

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-
FACENE/RN

YANDRA SAMONIELI DA SILVA MONTEIRO MENEZES

**CONHECIMENTOS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS
CONDUTAS AO INDIVÍDUO EM CRISE EPILÉPTICA**

MOSSORÓ/RN

2017

YANDRA SAMONIELI DA SILVA MONTEIRO MENEZES

**CONHECIMENTOS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS
CONDUTAS AO INDIVÍDUO EM CRISE EPILÉPTICA**

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró
como exigência parcial para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Carlos Augusto da
Silva Almeida

MOSSORÓ/RN

2017

YANDRA SAMONIELI DA SILVA MONTEIRO MENEZES

**CONHECIMENTOS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS
CONDUTAS AO INDIVÍDUO EM CRISE EPILÉPTICA**

Monografia apresentada pela aluna YANDRA SAMONIELI DA SILVA MONTEIRO MENEZES do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Carlos Augusto da Silva Almeida (FACENE/RN)
ORIENTADOR

Profa. Me. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof. Dr. Wesley Adson Costa Coelho (FACENE/RN)
MEMBRO

Dedico esta monografia a Deus por ter me concedido a oportunidade de poder iniciar a graduação, e durante o decorrer dessa caminhada me fortaleceu quando pensei que não tivesse forças para continuar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** por ter permitido que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer. Sei que “posso, tudo posso naquele que me fortalece”.

A esta **universidade**, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Ao meu orientador Prof. Esp. **Carlos Augusto** e membros da banca da monografia Profa. Me. **Giselle dos Santos** e Prof. Dr. **Wesley Adson**, pelas suas correções, incentivos, orientações e por me ajudarem no termino deste trabalho. Meu muitíssimo obrigado!

Agradeço a **todos os professores** por proporcionar o conhecimento não apenas racial, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

A bibliotecária da Faculdade, **Vanessa Camilo**, que, desde 2013, acompanhou nossos movimentos, medos, dificuldades e angústias. Ajudando-nos sempre que podia. Muito obrigada!

A **minha mãe** que amo muito **Nina**, por todo incentivo, admiração e pelas inúmeras noites que me esperou acordada. Obrigada mãe pelos sacrifícios que você fez em razão da minha educação. Obrigada por tudo. Infelizmente não há espaço para escrever e agradecer aqui. Obrigada novamente mainha!♥

Dedico também essa conquista aos meus avós/pais queridos **Vovô João ♥ Vovó Gracinha** por todo conselho, força, motivação e amor.

A **meu marido Willyams** que muitas vezes mesmo sem entender me ouviu enquanto eu falava minhas teorias sobre a enfermagem. Por cada puxão de orelha, todo carinho, toda dedicação, toda atenção e toda vibração com minhas conquistas e teu ombro em cada momento difícil que você me ajudou a atravessar. Sem você essa conquista não teria o mesmo gosto. Obrigada meu amor! ♥

Ao meu querido **tio Branco** que me deu forças quando mais precisava não me deixando desistir me possibilitando a continuação da faculdade. Meu muito obrigada e que Deus possa lhe retribuir em dobro.

Agradeço também a **meu irmão, Filho**, ☺ pela paciência, por toda cooperação e por toda a amizade prestada a mim. Amo-te muito!

Aos primos e primas que acompanharam essa fase da minha vida, porque sei que todos torciam por mim. A vocês, obrigada por tudo.

Agradeço também sem deixar de mencionar, pois foi uma pessoa muito importante e especial no decorrer desses quatro anos e será pelo resto de minha vida, a **minha sogra Nega** por me oferecer todo empenho, dedicação e suor de seu trabalho.

Agradeço em especial a toda **minha família**. 🎵 “Onde todos são por um e um por todos onde a paz criou raízes e floresceu um lar assim feliz seja o sonho das famílias do Brasil.” 🎵

Às minhas queridas amigas Top's, **Adriana Rocha (irmã)**, **Gilmara Michelle, Lidiane Ventura, Lindiane Sousa (Lindi)**, **Maria Francicleide (Kekeide)**, **Nízia Amélia, Raquel Caé (nega)** e **Sannyia Lúcia (minha lobo♥)** que trilharam esse caminho junto a mim. Juntas vencemos essa etapa, nos apoiando e torcendo umas pelas outras com a certeza de que chegaríamos aqui unidas e vencedoras. Na vida poucas coisas conseguimos fazer sem a colaboração de amigos e eu fui abençoada com essas amigas, que são muito especiais e que vão continuar presentes em minha vida com certeza. 🎵 “Amigo é coisa pra se guardar debaixo de sete chaves.” 🎵

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

Deus, Jesus Cristo, obrigado por toda força e proteção, a minha e de todas essas pessoas que tanto amo.

