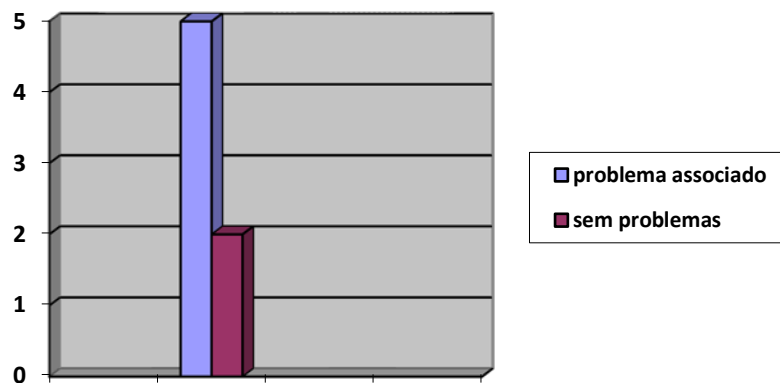


Gráfico nº9

A problemática da epilepsia

Relativamente à questão de saber **como agir** perante um aluno que tenha uma crise de epilepsia, 20 dos inquiridos respondeu que **não sabia** como proceder. (gráfico nº 10)

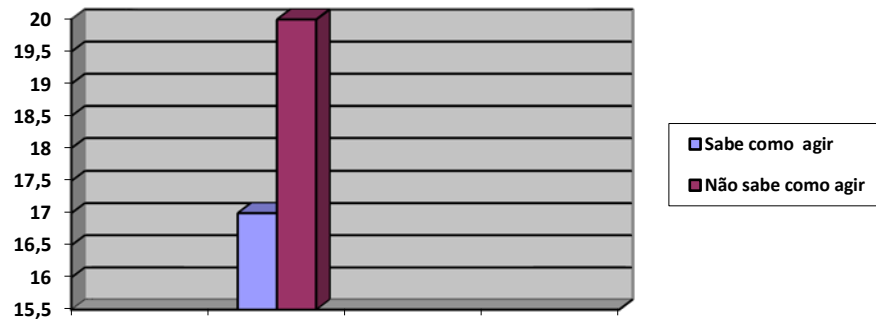


Gráfico nº10

No que diz respeito à **necessidade de Formação/Informação**, todos os inquiridos responderam “**Sim**”, que acham pertinente que se faça algo nesse sentido (gráfico nº11).



Gráfico nº11

A problemática da epilepsia

Na questão em que se pretendia averiguar se os inquiridos conheciam **Centros ou Associações** ligada à problemática da **epilepsia**, a generalidade dos inquiridos respondeu que **“Não”** (gráfico nº12).

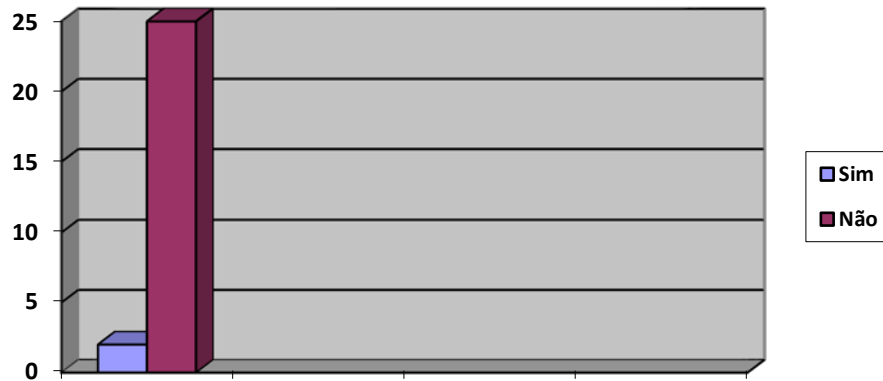


Gráfico nº12

Após a leitura dos gráficos anteriores, é nos possível fazer as seguintes considerações:

Constatamos que o grupo de inquiridos pertence maioritariamente ao sexo feminino e que prevalecem as idades compreendidas entre os 41 e 51 anos de idade. A maioria destes professores pertence ao Quadro de Agrupamento e já se encontram a lecionar na escola por nós referida há alguns anos, o que a nosso ver lhes permite conhecer melhor os alunos. Os inquiridos também referiram que não possuem formação em Educação Especial, com a exceção de 2 docentes que têm Especialização nessa área.

Relativamente às questões sobre a epilepsia, que eram o foque de interesse do nosso estudo, verificamos que a maioria dos professores nunca teve alunos com esta problemática. Contudo, dos 7 professores que referiram já ter tido alunos epiléticos, aquando da pergunta se os mesmos tinham outra problemática associada, 5 professores referiram que apresentavam outros problemas.

A problemática da epilepsia

No que diz respeito ao fato de saberem como agir perante um aluno com uma crise de epilepsia, comprovámos que a maioria dos inquiridos não sabe como proceder no caso de um aluno se encontrar nessa situação.

Todos os inquiridos acham que os professores deveriam ter Formação/Informação sobre como intervir face a um aluno com crises epilépticas, o que vem mais uma vez refutar que existe um desconhecimento sobre as medidas e precauções a tomar aquando uma crise de epilepsia.

Num universo de 27 inquiridos, apenas 2 mencionaram que conhecem Centros ou Associações ligados à problemática da epilepsia. Ou seja, existe um desconhecimento e pouca divulgação em torno da epilepsia.

A problemática da epilepsia

2. Apresentação e discussão dos resultados do inquérito aos assistentes operacionais

Passaremos a apresentar as informações e dados obtidos nos questionários.

Responderam aos questionários 18 (dezoito) assistentes operacionais.

A análise dos dados sobre o sexo do grupo de inquiridos retrata um corpo discente predominantemente **feminino** (gráfico nº13).

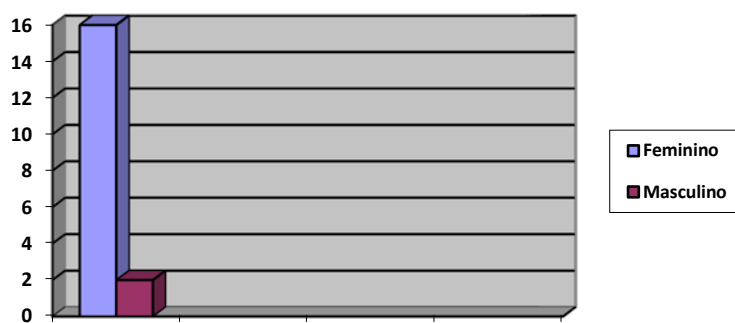


Gráfico nº 13

O gráfico nº 14 apresenta a idade dos inquiridos e a análise do mesmo permite-nos observar que a maioria se encontra entre os **41 a 50 anos de idade**.

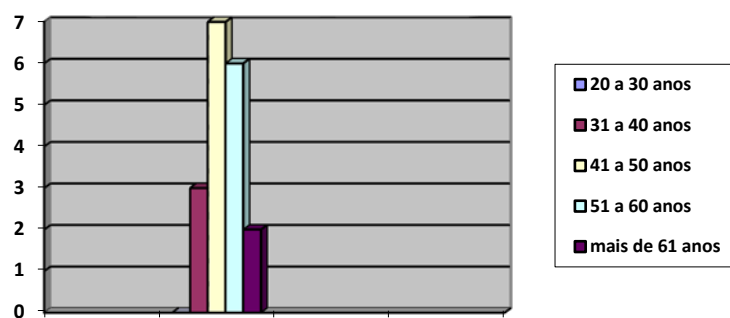


Gráfico nº 14

A problemática da epilepsia

No que diz respeito à **Situação Profissional**, onze dos inquiridos são do **Quadro de Agrupamento** e os restantes contratados.