Por fim, mas não menos importante, ao **Mazaropie** o seu personagem, o **Jeca Tatu**, com um lema fundamental em muitos momentos dessa longa e feliz jornada: **FÉ EM DEUS E PÉ NA TÁBUA!**

“Eu te conheço. Eu sei quando você se levanta e quando você se deita. Eu conheço você no seu íntimo e eu te amo muito. Eu compreendo as suas alegrias, suas dores, falhas e frustrações, e ainda te amo e sempre vou te amar. Estou sempre na sua frente, atrás, e também ao seu lado, guiando você cada dia. Não há lugar onde você possa fugir ou se esconder. À noite e o dia são a mesma coisa pra mim. Eu formei você exatamente como eu queria quando você ainda estava no ventre de sua mãe. Você é maravilhosa e bela. Até quando há defeitos (aqueles obstáculos e erros que os outros tem feito na sua vida). Eu tenho um plano perfeito e belo e é para o seu bem. Até antes do seu corpo se formar, eu já havia planejado todos seus dias. Eu quero que você me conheça mais e mais. Deixe-me revelar a você os sintomas e as raízes das suas dores, problemas e frustrações. Assim você reconhecerá seus pecados e se arrependerá, então guiarei você para viver todas as bênçãos que eu mesmo planejei pra você – ou melhor, para nós.”

Salmo 139

RESUMO

A epilepsia é uma patologia neurológica crônica que atinge a condução elétrica do cérebro. Esta condição envolve uma descarga neural anormal, excessiva e situada no córtex cerebral. Contudo a epilepsia envolve sinais e sintomas que apresentam manifestações motoras, sensitivas, sensoriais, psíquicas ou neurovegetativas, que ocorrem após uma descarga neural que pode ser vista através do encefalograma, revelando a localização e o tipo destas descargas paroxísticas. Desse modo podemos dizer que a pesquisa proposta foi de verificar as condutas e o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem frente a uma crise epilética, como também caracterizar a fisiopatologia da Crise Epiléptica (CE). Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com modelo de abordagem quanti-qualitativa. A coleta foi realizada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, onde foram buscado informações com base em um questionário composto de perguntas abertas e fechadas, avaliados pelo programa estatístico SPSS, como também através do teste de Qui-Quadrado (χ^2) para proporções homogêneas. A maioria dos entrevistados demonstra como condutas principais a colocação de um travesseiro ou outro objeto macio na cabeça e afastar objetos que venham a machucar o indivíduo mencionando também a lateralização da cabeça para que o mesmo não se asfixie e atentando para o cuidado com o paciente para que este não se machuque durante a crise e venha sofrer graves lesões ou traumas. Contudo, as condutas dos acadêmicos e de profissionais da saúde devem promover o ensino, para proporcionar ao epilético o conhecimento sobre sua doença, prevenindo novas e possíveis crises e complicações relacionadas a esta patologia.

Descritores: Acadêmicos. Crise Epiléptica. Enfermagem. Epilepsia.

ABSTRACT

Epilepsy is a chronic neurological pathology that affects the electrical conduction of the brain. This condition involves an abnormal, excessive neural discharge located in the cerebral cortex. However, epilepsy involves signs and symptoms that present motor, sensory, sensory, psychic or neurovegetative manifestations that occur after a neural discharge that can be seen through the encephalogram, revealing the location and type of these paroxysmal discharges. Thus, we can say that the research proposed was to verify the nursing students' behavior and knowledge in the face of an epileptic crisis, as well as to characterize the pathophysiology of Epileptic Crisis (CE). This is a descriptive, exploratory type study with a quantitative-qualitative approach. The collection was carried out at the Nova Esperança Nursing College of Mossoró, where information was sought based on a questionnaire composed of open and closed questions, Evaluated by the SPSS statistical program, as well as by the chi-square test (χ^2) for homogeneous proportions. The majority of the interviewees demonstrate as main conducts the placement of a pillow or other soft object in the head and to remove objects that will hurt the individual mentioning also the lateralization of the head so that it does not asphyxiate and paying attention to the patient's care That it will not be injured during the crisis and will suffer severe injuries or trauma. However, the conduct of academics and health professionals should promote teaching, to provide the epileptic with knowledge about their disease, preventing new and possible crises and complications related to this pathology.

Key words: Academics. Epileptic Crisis. Nursing. Epilepsy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Valores de frequência simples e porcentagem do perfil dos participantes da pesquisa.....	32
Tabela 2: Valores de frequência simples e porcentagem dos conhecimentos e atitudes dos acadêmicos em relação à epilepsia.....	33
Tabela 3: Valores de frequência simples e porcentagem das condutas dos acadêmicos em relação às crises epiléticas.....	34
Tabela 4: Valores de frequência simples e porcentagem da quantidade de procedimentos corretos.....	35

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Contextualização e Problematização.....	12
1.2 Justificativa.....	13
1.3 Hipótese.....	14
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 Considerações Fisiopatológicas da Crise Epiléptica.....	16
3.2 Condutas de Emergência frente a uma Crise Epiléptica.....	18
3.3 A enfermagem na Assistência a Epilepsia.....	19
3.4 Aspectos Sociais na Epilepsia.....	21
3.5 Estigma e Preconceito ao Epiléptico.....	23
3.6 Epidemiologia da Epilepsia.....	25
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	27
4.1 Tipo de Pesquisa.....	27
4.2 Local do Estudo.....	27
4.3 População e Amostra.....	28
4.4 Instrumento de Coleta de Dados.....	28
4.5 Procedimentos para Coleta de Dados.....	29
4.6 Análise dos Dados.....	30
4.7 Aspectos Éticos.....	30
4.8 Financiamentos da Pesquisa.....	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	32

5.1 Dados quantitativos dos conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem na crise epiléptica.....	32
5.2 Dados qualitativos dos conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem frente às condutas ao indivíduo em crise epiléptica	36
5.2.1 Conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem sobre a epilepsia.	36
5.2.2 Condutas dos acadêmicos mediante o paciente em crise epiléptica	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICES	48
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE.....	49
APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados.....	51
ANEXO	52
ANEXO A- CERTIDÃO	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e Problematização

A epilepsia é uma patologia neurológica crônica que atinge a condução elétrica do cérebro. Esta condição envolve uma descarga neural anormal, excessiva e situada no córtex cerebral. O indivíduo deve apresentar pelo menos duas crises abertas, sem indício de desencadeantes agudos dessas crises, apresentando crises epiléticas (CE), que atuam envolvendo disfunção cerebral, variações neurológicas, sociais e cognitivas que levam ao acréscimo ou recorrência da viabilidade de crises (BRASIL, 2010; TERRA, 2011; YACUBIAN; CONTRERAS-CAICEDO; RÍOS-POHL, 2014).

Entretanto, a epilepsia envolve sinais e sintomas que apresentam manifestações motoras, sensitivas, sensoriais, psíquicas ou neurovegetativas, que ocorrem após uma descarga neural que pode ser vista através do encefalograma, revelando a localização e o tipo destas descargas paroxísticas (LIMA; POLES; MARQUES, 2011). Esta atividade paroxística é interrompida e geralmente tem um período limitado, durando de segundos a minutos (CRUZ, 2007; SILVA et al, 2013).

Diversos conceitos sobre a epilepsia são apresentados pela literatura médica. Entretanto, não se tem uma definição completa e satisfatória sobre esta patologia, tanto na literatura nacional quanto na literatura internacional, podendo ser encontrada semelhanças entre os diversos conceitos (MOREIRA, 2004). Deste modo, a epilepsia abrange um conjunto de condições que interferem diretamente na qualidade de vida do indivíduo afetado, provocando um distúrbio mental, que podem ter diversas etiologias (BRASIL, 2010; BARROS, 2012). A maioria dos casos a epilepsia surge espontaneamente por causas desconhecidas. Sendo necessário ressaltar que uma única crise não pode ser considerada uma epilepsia (BARBOSA; OLIVEIRA, 2012).

Historicamente as primeiras evidências de pacientes com CE, relatados desde a antiguidade, devido afetar os homens desde os tempos mais antigos, foi classificada como uma das doenças mais obscuras e de difícil entendimento do Sistema Nervoso Central (SNC), onde esteve e continua sendo foco de estudos em todo o mundo (VIEIRA, 2009). Na antiguidade, a epilepsia era agregada a forças demoníacas, a domínio espiritual ou diabólico e crenças como estas estavam presentes na Babilônia (2500 a 600 a.C.), entre os egípcios e em delimitados períodos da Grécia. Os gregos

afirmavam que uma pessoa que tinha crises era tocada por deuses ou tinha posses divinas (CRUZ, 2007).

Em especificamente 1484, período da santa inquisição, onde aqueles considerados ateus, blasfemadores, profanos e incluindo os lunáticos e portadores de CE, passaram-se a candidatos as fogueiras, pois, toda doença que era desconhecida deveria ser considerada como bruxaria (MOREIRA, 2004).

Hipócrates (460 a 375 a.C), afirmou que a epilepsia não era de origem divina, demoníaca ou domínio espiritual, mas que o responsável por essa doença era o cérebro. E anos depois, Galeno (200 d.C.), classificou a epilepsia em várias formas. Mas após diversas afirmações de Hipócrates e Galeno, as convicções em torno desta patologia perpetuaram por muitos anos (CRUZ, 2007).

A epilepsia é uma condição comum com grande repercussão econômica e social, pois ainda falta muita informação sobre a epilepsia para a sociedade, para os profissionais de saúde em geral, acadêmicos de enfermagem, pessoas da comunidade, família, pacientes e meios de comunicação. É necessário que a sociedade conheça o que é epilepsia, saber como distinguir uma CE e como realizar os primeiros socorros. Por isso, é importante a capacitação dos alunos de enfermagem em casos de crise epilética, bem como o conhecimento de crises que podem se manifestar de maneira semelhante (KRUGER et al, 2015).