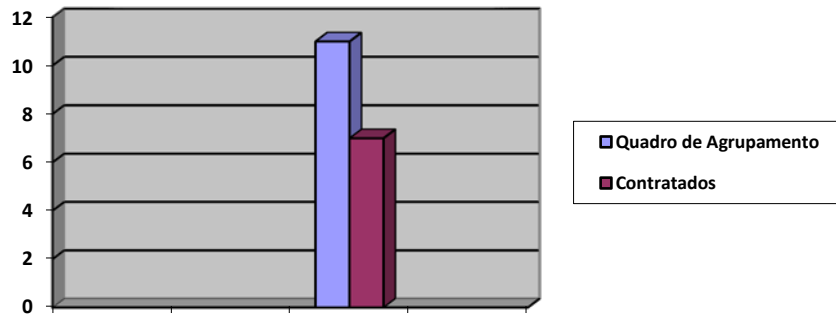


Gráfico nº 15

No que concerne ao **tempo de serviço na escola** em questão, perante a leitura do gráfico nº16, podemos apurar que 3 inquiridos trabalham na referida escola há **12 anos**, 3 trabalham há **18 anos**, enquanto o tempo de serviço dos restantes inquiridos varia de 1 ano a 17 anos.

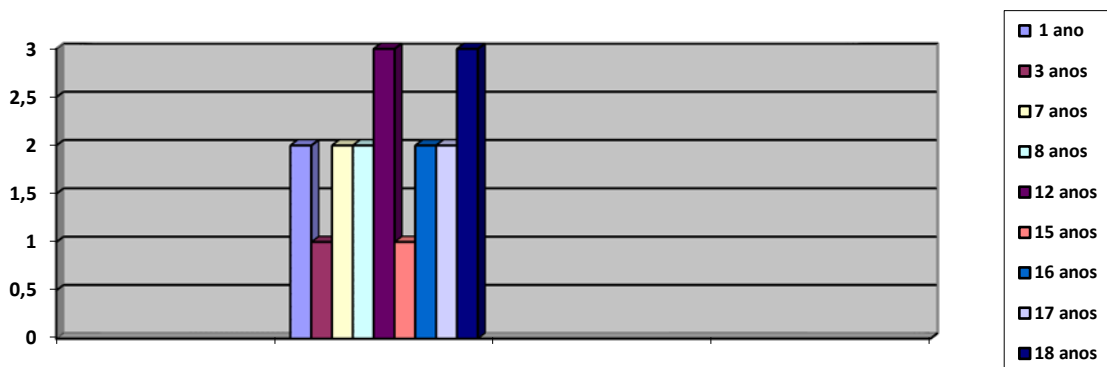


Gráfico nº16

Para melhor clarificar o **cargo** que cada assistente operacional ocupa na **escola**, o gráfico nº 17 permite-nos concluir que 7 dos inquiridos presta

A problemática da epilepsia

assistência direta aos professores e alunos. Contudo, os outros inquiridos também trabalham diretamente com os alunos, nomeadamente no bufete, no pavilhão desportivo, na biblioteca e na recepção da escola.

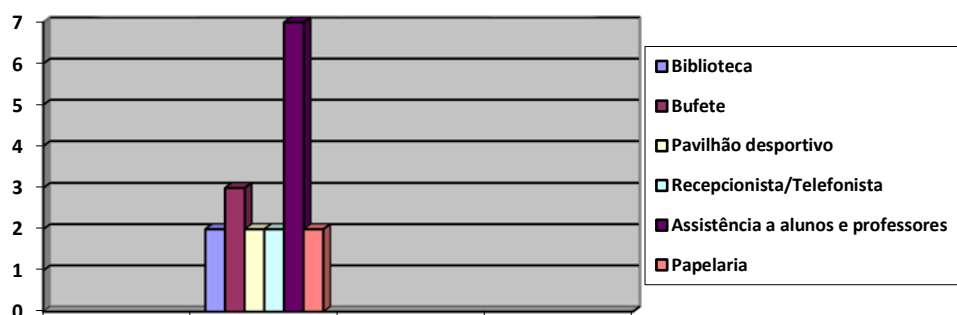


Gráfico nº17

Em relação ao **tempo de serviço profissional em escolas**, é possível apurar que varia de 1 ano de serviço a 23 anos a trabalhar em escolas.

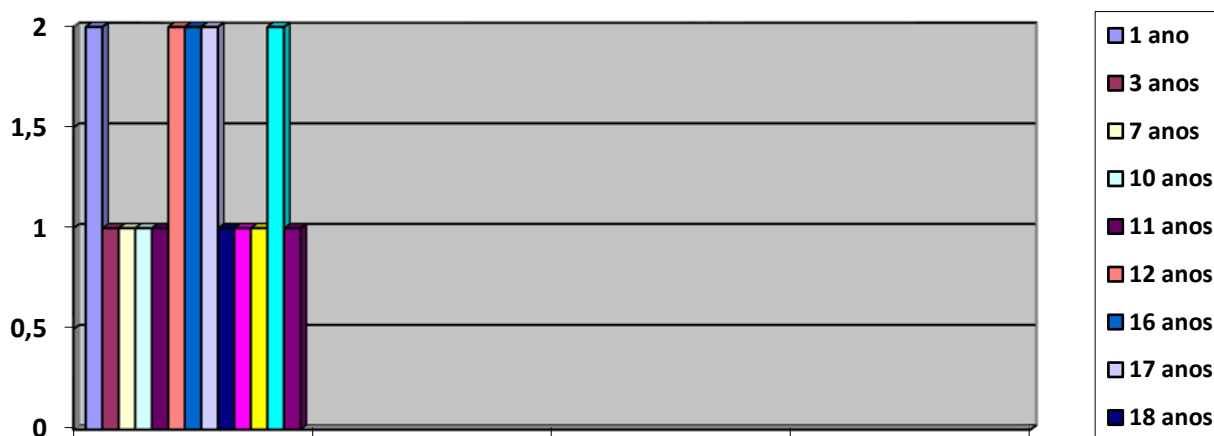


Gráfico nº18

A problemática da epilepsia

Perante os dados facultados pelos inquiridos, podemos confirmar que relativamente ao **contato com alunos com epilepsia**, **onze** dos inquiridos responderam que **não tiveram** alunos com epilepsia.

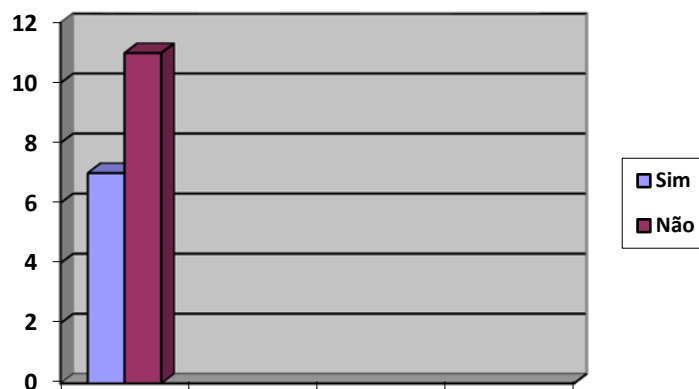


Gráfico nº19

Relativamente à questão, se conhece **alunos da escola com epilepsia**, na análise do gráfico nº20 podemos aferir que a generalidade dos inquiridos **não** conhece alunos com esta problemática.

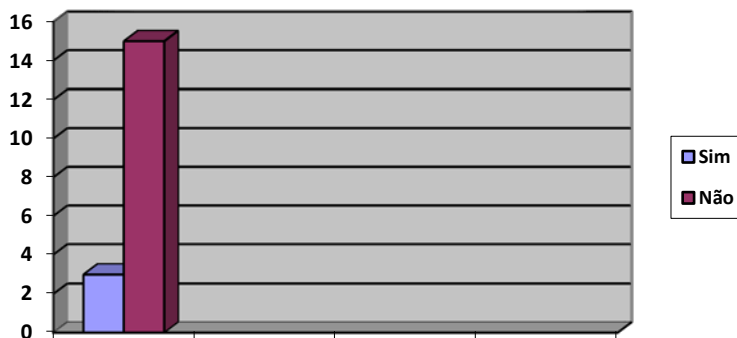


Gráfico nº20

A problemática da epilepsia

No que concerne à pergunta se os alunos com epilepsia tinham outras problemáticas associadas, dos 3 inquiridos que responderam, **um** respondeu que **Sim**, enquanto os outros **dois** responderam que **Não**.

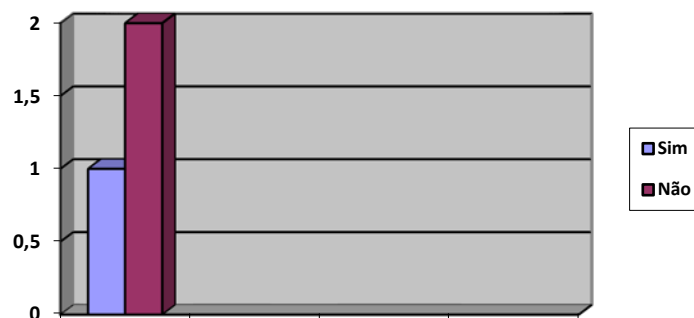


Gráfico n°21

Pela análise do gráfico n°22, podemos verificar que **10 dos inquiridos** respondeu que **sabe** como reagir face a um aluno com uma crise epiléptica.



Gráfico n°22

A problemática da epilepsia

Uma questão certamente pertinente foi averiguar se os inquiridos achavam que os assistentes operacionais deveriam **ter formação** sobre como reagir face a uma crise de epilepsia. Mediante os resultados obtidos, concluímos que **todos** responderam que **Sim**.

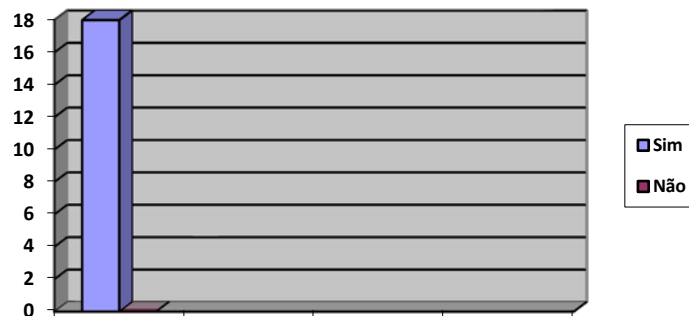


Gráfico n°23

Relativamente à questão se conhece algum **Centro ou Associação** ligada à problemática da **epilepsia**, verificamos que **15** dos inquiridos respondeu que **Não** conhece.

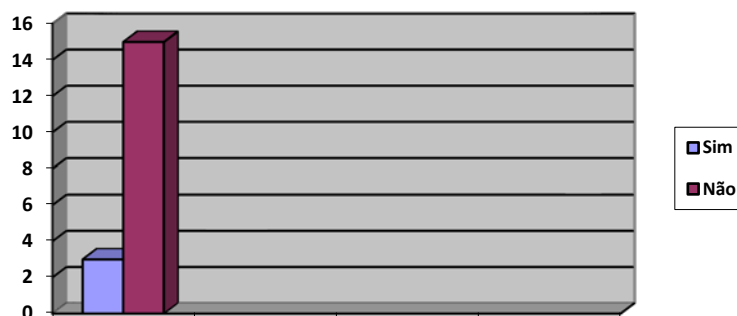


Gráfico n°24

Depois da leitura dos gráficos anteriores apresentados, consideramos que o grupo de inquiridos pertence maioritariamente ao sexo feminino e que prevalecem as idades compreendidas entre os 41 e 51 anos de idade. A maioria

A problemática da epilepsia

destes inquiridos pertence ao Quadro de Agrupamento e já se encontram a trabalhar na escola há algum tempo, o que lhes permite conhecer os alunos com quem lidam diariamente.

Relativamente às questões sobre a epilepsia, verificamos que a generalidade dos assistentes operacionais não conhece alunos da escola com esta problemática, no entanto já tiveram oportunidade de estar a trabalhar noutras escolas com alunos que apresentavam esta problemática.

Apenas 1 inquirido mencionou que um aluno epilético tinha outro problema associado.

Quanto a saber como agir caso um aluno tenha uma crise de epilepsia na escola, a maioria referiu que sabe como atuar.

Todos consideraram que deveria haver Formação/Informação sobre o tema da epilepsia.

A maioria referiu que não conhece Centros ou Associações ligadas à epilepsia.

A problemática da epilepsia

3. Dados das entrevistas

Nos quadros abaixo apresentamos alguns excertos das entrevistas realizadas aos diferentes intervenientes no processo educativo (ver Anexo VII) e que pretendem contribuir para a análise comparativa em relação a cada indicador pré selecionado:

A saber:

- 1) Sabe em que consiste a epilepsia?
- 2) Já teve alunos com epilepsia?
- 3) No caso de ter tido alunos com epilepsia, estes tinham algum problema associado?
- 4) Sabe como agir perante um aluno que tenha uma crise epiléptica?
- 5) Acha que os professores/educadores deveriam ter mais informação/formação acerca de como intervir face a um aluno que tenha uma crise epiléptica?
- 6) Conhece algum Centro ou Associação ligada à problemática da epilepsia?
- 7) Na sua opinião, a frequência desta criança na classe regular é um desafio ou uma dificuldade?

Apenas foram realizadas quatro entrevistas, à professora de Educação Especial, ao professor de Educação Física, à professora de Música e à professora de Expressão Plástica, pois os restantes professores que trabalham com a aluna em questão não mostraram disponibilidade.

Da análise dos resultados por entrevista, realizadas à professora de Educação Especial e três dos professores da “Lara” e nos concederam entrevista, permitem-nos salientar os seguintes aspectos:

Quadro IV: Sabe em que consiste a epilepsia?

Entrevistados	Respostas
Professora de Educação Especial	“... Deficiência no sistema nervoso central que resulta em crises.”
Professora de Música	“...acho que é uma doença grave que ocorre a nível cerebral.”

A problemática da epilepsia

Professor de Educação Física	“A epilepsia é uma doença que pode levar a pessoa a ter ataques, caso não esteja medicada...”
Professora de Expressão Plástica	“A epilepsia é uma doença que provoca convulsões, mas não sei explicar em concreto.”

Como podemos constatar pelas respostas dadas, todos os intervenientes da entrevista, acham que a **epilepsia é uma doença** que está relacionada com o sistema nervoso.

Quadro V: Já teve alunos com epilepsia?

Entrevistados	Respostas
Professora de Educação Especial	“ Sim ...tive oportunidade de ler no “Processo Individual” dos alunos...”
Professora de Música	“ Não ...”
Professor de Educação Física	“ Sim , já tive...soube através dos pais.”
Professora de Expressão Plástica	“ Não . Isto é, acho que nunca tive alunos com epilepsia.”

Dois dos entrevistados revelaram a **existência de alunos com epilepsia** nas suas turmas, enquanto que os outros **dois nunca tiveram**.

Quadro VI: No caso de ter tido alunos com epilepsia, estes tinham algum problema associado?