Os cuidados imediatos prestados ao paciente durante uma CE é um dos pontos de conceitos insuficientes e inexplicáveis para os acadêmicos, pois, os mesmos detêm melhor da teoria do que da prática. Portanto, eles escutam e lêem mais sobre a epilepsia do que já presenciaram ou prestaram assistência correta a um indivíduo com CE (FONSECA et al, 2004).

Diante do exposto, segue o seguinte questionamento: quais as condutas e o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem, sobre os cuidados imediatos a uma CE?

1.2 Justificativa

A escolha do tema ocorreu devido à convivência com pessoas próximas acometidas por epilepsia e principalmente pela pesquisadora associada ser portadora dessa patologia. A crise epilética envolve diversas situações de discriminação pela sociedade, estigmatizando os pacientes epiléticos que acabam lidando com graus variáveis de exclusão pública devido a uma condição clínica (CRUZ, 2007).

O resultado deste estudo será de grande importância, pois irá possibilitar informações a cerca das condutas dos acadêmicos de enfermagem nos cuidados imediatos durante uma crise epiléptica, possibilitando o conhecimento mais profundo sobre este assunto.

Assim, o assunto abordado proporciona ao acadêmico uma formação adequada para prestar cuidados a um paciente no futuro, envolvendo o aprofundamento no conhecimento sobre o tema, contribuindo na construção profissional, gerando uma discussão temática que é pouco discutida, fazendo com que a enfermagem se aproxime mais de um tema que muitas pessoas conhecem e não sabem a devida condução do processo.

Desse modo, durante a formação a qualidade do atendimento deve ser passada esclarecidamente, possibilitando a compreensão dos acadêmicos, assim, evitando uma estrutura de profissional incapaz do atendimento a uma CE.

1.3 Hipótese

Diante disto, acredita-se que o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem relacionado aos cuidados imediatos a um indivíduo em CE ainda são insuficientes, pois as disciplinas cursadas abordam uma temática que é pouco discutida durante o período da formação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar as possíveis condutas e o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem frente a uma crise epilética.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil de uma crise epilética;
- Conhecer as principais condutas relacionadas à assistência durante uma crise epilética;
- Descrever quais métodos utilizados pelos acadêmicos para assistir um indivíduo durante uma crise epilética;
- Verificar a associação entre conhecimentos e condutas dos acadêmicos para assistir um indivíduo durante uma Crise Epilética.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Considerações Fisiopatológicas da Crise Epiléptica

O cérebro compreende os dois hemisférios cerebrais, direito e esquerdo. Os dois hemisférios cerebrais são incompletamente separados pela fissura longitudinal do cérebro, cujo assoalho é formado por uma larga faixa de fibras comissurais, denominada corpo caloso, principal meio de união entre os dois hemisférios. Os hemisférios possuem cavidades, os ventrículos laterais direito e esquerdo, que se comunica com o III ventrículo pelos forames interventriculares (MACHADO, 2006).

Cada hemisfério é formado por três pólos frontal, occipital e temporal; e três faces: face medial, plana e face inferior ou base do crânio, inativo anteriormente nos andares anterior e médio da base do crânio e posteriormente na tenda do cerebelo (MACHADO, 2006).

Quando o cérebro coordena uma atividade motora como movimento de uma mão, é disparado um impulso elétrico de baixa intensidade, onde irá percorrer pelas ramificações dos neurônios e por estações em que os impulsos necessitam de transporte químico, para que enfim essa informação chegue aos músculos das mãos, ocasionando em movimentos voluntários. Mas, se os neurônios disparam os mesmos impulsos sem a nossa autorização provocará movimentos involuntários nas mãos, que serão lançados a todo tempo de forma anormal, podendo ocorrer todos os dias, uma vez ao mês, ou uma vez ao ano, e quando estes disparos nos neurônios acontecem, ocorrem às crises epilépticas (FONSECA et al, 2004). As informações chegam e saem do cérebro por meio de impulsos nervosos que são difundidos através dos neurônios (COSTA et al, 2012).

O encéfalo é uma porção complexa do Sistema Nervoso Central (SNC) e ocupa o interior da caixa craniana. Está relacionado com atividades desde a razão e a inteligência até o controle da temperatura corporal e pressão sanguínea (SANTOS, 2002).

Entretanto, o encéfalo é protegido pelos ossos do crânio e pelas membranas do tecido conjuntivo. Membranas estas que são denominadas de meninges, separando o encéfalo e caixa craniana. As meninges são 3: dura-máter, aracnóide e pia-máter. A dura-máter é a membrana mais externa e a pia-máter a mais interna. A dura-máter e a

aracnóide são separadas por um espaço caracterizado de subdural. Já a aracnóide e a pia-máter são separadas pelo espaço subaracnóide, no qual circula o líquido cefalorraquidiano (MACHADO, 2006).