Entrevistados	Respostas
Professora de Educação Especial	“Sim, tinham outros problemas...”
Professora de Música	Não se colocou esta questão ao entrevistado.
Professor de Educação Física	“ Sim , tinha muitas complicações...”
Professora de Expressão Plástica	Não se colocou esta questão ao entrevistado.

A problemática da epilepsia

Plástica	
----------	--

Como podemos verificar pelas respostas dadas, os dois intervenientes que responderam que **tiveram alunos epilépticos** mencionaram que estes tinham outras **doenças associadas**.

Quadro VII: Sabe como agir perante um aluno que tenha uma crise epiléptica?

Entrevistados	Respostas
Professora de Educação Especial	“ Mais ou menos , deverá afastar-se os objetos que possam magoar o aluno durante uma crise, colocá-lo deitado de lado e esperar que a crise passe.”
Professora de Música	“Acho que chamava o 112 porque não sei como atuar.”
Professor de Educação Física	“ Sim , mas só na teoria porque felizmente nunca tive de socorrer ninguém.”
Professora de Expressão Plástica	“”Sinceramente não sei o que fazer.”

Apenas a professora de Educação Especial referiu estratégias como intervir perante uma crise epiléptica, os restantes inquiridos mencionaram que **não sabem como intervir**.

Quadro VIII: Acha que os professores/educadores deveriam ter mais informação acerca de como intervir face a um aluno que tenha uma crise epiléptica?

Entrevistados	Respostas
Professora de Educação Especial	“ Sim , é sempre bom saber como agir quando confrontada com situações destas.”
Professora de Música	“ Sim . Acho que vou pesquisar porque de facto não sei como intervir se algo acontecer com um aluno meu ”
Professor Educação Física	“ Sim . Falta muita informação acerca da epilepsia...”

A problemática da epilepsia

Professora de Expressão Plástica	“ Sim , acho que falta formação e informação acerca da epilepsia...”
----------------------------------	---

Os entrevistados manifestaram que **falta informação/formação** acerca da **epilepsia**.

Quadro IX: Conhece algum Centro ou Associação ligada à problemática da epilepsia?

Entrevistados	Respostas
Professora de Educação Especial	“ Não. ”
Professora de Música	“ Não conheço nenhum centro”
Professor de Educação Física	“ Não conheço nem Centros nem Associações.”
Professora de Expressão Plástica	“ Não conheço.”

Nas respostas deste item, podemos verificar que **nenhum** dos inquiridos **conhece Centros ou Associações** ligados à problemática da epilepsia.

Quadro X: Na sua opinião, a frequência desta criança na classe regular é um desafio ou uma dificuldade?

Entrevistados	Respostas
Professora de Educação Especial	“A integração desta aluna em contexto turma só acontece em algumas disciplinas (a aluna beneficia de um Currículo Específico Individual). Constitui um desafio haver articulação entre os diferentes docentes, de modo a definir e adotar diferentes estratégias de intervenção para a aluna.”
Professora de Música	“Para mim é um desafio ...”
Professor de Educação Física	“É sempre um desafio ter uma criança com

A problemática da epilepsia

	epilepsia na turma...”
Professora de Expressão Plástica	“É um desafio... ”

Pelas respostas obtidas, todos os entrevistados consideram **um desafio** a frequência das crianças com epilepsia na classe regular.

Para concluir, os inquiridos por entrevista realizados, à professora de Educação Especial e restantes professores da “Lara”, revelaram os seguintes aspectos:

- Todos os intervenientes estavam de acordo acerca da epilepsia ser uma doença, mas que existe pouca informação acerca da mesma;
- Todos referiram que seria uma mais valia existir formação/ informação sobre a problemática da epilepsia;
- Todos os inquiridos acham que é um desafio ter alunos com epilepsia nas turmas, apesar de não saberem muito bem como intervir face a um aluno com crises epiléticas.

4. Limitações do estudo

As limitações deste estudo prendem-se, sobretudo, com o tempo para a realização desta investigação, uma vez que fomos colocados em Escolas, longe da nossa área de residência, bem como da Escola da criança mencionada no estudo.

Consideramos que a amostra para este estudo poderia ter sido mais vasta.

No entanto, pensamos ter conseguido ultrapassar estes constrangimentos da melhor forma possível.

Conclusão

Segundo a Declaração de Salamanca (1994) “as escolas devem-se ajustar a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, intelectuais, linguísticas ou outras. Neste conceito terão de se incluir crianças com deficiência ou sobredotados, crianças de rua ou crianças que trabalham, crianças de populações remotas ou nómadas, crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais”

Numa perspetiva de análise metodológica, é importante referir-se que não obstante a abordagem quantitativa por nós seguida e tida como adequada às problemáticas, algumas limitações inerentes ao método poderão reflectir-se nas conclusões.

Embora tenhamos recorrido a uma abordagem qualitativa (entrevista), parece-nos que para um maior refinamento do tratamento da informação, a observação direta traria consigo outras potencialidades de estudo.

Relativamente às questões sobre a epilepsia, que eram o foque de interesse do nosso estudo, verificamos que a maioria dos professores e assistentes operacionais nunca trabalharam com alunos portadores desta problemática. No que diz respeito ao fato de saberem como agir perante um aluno com uma crise de epilepsia, comprovámos que a maioria dos inquiridos não sabe como proceder no caso de um aluno se encontrar nessa situação.

A universalidade dos inquiridos desconhece Centros ou Associações ligados à problemática da epilepsia, o que nos leva a concluir que existe pouca divulgação em torno desta problemática.

Infirma-se a hipótese por nós colocada, ou seja, os professores e assistentes operacionais não têm conhecimento da epilepsia.

Quanto à problemática da epilepsia, constatamos que os professores entrevistados estavam de acordo acerca da epilepsia ser uma doença, mas que existe pouca informação acerca da mesma. Acham que é um desafio ter alunos com epilepsia nas turmas, apesar de não saberem muito bem como intervir face a um aluno com crises epilépticas.

A problemática da epilepsia

Todos os entrevistados e inquiridos (professores e assistentes operacionais) do nosso estudo referiram que seria uma mais valia existir formação/ informação sobre a problemática da epilepsia, o que vem mais uma vez refutar que existe um desconhecimento sobre as medidas e precauções a tomar aquando uma crise de epilepsia.

Assim sendo, seria conveniente e útil a iniciativa por parte das escolas e outros estabelecimentos de ensino, de efetuar sessões de esclarecimento sobre a epilepsia com o intuito de reduzir ou mesmo anular estigmas psicológicos dela resultante. Neste sentido, consideramos importante promover o conhecimento sobre a epilepsia e a forma adequada de atuar perante as crises epilépticas, reduzir o impacto psicossocial da doença e potencializar a integração das crianças com epilepsia e melhorar a comunicação e confiança mútua entre familiares/professores.

Verifica-se que conhecendo o educando e as suas problemáticas, o professor poderá adequar a metodologia a ser adotada, por quanto tempo o aluno pode permanecer atento às tarefas solicitadas, bem como os interesses e necessidades do educando em relação às atividades propostas.

Somos da opinião que a escola deverá ser um local de troca de ideias e experiências, um espaço privilegiado de aquisição e construção do conhecimento. Um professor bem informado pode prevenir o impacto social negativo da epilepsia na infância e ajudar as crianças a aproveitarem todo o seu potencial académico.