Durante o desenvolvimento embrionário, quando o tamanho do encéfalo aumenta rapidamente, a substância cinzenta do córtex aumenta com maior rapidez que a substância branca subjacente. Como resultado, a região cortical se enrola e se dobra sobre si mesma. Portanto, a superfície do cérebro do homem e de vários animais apresenta depressões denominadas sulcos, que delimitam os giros cerebrais. Os sulcos permitem considerável aumento do volume cerebral, sabendo que cerca de dois terços da área ocupada pelo córtex cerebral estão ocultas nos sulcos (AFIFI; BERGMAN, 2014).

O córtex cerebral corresponde à camada mais fina da substância cinzenta e a mais externa do cérebro, revestindo o centro branco medular de todo encéfalo. Diante disso, é uma das partes mais importantes do SNC. No córtex cerebral ocorrem impulsos nervosos que chegam de todas as vias de sensibilidade, deslocando impulsos que realizam e lideram os movimentos voluntários. Contudo o córtex é o local de representações simbólicas, o que ele recebe é processado e anexado, rebatendo com uma ação. É a sede de entendimento e da razão. Se por algum motivo não houvesse córtex não haveria linguagem, percepção, emoção, cognição e memória. No homem o desenvolvimento do córtex permitiu o desenvolvimento da cultura que, por sua vez, serviu de estímulo ao desenvolvimento cortical (SANTOS, 2002).

As CE são classificadas em dois principais critérios, segundo a Internacional League Against Epilepsy (ILAE), demonstrando a localização do foco epileptogênico e a etiologia. Primeiramente é definido que a atividade epileptiforme, manifesta-se ao longo da região cortical, por onde se iniciam as crises, ou acometendo ao mesmo tempo nos dois hemisférios, definindo as crises generalizadas. No segundo critério, as CE, definem-se como: idiopáticas quando se referem à hereditariedade, sintomáticas correspondem a uma série de conseqüências, como distúrbios cerebrovasculares, tumores, processos infecciosos, neuroparasitoses e traumas; e por último criptogênicas, que não pertencem ao grupo idiopático ou sintomático, sendo de etiologia indefinida (JESUS; NOGUEIRA, 2008).

3.2 Conduatas de Emergência frente a uma Crise Epiléptica

Geralmente as CE são curtas e autolimitadas, não precisam de atendimento emergencial. No entanto, um paciente com o diagnóstico de epilepsia pode estar sujeito ao início inesperado de crises prolongadas, dependendo de suas condições clínicas. Por essas razões, é necessário que o serviço tenha disponível o material de suporte avançado de vida e uma equipe profissional muito bem treinada (JESUS; NOGUEIRA, 2008).

A equipe deve estar alerta a condições que podem contribuir para o estado epiléptico, como: falta de adesão ao tratamento medicamentoso por parte do paciente; redução gradativa das drogas antiepilépticas pelo médico, para melhor observar os tipos de crise durante o tempo da monitorização e outros motivos, como lesões cerebrais e desequilíbrio neuroquímico (JESUS; NOGUEIRA, 2008).

O posicionamento correto do doente durante a crise convulsiva (posicionamento em decúbito lateral para facilitar a drenagem da saliva e evitar aspiração). Evitar entrar em pânico, propiciando ao doente um ambiente calmo e seguro. Deve observar e registrar a evolução dos sinais e sintomas na crise e não realizar qualquer tentativa para restringir a movimentação do doente, já que tal procedimento pode causar-lhe lesões, registrando também o início e duração da crise, onde começaram os movimentos ou se a postura é de rigidez, posição dos globos oculares e desvio da cabeça, tamanho das pupilas, avaliando o estado de consciência e verificar se houve incontinência de esfínteres e se após a crise verificar se há confusão, paralisia ou fraqueza muscular (CRUZ, 2007).

Durante uma CE o principal objetivo é prevenir traumatismos físicos ou psicológicos ao doente. A equipe deve explicar ao doente que deve tomar medidas de proteção contra possíveis traumatismos pelo que deve adotar uma posição que lhe garanta alguma segurança e conforto (CARVALHO; MARANHÃO; GOMES, 2011).

No entanto está contra indicado a abertura da boca durante a convulsão, pois poderá causar traumatismo no paciente e não inserir nenhum objeto dentro da cavidade bucal durante a crise, além de não tentar segurar a língua, somente deve lateralizar à cabeça sobre um objeto macio, de modo que a saliva escoar livremente. Posicionar o doente em decúbito lateral com a cabeça ligeiramente fletida para frente, permitindo a projeção da língua para evitar mordeduras. Não tentar impedir os movimentos. Manter a calma e proteger a cabeça do paciente. Manter as vias aéreas desobstruídas, durante a

convulsão. Deve proporcionar-se privacidade, conforto e repouso ao doente (JESUS; NOGUEIRA, 2008).