A problemática da epilepsia

Bibliografia

- ALBARELLO, Luc (et al), (1997), *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa:Gradiva.
- ALMEIDA (b), J. Ferreira, PINTO, J. Madureira, (1990) “Condições e Problemas, Genéricos da Pesquisa Empírica” em *A Investigação nas Ciências Sociais*, Lisboa, Ed. Presença, 1976 .
- ALMEIDA (a), Marina da Silva Rodrigues, (2005), *Caminhos para a Inclusão Humana – Valorizar a pessoa, construir o sucesso educativo*. Porto: Edições Asa.
- BARDIN, L. (1998). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BAUTISTA JIMÉNEZ, Rafael (1997), *Uma escola para todos: a integração escolar- Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Ed. Dinalivro.
- BELL, J. (2004), *Como realizar um Projecto de Investigação* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- BERKOW, Robert, (et al), (1997), *Enciclopédia Médica: Doenças do Cérebro e do Sistema Nervoso*, Matosinhos: Edições Quidnovi, vol. 5.
- BOGDAN, R. & Bilken , S. (1994), *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- BROWNE, Thomas, HOLMES, Gregory, (2008), *Handbook of Epilepsy*, Filadélfia, (4ª ed).
- CARVALHO, Olívia, (2009), *Apontamentos disponibilizados no âmbito da disciplina de Intervenção Precoce – Especialização em Educação Especial* 9ª Edição. Porto: Universidade Portucalense.
- CIF- *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*- Organização Mundial de Saúde e Direção Geral da Saúde, (2003).
- CLASSIFICAÇÕES DAS EPILEPSIAS E DAS CRISES EPILÉPTICAS DA LIGA INTERNACIONAL CONTRA A EPILEPSIA, (1993).
- COMMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY, INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY, (1981), *Proposed Revisions of Clinical and Electroencephalographic Classification of Epileptic Seizures*.

A problemática da epilepsia

COMMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY, INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY, (1985), *Proposal for Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes*.

COMMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY, INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY, (1989), *Proposal for Revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes*.

COUTINHO, Clara Pereira, (2004), *O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal*, Revista Portuguesa de Educação.

CRESPO, A., (2008), *Manual de Educação de Apoio à Prática*. M.E. Ed. Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Lisboa.

CUBEROS, Maria Dolores Arcas, (et al), (1997), *Necessidades Educativas Especiais*, Lisboa: Dinalivro.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA (1994).

DELLA-COURTIADÉ, C. (1997), *A Criança com Deficiência - Do nascimento à idade escolar*. Lisboa: Grifo.

DIRECÇÃO GERAL DA INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CURRICULAR (DGIDC), (2008).

FILHO, Heber (et al), (2006), *Epilepsia e saúde mental na infância*, Journal of Epilepsy and clinical neurophysiology.

FOTIN, M.F. (1999), *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Logo ciência. ISBN 972- 8383- 10-X.

FODDY, William, (1996), *Como perguntar – Teoria e Prática de construção de perguntas em entrevistados e questionários*. Oeiras: Celtas.

FONTES, Ana Paula (et al), (2010), *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v.28 n^o2.

GOMES, Marleida da Mota, (2006), *História da epilepsia: Um ponto de vista epistemológico* – Journal of epilepsy and clinical neurophysiology.

GRUNHO, Miguel, (2011), *Notícias da epilepsia*, n^o2 publicação quadrimestral.

GUBERMAN, Alan, BRUNI, J., (1999), *Essentials of clinical epilepsy*, (2^a ed).

A problemática da epilepsia

- HIRIGOYEN, Keen Maria Alicia, (2002), *“Correlaciones neurológicas y psicológicas de la epilepsias”*, Universidad de Belgrado Faculdade de Psicologia Tesina Final.
- LIGA PORTUGUESA CONTRA A EPILEPSIA, (1993), *Classificação das epilepsias e das crises epilépticas* - Liga Internacional contra a Epilepsia.
- LIGA PORTUGUESA CONTRA A EPILEPSIA, (1995), *Primeiro Boletim da Epilepsia*, nº4, Grupo de Estudos de epilepsia de Coimbra.
- LIGA PORTUGUESA CONTRA A EPILEPSIA, (1996), *Boletim da Epilepsia*, vol.2, nº1, Grupo de Estudos de epilepsia de Coimbra.
- LIGA PORTUGUESA CONTRA A EPILEPSIA, (2005), *Notícias da epilepsia*, nº1, publicação semestral.
- LIGA PORTUGUESA CONTRA A EPILEPSIA, (2006), *Notícias da epilepsia*, nº2, publicação semestral.
- LIGA PORTUGUESA CONTRA A EPILEPSIA, (2009), *Notícias da epilepsia*, nº1, publicação semestral.
- LIGA PORTUGUESA CONTRA A EPILEPSIA, (2009), *Notícias da epilepsia*, nº2, publicação semestral.
- MAJNEMER, A. (1998), *Benefits of early intervention for children with developmental disabilities*, Seminars in Pediatric Neurology.
- MATOS, António Coimbra, (2004), *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- MEISELS, S., SHONKOFF, J. (2000). Early childhood intervention: Acontinuing evolution. In J. Shonkoff, & S. Meisels (eds.). *Handbook of early childhood intervention.*, Cambridge: UniversityPress.
- MONTEIRO, M. (2007), *Área de Projecto – Dossier do Professor*. Porto: Porto Editora.
- PEDLEY, Timothy A., MELDRUM, Brian, (1998), *Epilepsy*, nº6, Churchill Livingstone.
- PEREIRA, Alexandre, (2003), *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o Word*, (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- PIMENTEL(a), José (2006), *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel - Edições técnicas.

A problemática da epilepsia

- PIMENTEL (b), J. S. (2004). *Avaliação de programas de intervenção precoce*. *Análise Psicológica*, 1 (XXII).
- PINTO, Cláudia, (2010), *Jornal do Centro de Saúde*, nº 62 de Março.
- PUNCH, Keith, (1998), *Introdution to Social Research: quantitative and qualitative approaches*, London, Sage Publications.
- QUIVY, R.,CAMPENHOUDT, Luc Van (1992, 2005), *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4ª ed.), Lisboa: Gradiva.
- ROSALVO, Almeida, (2011), “*Crónicas da Epilepsia*”.
- ROTTA, Newra (et al), (2003), *Vigarabrina no tratamento da epilepsia de difícil controle em paciente com síndrome de West*, Ara Neuropsiquiatr.
- SCHIRMER, Carolina (et al), (2004), *Artigo de Revisão: Distúrbios da linguagem e da aprendizagem*, *Jornal de Pediatria*.
- SIM-SIM, Inês, (2005), *Necessidades Educativas Especiais: Dificuldades da criança ou da escola?*. Lisboa: Texto Editores.
- SMITH, D.F. (et tal), (1998), *An Atlas of Epilepsy*, British Library Cataloguing-in Publication Data.
- STAINBACK, William, (1999), *Inclusão – Um guia para educadores*. Porto Alegre: Artmed Editora, (trad. Magda França Lopes).
- STAKE, Robert E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- TONINI, Andréa, (2010), *Caracterização do déficite cognitivo*, Universidade Federal de santa Maria.
- TUCKMAN, B, (2005, 2000), *Manual de Investigação em Educação - como conceber e realizar o processo de investigação em educação*, (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- VANCINI, Rodrigo Luís (et al), (2006), *Estudos em humanos e animais*, Departamento de Fisiologia da Universidade de São Paulo.
- VILAS, Josina (2009), *Apontamentos disponibilizados no âmbito da disciplina de Deficiência Mental/Motora – Especialização em Educação Especial*, 9ª Edição. Porto: Universidade Portucalense.

A problemática da epilepsia

REFERÊNCIAS NORMATIVAS

Decreto-lei N.º 3/2008, de 7 de Janeiro

Lei nº 21/2008, de 12 de Maio

WEBGRAFIA

COSTA, Cátia Sofia, PAIVA, Vítor Emanuel dos Santos, *Epilepsia – o trabalho*, acessado em 12 de dezembro de 2012 em <http://www.estsp.pt>

MARCHETTI (et al), (2005), *Transtornos mentais e epilepsia*, Revista de Psiquiatria Clínica, vol.32, S. Paulo, acessado em 25 de janeiro de 2013 em <http://www.scielo.br/>

SCHIRMER, Carolina, FONTOURA, Denise, NUNES, Magda, (2004), *Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem*, acessado em 19 de dezembro de 2012 em <http://www.scielo.br>

SILVA, Márcia (et al), (n.d), Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, acessado em 13 de dezembro de 2012 em <http://epilepsiafmdup.webnode.pt>

SILVA, Nara, Maria Auxiliadora, DESSEN (2001), *Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança*, acessado em 20 de dezembro de 2012 em <http://www.scielo.br>

ANEXO I

Checklist

A problemática da epilepsia

Checklist

Funções do Corpo

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação de acordo com os seguintes qualificadores:

0- Nenhuma deficiência; **1-** Deficiência ligeira; **2-** Deficiência moderada **3-** Deficiência grave;
4- Deficiência completa; **8-** Não especificada¹; **9-** Não aplicável²

Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Funções Mentais							
<i>(Funções Mentais Globais)</i>							
b110 Funções da consciência							
b114 Funções da orientação no espaço e no tempo							
b117 Funções intelectuais							
b122 Funções psicossociais globais							
b125 Funções intrapessoais							
b126 Funções do temperamento e da personalidade							
b134 Funções do sono							
<i>(Funções Mentais Específicas)</i>							
b140 Funções da atenção							
b144 Funções da memória							
b147 Funções psicomotoras							
b152 Funções emocionais							
b156 Funções da percepção							
b163 Funções cognitivas básicas							
b164 Funções cognitivas de nível superior							
b167 Funções mentais da linguagem							
b172 Funções do cálculo							
Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor							
b210 Funções da visão							
b215 Funções dos anexos do olho							
b230 Funções auditivas							
b235 Funções vestibulares							
b250 Função gustativa							
b255 Função olfactiva							
b260 Função proprioceptiva							
b265 Função táctil							
b280 Sensação de dor							
Capítulo 3 – Funções da voz e da fala							
b310 Funções da voz							
b320 Funções de articulação							
b330 Funções da fluência e do ritmo da fala							
Capítulo 4 – Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório							
b410 Funções cardíacas							
b420 Funções da pressão arterial							
b429 Funções cardiovasculares, não especificadas							
b430 Funções do sistema hematológico							
b435 Funções do sistema imunológico							
b440 Funções da respiração							

A problemática da epilepsia

¹ Este qualificador deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da deficiência.

² Este qualificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

A problemática da epilepsia

Capítulo 5 – Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino								
b515	Funções digestivas							
b525	Funções de defecação							
b530	Funções de manutenção do peso							
b555	Funções das glândulas endócrinas							
b560	Funções de manutenção do crescimento							
Capítulo 6 - Funções genito-urinárias e reprodutivas								
b620	Funções miccionais							
Capítulo 7 - Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento								
b710	Funções relacionadas com a mobilidade das articulações							
b715	Estabilidade das funções das articulações							
b730	Funções relacionadas com a força muscular							
b735	Funções relacionadas com o tônus muscular							
b740	Funções relacionadas com a resistência muscular							
b750	Funções relacionadas com reflexos motores							
b755	Funções relacionadas com reacções motoras involuntárias							
b760	Funções relacionadas com o controlo do mov. voluntário							
b765	Funções relacionadas com o controlo do mov. Involuntário							
b770	Funções relacionadas com o padrão de marcha							
b780	Funções relacionadas c/ os músculos e funções do mov.							
Outras funções do corpo a considerar								

A problemática da epilepsia

Actividade e Participação

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação de acordo com os seguintes qualificadores:

0 - Nenhuma dificuldade; **1** - Dificuldade ligeira; **2** - Dificuldade moderada; **3** - Dificuldade grave; **4** - Dificuldade completa; **8** - Não especificada³; **9** - Não aplicável⁴

Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Aprendizagem e aplicação de conhecimentos							
d110 Observar							
d115 Ouvir							
d130 Imitar							
d131 Aprender através da interacção com os objectos							
d132 Adquirir informação							
d133 Adquirir linguagem							
d134 Desenvolvimento da linguagem							
d137 Adquirir conceitos							
d140 Aprender a ler							
d145 Aprender a escrever							
d150 Aprender a calcular							
d155 Adquirir competências							
d160 Concentrar a atenção							
d161 Dirigir a atenção							
d163 Pensar							
d166 Ler							
d170 Escrever							
d172 Calcular							
d175 Resolver problemas							
d177 Tomar decisões							
Capítulo 2 – Tarefas e exigências gerais							
d210 Levar a cabo uma tarefa única							
d220 Levar a cabo tarefas múltiplas							
d230 Levar a cabo a rotina diária							
d250 Controlar o seu próprio comportamento							
Capítulo 3 – Comunicação							
d310 Comunicar e receber mensagens orais							
d315 Comunicar e receber mensagens não verbais							
d325 Comunicar e receber mensagens escritas							
d330 Falar							
d331 Produções pré-linguísticas							
d332 Cantar							
d335 Produzir mensagens não verbais							
d340 Produzir mensagens na linguagem formal dos sinais							
d345 Escrever mensagens							
d350 Conversação							
d355 Discussão							
d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação							
Capítulo 4 – Mobilidade							
d410 Mudar as posições básicas do corpo							
d415 Manter a posição do corpo							
d420 Auto-transferências							
d430 Levantar e transportar objectos							
d435 Mover objectos com os membros inferiores							
d440 Actividades de motricidade fina da mão							
d445 Utilização da mão e do braço							
d446 Utilização de movimentos finos do pé							
d450 Andar							

³ Este qualificador deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da dificuldade.

⁴ Este qualificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

A problemática da epilepsia

d455	Deslocar-se																		
Capítulo 5 – Autocuidados																			
d510	Lavar-se																		
d520	Cuidar de partes do corpo																		
d530	Higiene pessoal relacionada com as excreções																		
d540	Vestir-se																		
d550	Comer																		
d560	Beber																		
d571	Cuidar da sua própria segurança																		
Capítulo 6 – Vida doméstica																			
d620	Adquirir bens e serviços																		
d630	Preparar refeições																		
d640	Realizar o trabalho doméstico																		
d650	Cuidar dos objectos domésticos																		
Capítulo 7 – Interações e relacionamentos interpessoais																			
d710	Interações interpessoais básicas																		
d720	Interações interpessoais complexas																		
d730	Relacionamento com estranhos																		
d740	Relacionamento formal																		
d750	Relacionamentos sociais informais																		
Capítulo 8 – Áreas principais da vida																			
d815	Educação pré-escolar																		
d816	Vida pré-escolar e actividades relacionadas																		
d820	Educação escolar																		
d825	Formação profissional																		
d835	Vida escolar e actividades relacionadas																		
d880	Envolvimento nas brincadeiras																		
Capítulo 9 – Vida comunitária, social e cívica																			
d910	Vida comunitária																		
d920	Recreação e lazer																		
Outros aspectos da Actividade e Participação a considerar																			

A problemática da epilepsia

Factores Ambientais

Nota: Podem ser tidas em consideração todas as categorias ou apenas aquelas que se considerem mais pertinentes em função da condição específica da criança/jovem. As diferentes categorias podem ser consideradas enquanto barreiras ou facilitadores. Assinale, para cada categoria, com (.) se a está a considerar como barreira ou com o sinal (+) se a está a considerar como facilitador. Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:

- 0** - Nenhum facilitador/barreira; **1** - Facilitador/barreira ligeiro; **2** - Facilitador/barreira moderado; **3** - Facilitador substancial/barreira grave; **4** - Facilitador/barreira completo; **8** - Não especificada; **9** - Não aplicável

Qualificadores	Barreira ou facilitador	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Produtos e Tecnologia								
e110	Para consumo pessoal (<i>alimentos, medicamentos</i>)							
e115	Para uso pessoal na vida diária							
e120	Para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal							
e125	Para a comunicação							
e130	Para a educação							
e135	Para o trabalho							
e140	Para a cultura, a recreação e o desporto							
e150	Arquitectura, construção e acabamentos de prédios de utilização pública							
e155	Arquitectura, construção e acabamentos de prédios para uso privado							
Capítulo 2 – Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem								
e225	Clima							
e240	Luz							
e250	Som							
Capítulo 3 – Apoio e Relacionamentos								
e310	Família próxima							
e320	Amigos							
e325	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade							
e330	Pessoas em posição de autoridade							
e340	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais							
e360	Outros profissionais							
Capítulo 4 – Atitudes								
e410	Atitudes individuais dos membros da família próxima							
e420	Atitudes individuais dos amigos							
e425	Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade							
e440	Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais							
e450	Atitudes individuais de profissionais de saúde							
e465	Normas, práticas e ideologias sociais							
Capítulo 5 – Serviços, Sistemas e Políticas								
e515	Relacionados com a arquitetura e a construção							
e540	Relacionados com os transportes							
e570	Relacionados com a segurança social							
e575	Relacionados com o apoio social geral							
e580	Relacionados com a saúde							
e590	Relacionados com o trabalho e o emprego							
e595	Relacionados com o sistema político							
Outros factores ambientais a considerar								

ANEXO II

Autorização do Agrupamento

A problemática da epilepsia

Exmo/a. Sr./a Diretor/a do Agrupamento de Escolas XXXXXXXXXXXXX

Assunto: Pedido de autorização para a realização do estudo "A problemática da epilepsia"

Sandra Sofia Rodrigues Teixeira, Professora de Educação Especial, encontra-se a concretizar o 2º ano do Mestrado em Educação Especial, na Universidade Portucalense. No âmbito da dissertação, pretende-se realizar um estudo denominado "A problemática da epilepsia", que tem como finalidade compreender em que medida os profissionais (professores e assistentes operacionais) que trabalham com crianças e jovens com necessidades educativas especiais em contexto escolar e compreender modos de atuação destes profissionais perante uma situação de crise epiléptica.

O estudo desenvolve-se com os docentes e os assistentes operacionais da E.B.2/3 de XXXXXXXX deste Agrupamento. Pretende-se utilizar como método de recolha de dados o inquérito por questionário, com perguntas abertas e fechadas, aos agentes educativos supra referidos.

Também gostaríamos de ter acesso ao "Processo Individual" da aluna XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, uma vez que estamos a realizar um Estudo de Caso acerca da problemática da mesma. Mais se informa que requeremos autorização junto dos Encarregados de educação desta criança que deram o parecer positivo (apresentamos fotocópia com pedido de autorização destes).

Assim, vimos solicitar a autorização para a realização do estudo nos moldes anteriormente descritos.

Com os melhores cumprimentos.

ANEXO III

Autorização dos Encarregados de Educação da “Lara”

A problemática da epilepsia

Exmos Srs. Encarregados de Educação da menina [REDACTED]:

Assunto: Pedido de autorização para a realização do estudo "A problemática da epilepsia"

Eu, Sandra Sofia Rodrigues Teixeira, Professora de Educação Especial, encontro-me a realizar o 2º ano do Mestrado em Educação Especial, na Universidade Portucalense. No âmbito da dissertação, pretendo realizar um estudo denominado "A problemática da epilepsia", que tem como finalidade compreender em que medida os profissionais (professores e assistentes operacionais) que trabalham com crianças e jovens com necessidades educativas especiais em contexto escolar sabem em que consiste a epilepsia e compreender o modo de atuação destes profissionais perante uma situação de crise epiléptica.

O estudo desenvolve-se com os docentes de Educação Especial e os assistentes operacionais deste Agrupamento, por serem estes os profissionais que lidam diariamente com crianças e jovens com necessidades educativas especiais.

Deste modo, gostaríamos de ter acesso ao "Processo Individual" da vossa educanda que se encontra na sede do Agrupamento de Escolas [REDACTED] que esta frequenta.

Assim, venho por este meio solicitar a autorização para a realização do estudo nos moldes anteriormente descritos.

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,
Sandra Sofia R. Teixeira

Porto, 6 de Novembro de 2012

Assinaturas dos pais:

[REDACTED]
[REDACTED]

ANEXO III

Autorização dos Encarregados de Educação da “Lara”

A problemática da epilepsia

Exmos Srs. Encarregados de Educação da menina [REDACTED]:

Assunto: Pedido de autorização para a realização do estudo "A problemática da epilepsia"

Eu, Sandra Sofia Rodrigues Teixeira, Professora de Educação Especial, encontro-me a realizar o 2º ano do Mestrado em Educação Especial, na Universidade Portucalense. No âmbito da dissertação, pretendo realizar um estudo denominado "A problemática da epilepsia", que tem como finalidade compreender em que medida os profissionais (professores e assistentes operacionais) que trabalham com crianças e jovens com necessidades educativas especiais em contexto escolar sabem em que consiste a epilepsia e compreender o modo de atuação destes profissionais perante uma situação de crise epiléptica.

O estudo desenvolve-se com os docentes de Educação Especial e os assistentes operacionais deste Agrupamento, por serem estes os profissionais que lidam diariamente com crianças e jovens com necessidades educativas especiais.

Deste modo, gostaríamos de ter acesso ao "Processo Individual" da vossa educanda que se encontra na sede do Agrupamento de Escolas [REDACTED] que esta frequenta.

Assim, venho por este meio solicitar a autorização para a realização do estudo nos moldes anteriormente descritos.

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,
Sandra Sofia R. Teixeira

Porto, 6 de Novembro de 2012

Assinaturas dos pais:

[REDACTED]
[REDACTED]

ANEXO IV

Inquérito por questionário a professores

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO^{1, 2}

O presente questionário destina-se a professores e enquadra-se no estudo que estamos a desenvolver no âmbito do Mestrado em Educação Especial, promovido pela Universidade Portucalense. Nesta investigação pretendemos estudar **"A problemática da epilepsia"**. A construção do inquérito teve por base a pesquisa bibliográfica realizada relativamente ao tema em estudo (Magalhães, 2010; Moreira, 2010, Fenacerci (2010). Para a realização deste inquérito, é importante a sua valiosa colaboração.

Todos os dados recolhidos serão confidenciais.

DADOS DE CARATERIZAÇÃO

Assinale, com um X, a resposta que se adequa à sua situação

1. Género:

Feminino Masculino

2. Idade:

De 20 a 30 anos

De 31 a 40 anos

De 41 a 50 anos

De 51 a 60 anos

Mais de 61 anos

3. Situação profissional:

Professor (a) do Quadro de Agrupamento

Professor(a) Contratado (a)

¹ Na construção da estrutura do inquérito tivemos por base as ideias sugeridas por Hill, M. M., & Hill, A. (2008).

² Tendo em conta a problemática em estudo apoiamo-nos em Fenacerci (2010), Magalhães (2010) e Moreira (2007) para a definição das questões e dos tópicos a incluir.