Após a crise deve-se manter o doente em decúbito lateral, para prevenir aspiração. Orientar o doente ao despertar, quanto ao ambiente que o rodeia. Administração de anticonvulsivante se prescrito. Registrar todos os acontecimentos antes, durante e após a convulsão (CRUZ, 2007; FERNANDES et al, 2010).

3.3 A enfermagem na Assistência a Epilepsia

Antigamente, os profissionais da área da saúde se preocupavam apenas com os sintomas, deixando de lado os aspectos de qualidade de vida de seus pacientes. Com a evolução das ciências médicas e sociais, passou a ser classificado também o impacto dessa patologia em todos os aspectos de vida do paciente isto é, abordando a qualidade de vida como um dos motivos influenciados pela doença (SOUZA et al, 2002).

Para a enfermagem, a realização da assistência na qualidade de vida do paciente, poderá identificar elementos de risco, onde deve ser elaborado um plano assistencial diferenciado e humanizado, realizando evoluções diárias e programar as explicações para a pós-alta, nas quais deverão ser registradas. Além disso, executar um papel de encorajamento, estímulo e conscientização a sua equipe operante sobre o valor da educação continuada e na análise das execuções de treinamento prático periódico (JESUS; NOGUEIRA, 2008).

A assistência de enfermagem relacionada à epilepsia é baseada no ensino, pelo que deve ser entendida sobre a epilepsia, aceitação do doente relacionado à doença, tratamento e medidas profiláticas para se prevenir possíveis complicações, orientar sobre a importância do uso dos medicamentos para a prevenção das crises e dos horários regulares para se tomar os medicamentos e explicar suas ações e efeitos, além da orientação a família e ao próprio paciente, onde o enfermeiro deve realizar campanhas e ensinar como socorrer uma vítima com CE, bem como esclarecer dúvidas e tentar acabar com o preconceito relacionado à epilepsia (AMATO et al, 2003).

Através da sistematização da assistência de enfermagem o enfermeiro será capaz de identificar fatores de risco, com o objetivo de formular um plano assistencial diferenciado e humanizado. Além do que, realizar evoluções diárias e planejar as orientações para a pós-alta (KLIEMANN, 2004).

A enfermagem baseia-se no cuidado e na sistematização da enfermagem, são usadas para planejar, executar e avaliar o cuidado, ferramentas fundamentais ao trabalho do enfermeiro prestado ao indivíduo. Com todos esses elementos apresentados, a enfermagem, ao executar seu trabalho deve compreender como o paciente se sente, pois o impacto da doença modifica completamente na qualidade de vida do indivíduo que irá conviver com crises, perdas de consciência, tratamento em longo prazo e supervisão médica (GARZON, 2002; TEIXEIRA, 2008).

A equipe de saúde, incluindo a enfermagem, é responsável por oferecer esclarecimentos à população sobre a doença, seus aspectos clínicos e cuidados com as pessoas que possuem essas necessidades, colaborando na elaboração de políticas públicas de saúde mais adequadas, favorecendo a inserção de pessoas com epilepsia na sociedade como um todo (KEDE; MULLER; GOMES, 2008).

O enfermeiro deve ser capaz de prestar o plano de cuidado de enfermagem que seja elaborado com ações para ajudar no cuidado e na qualidade do atendimento e formular medidas que visem às necessidades do paciente (BOSSA, 2002). E para garantir um ambiente seguro, o enfermeiro precisa entender o que está contribuindo para a segurança do paciente, família e comunidade proporcionando assim, melhores formas de cuidado (RASSI NETO et al, 2001).

O apoio psicológico está inserido positivamente na vida do indivíduo com epilepsia, pois a atuação profissional e familiar atua de forma a promoção e evolução do paciente, proporcionar assim, uma melhora significativa na qualidade de vida do sujeito com epilepsia visto que, trabalhar junto à família e cuidadores poderá colaborar com a atuação familiar que é importante para qualquer profissional que trabalhe no processo saúde doença (SHORVON, 2002; ROSALEN et al, 2010).

É fundamental que os profissionais tenham um olhar voltado às particularidades e proporcionem aos pacientes com epilepsia e suas famílias, orientações e informações adequadas para que estes possam executar o seu auto-cuidado. Desta forma, a enfermagem deve estar atenta ao paciente epilético, aos seus sentimentos e dúvidas, orientando quanto à importância de sua aceitação ao tratamento e o reconhecimento da doença crônica que é a epilepsia. Atuando na assistência e orientação dos profissionais cuidadores, familiares e pacientes quanto às precauções necessárias sobre as crises convulsivas. E, principalmente encorajá-los a seguir em frente (CRUZ, 2007).

A grande maioria dos familiares apresenta dificuldades em relatar os eventos de forma clara e objetiva logo no início da internação, por isso é recomendável ao enfermeiro aguardar o momento oportuno para a coleta de dados e acesso propedêutico (JESUS; NOGUEIRA, 2008). A coleta de dados deve ser composta pela anamnese, exame físico, levantamento de dados do prontuário, verificação de exames laboratoriais, como, raio-X, medicações, alergias e patologias (GOMES, 2006).

A realização de exames como o eletroencefalograma (EEG), na admissão, o enfermeiro deve permitir que o paciente e o acompanhante conheçam toda a equipe do serviço, orientá-lo sobre as etapas e as finalidades do exame, esclarecer dúvidas, e orientá-lo sobre as características da unidade hospitalar (BOSSA, 2002).

Para a enfermagem, esse exame proporciona informações que podem contribuir na elaboração de planos assistenciais, educativos e preventivos, focalizados ao estudo da epilepsia. O EEG é um ótimo instrumento de detecção de alguns aspectos comportamentais, bem como os fatores de risco (JESUS; NOGUEIRA, 2008).

Neste contexto, o enfermeiro possui uma oportunidade de exercer um papel de parceria com a equipe multiprofissional, no objetivo de beneficiar na qualidade de vida do cliente e sucesso da terapêutica clínica, e mais, fornecer o avanço científico da pesquisa de enfermagem. Isto requer da equipe multiprofissional bem capacitada uma observação e documentação precisas para que sejam estabelecidas as estratégias terapêuticas e assistenciais apropriadas (JESUS; NOGUEIRA, 2008).

3.4 Aspectos Sociais na Epilepsia

A rejeição social contra portadores de epilepsia começa, geralmente, na infância, por atitudes impróprias, mais comuns em pais menos informados e com consequências negativas no progresso dos filhos. Essa rejeição continua constante com teorias erradas de limitação, inteligência e de desempenho relacionadas à associação à epilepsia no ambiente de trabalho, tornando um elemento de dificuldade na obtenção e manutenção de empregos. Pois, conhecimentos inadequados sobre a epilepsia podem também levar a diminuir a auto estima pelo paciente, a dificuldades no relacionamento social e a menor participação nas atividades sociais, culturais e físicas (FONSECA et al, 2004).

Os meios de exclusão aparecem duramente nos momentos em que pessoas com epilepsia se põem em busca de elementos de realização pessoal, como a dignidade, o

respeito, o namoro, o lazer, o trabalho, o casamento e a qualidade de vida. Mas, a epilepsia, assim como as deficiências, precisa sair das sombras e ganhar uma significação de convivência harmoniosa. E, assim, superar a opinião atual da sociedade (MIZIARA; MIZIARA; MUÑOZ, 2011).

Pessoas com epilepsia apresentam até duas vezes mais chances de desemprego ou de se submeterem a subemprego quando comparadas com pessoas que não tenham epilepsia (MIZIARA; MIZIARA; MUÑOZ, 2011). Pois, o acesso a um mercado de trabalho está cada vez mais competitivo e intensificado pelo aumento do nível de desemprego, colocando as pessoas com algum tipo de desabilidade em posição desfavorável, mesmo que estejam profissionalmente capacitadas para o desempenho da atividade e que suas limitações, por si só, não constituam impossibilitando ao exercício das atividades propostas (SARMENTO; MINAYO-GOMEZ, 2000).

É provável que em nenhuma outra situação exerça ação tão devastadora na vida do epilético como em seus confrontos no ambiente de trabalho. Pois, a escolha da profissão, sentimentos de isolamento, discriminação, e dificuldades de obtenção de emprego contribuem para o insucesso terapêutico no controle das CE, formando um ciclo danoso ao paciente, impondo-lhe dependência econômica, interferindo na sua qualidade de vida, e o receio as CE transformando-o em uma pessoa insegura, medrosa e ansiosa, sendo levada a acomodação que o restringe na luta pelos seus direitos (SARMENTO; MINAYO-GOMES, 2000).

O trabalhador com epilepsia, quando isolado e desestimulado, não tem prazer em trabalhar e, muitas vezes, apresenta-se depressivo por se sentir desamparado e, ao mesmo tempo, obrigado a produzir constantemente. Mas, se a pessoa com epilepsia tem oportunidade de dialogar com profissionais da saúde e com os demais sobre seus anseios de bem-estar psicológico, ele consegue, muitas vezes, não só se sentir aliviado e com um conforto interno, mas, também, percebe que há pessoas com o propósito de cuidar. E, assim, o ambiente de trabalho se torna uma extensão de sua comunidade familiar, de modo que fique evidente a vontade do grupo empresarial em favorecer o desenvolvimento de todos (SHORVON, 2002; ROSALEN et al, 2010).