A problemática da epilepsia

3.1. Tempo de exercício docente: _____ anos

3.2. Tempo de serviço nesta escola: _____ anos

4. Possui formação em Educação Especial?

Sim

Não

5. Lecionou em turmas onde estivessem incluídos alunos com epilepsia?

Sim

Não

5.1 Se respondeu Sim, indique o número de anos _____

6. No caso de ter tido alunos com epilepsia, estes tinham algum problema associado?

Sim

Não

7. Sabe como agir perante um aluno que tenha uma crise de epilepsia?

Sim

Não

8. Acha que os professores deveriam ter informação/formação acerca de como intervir face a um aluno que tenha uma crise epiléptica?

Sim

Não

9. Conhece algum Centro ou Associação ligada à problemática da epilepsia?

Sim

Não

ANEXO V

Inquérito por questionário a assistentes operacionais

A problemática da epilepsia

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO^{1, 2}

O presente questionário destina-se a assistentes operacionais e enquadra-se no estudo que estamos a desenvolver no âmbito do Mestrado em Educação Especial, promovido pela Universidade Portucalense. Nesta investigação pretendemos estudar "A problemática da epilepsia". A construção do inquérito teve por base a pesquisa bibliográfica realizada relativamente ao tema em estudo (Magalhães, 2010; Moreira, 2010, Fenacerci (2010). Para a realização deste inquérito, é importante a sua valiosa colaboração.

Todos os dados recolhidos serão confidenciais.

DADOS DE CARATERIZAÇÃO

Assinale, com um X, a resposta que se adequa à sua situação

1. Género:

Feminino Masculino

2. Idade:

De 20 a 30 anos

De 31 a 40 anos

De 41 a 50 anos

De 51 a 60 anos

Mais de 61 anos

3. Situação profissional:

Quadro de Agrupamento

Contratado (a)

4. Há quanto tempo trabalha nesta escola?

¹ Na construção da estrutura do inquérito tivemos por base as ideias sugeridas por Hill, M. M., & Hill, A. (2008).

² Tendo em conta a problemática em estudo apoiamo-nos em Fenacerci (2010), Magalhães (2010) e Moreira (2007) para a definição das questões e dos tópicos a incluir.

A problemática da epilepsia

4.1 Qual o cargo que ocupa nesta escola?

5. Quanto tempo de experiência profissional tem em escolas?

6. Já trabalhou com alunos que tivessem epilepsia?

Sim

Não

7. Conhece algum aluno da escola que tenha epilepsia?

Sim

Não

7.1. No caso de ter respondido Sim, esse aluno tinha mais algum problema associado?

Sim

Não

8. Sabe como agir caso um aluno tenha uma crise de epilepsia?

Sim

Não

9. Acha que os Assistentes Operacionais deveriam ter informação/formação acerca de como intervir face a um aluno que tenha uma crise epiléptica?

Sim

Não

10. Conhece algum Centro ou Associação ligada à problemática da epilepsia?

Sim

Não

Obrigada, pela sua colaboração.

ANEXO VI

Entrevista

A problemática da epilepsia

Guião da entrevista

Objectivos da Entrevista

- Saber qual a percepção dos professores sobre a inclusão do aluno com Epilepsia na escola regular.
- Constatar se há ou não informação sobre a Epilepsia.

- 1) Sabe em que consiste a epilepsia?
- 2) Já teve alunos com epilepsia?
- 3) No caso de ter tido alunos com epilepsia, estes tinham algum problema associado?
- 4) Sabe como agir perante um aluno que tenha uma crise epiléptica?
- 5) Acha que os professores/educadores deveriam ter mais informação acerca de como intervir face a um aluno que tenha uma crise epiléptica?
- 6) Conhece algum Centro ou Associação ligada à problemática da epilepsia?
- 7) Na sua opinião, a frequência desta criança na classe regular é um desafio ou uma dificuldade?

ANEXO VII

Transcrição das Entrevistas

A problemática da epilepsia

Transcrição da entrevista à Professora de Educação Especial

Data: 12 de janeiro de 2013

- 1) “Para mim a epilepsia é uma deficiência no sistema nervoso central que resulta em crises.”
- 2) “Sim...tive oportunidade de ler no “Processo Individual” dos alunos e é claro que vou sabendo através de informações dos encarregados de educação dos mesmos.”
- 3) “Sim, tinham outros problemas, nomeadamente Síndrome de Down e atraso cognitivo.”
- 4) “Mais ou menos, deverá afastar-se os objetos que possam magoar o aluno durante uma crise, colocá-lo deitado de lado e esperar que a crise passe. Vou ter de aprofundar e pesquisar mais sobre como atuar, pois fiquei com curiosidade.”
- 5) “Acho que os professores deveriam ter mais informação porque é sempre bom saber como agir quando confrontada com situações destas.”
- 6) “Não. Nunca ouvi falar de nenhum Centro ou Associação.”
- 7) “A integração desta aluna em contexto turma só acontece em algumas disciplinas (a aluna beneficia de um Currículo Específico Individual). Constitui um desafio haver articulação entre os diferentes docentes, de modo a definir e adotar diferentes estratégias de intervenção para a aluna.”

Transcrição da entrevista à Professora de Música

Data: 12 de janeiro de 2013

- 1) “Ora bem... a epilepsia...acho que é uma doença grave que ocorre a nível cerebral. Penso que seja isto... já ouvi falar nas crises que os portadores desta doença podem ter.”
- 2) “Não, nunca tive alunos com epilepsia.”
- 4) “Essa é uma questão interessante...Acho que chamava o 112 porque não sei como atuar. Espero que ninguém tenha uma crise ao pé de mim”

A problemática da epilepsia

5) “Sim. Acho que vou pesquisar porque de facto não sei como intervir se algo acontecer com um aluno meu. ”

6) “Não conheço nenhum Centro, mas de certeza que deve haver.”

7) “Para mim é um desafio apesar das dificuldades. Como professores temos de estar preparados para tudo...é essa a nossa missão ”

Transcrição da entrevista ao Professor de Educação Física

Data: 15 de janeiro de 2013

1) “A epilepsia é uma doença que pode levar a pessoa a ter ataques, caso não esteja medicada. Já ouvir falar nessa doença.”

2) “Sim, já tive alunos com epilepsia soube através dos pais.”

3) Já tive alunos que apresentavam muitas de aprendizagem. Sim tinham muitas complicações e outros problemas.”

4) “Sim, mas só na teoria porque felizmente nunca tive de socorrer ninguém. A Sandra vai ter de me dar explicar o que se deve fazer nessa situação.”

5) Sim, deveria haver mais informação. Penso que falta muita informação acerca da epilepsia e que não é um tema muito debatido.”

6) “Não conheço nem Centros nem Associações.”

7) “É sempre um desafio ter uma criança com epilepsia na turma, no entanto espera-se que as crises estejam controladas para que não surjam os verdadeiros problemas.”

Transcrição da entrevista à Professora de Expressão Plástica

Data: 15 de janeiro de 2013

1) “A epilepsia é uma doença que provoca convulsões, mas não sei explicar em concreto. ”

2) “Não. Isto é, acho que nunca tive alunos com epilepsia.”

A problemática da epilepsia

4) “Sinceramente não sei o que fazer. Acho que se fala pouco sobre como reagir e intervir nessas situações.”

5) “Sim, acho que falta formação e informação acerca da epilepsia. Pode ser que se comecem a realizar formações onde se exponha esta temática.”

6) Não conheço. Se existem são pouco divulgadas.”

7) “É um desafio estar a trabalhar com crianças que tenham essa problemática. Pode ser um pouco complicado, uma vez que o aluno pode ter crises durante uma aula, mas não deixa de ser um desafio.”