Diante disto, as empresas precisam criar um ambiente de trabalho com uma proposta ética de inclusão social, longe de visões preconceituosas. Os programas sociais e as campanhas das associações, ONG's (Organizações Não Governamentais) tentam incentivar mudanças nas relações sociais entre as empresas, entre o poder público e

relacionado a pessoa com epilepsia. Com as ações das ONG's, as empresas passam a mudar sua visão de contratação de funcionários. E isso, conseqüentemente, reflete no ambiente interno da empresa e até no comportamento dos demais trabalhadores. A ONG ASPE (Assistência à Saúde de Pacientes com Epilepsia), trabalha em benefício de mudanças nas relações entre as pessoas com e sem epilepsia (FERNANDES; LI, 2006).

Acima de tudo, é necessário humanizar os processos e representações sociais que cercam a vida da pessoa com epilepsia. É preciso corrigir as formas usadas para organizar os ambientes internos das empresas, onde as novas formas de organização devem gerar proximidade e não afastamento (MENEZES et al, 2006).

Entretanto, os trabalhadores com epilepsia querem viver sensações de realização profissional e pessoal não só na empresa, mas, também, em casa e na comunidade. Para isso, é preciso constituir visibilidade social e, ao mesmo tempo, estimular a autoestima e a motivação dessa pessoa (SARMENTO; MINAYO-GOMEZ, 2000).

Quando o trabalhador com epilepsia percebe que as ações dos médicos, das associações, das ONG's, das empresas, dos programas sociais e das campanhas são atitudes de cuidado, entendimento e respeito com o seu bem-estar, ele passa a querer contribuir com o processo. E, assim, conseqüentemente, o rendimento melhora, pois o trabalhador percebe na empresa uma perspectiva de desenvolver suas habilidades. E, dessa maneira, suas ações, se expressam em resultados aprimorados para a empresa. E esses resultados se tornam reflexos de uma atuação integral, dinâmica, desenvolvida e organizada (FERNANDES; LI, 2006).

3.5 Estigma e Preconceito ao Epiléptico

A epilepsia e o distúrbio mental foram estigmatizados, provocando efeitos que duram até os dias atuais. Deste modo, portadores da epilepsia são vítimas de preconceito, colaborando com que muitas pessoas se tornem resistentes para admitir o diagnóstico e iniciar ou continuar o tratamento adequado (FONSECA et al, 2004). Desta forma, o diagnóstico é um dos princípios mais importantes para cura da epilepsia (GONÇALVES, 2009).

A pessoa estigmatizada é vista como tendo uma característica contrária da aceita pela sociedade e é tratada de forma diferente pela comunidade, que exhibe conceitos errados e preconceituosos sobre o indivíduo epilético (FERNANDES; LI, 2006). Os

pacientes com epilepsia poderão desenvolver ou prolongar quadros psicóticos ficando sem tratamento se apenas nos preocuparmos com problemas sociais, psicológicos e aos transtornos mentais que cercam estes pacientes (BERRIOS, 2012).

De maneira geral, pode-se dizer que a epilepsia é uma das condições que mais afeta o comportamento e a qualidade de vida, não só da pessoa que tem epilepsia, mas também da família toda, especialmente devido ao estigma existente. Por isso, falamos que a epilepsia causa um impacto bio-psicosocial na vida das pessoas. Porém, este aspecto do estigma na epilepsia é pouco debatido, particularmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde superstições, atitudes negativas e falta de informação impedem a relação da comunidade com a epilepsia (FERNANDES; LI, 2006).

Ao invés de estigmatizar, ou seja, marcar uma pessoa com significado negativo é preciso intensificar a crítica contra os preconceitos e os meios de exclusão. Essa condição neurológica não pode ser tratada de modo banal, porque diz respeito ao cotidiano de grande parte da população mundial. Dom Pedro I, Napoleão Bonaparte, Machado de Assis e Joana D'arc, entre os exemplos, manifestavam crises de epilepsia. E isso comprova que a epilepsia não é sinônimo de ignorância, pouca inteligência ou inferioridade, mas que pacientes que tem epilepsia podem viver uma vida normal e conviver igualmente e juntamente a sociedade. No entanto, a sociedade, por meio da consciência equivocada, quer reprimir qualquer situação não-controlável, seja uma crise de epilepsia ou uma manifestação de esquizofrenia. A consciência equivocada apenas admite os ditos normais e, por isso, o diferenciado é considerado como inadequado diante de modelos de controle (BERRIOS, 2012).

A epilepsia não é uma doença mental, descobrir esta condição, poderá ocasionar o indivíduo á sentimentos de estresse, ansiedade, depressão, raiva e frustração, reações naturais as quais o epiléptico não é imune. Pois, além de conviver com tais sentimentos o epiléptico terá que conviver com a perda de consciência, tratamento em longo prazo e supervisão médica (CRUZ, 2007).

No entanto, poucas são as considerações sobre a mudança dos preconceitos em relação à epilepsia. Uma doença comum, que atinge diferentes pessoas de diferentes faixas etárias, raças e classe social, que infelizmente ainda hoje é marcada pelo prejulgamento, interferindo na compreensão real da doença, levando o epiléptico a sofrer rejeição de várias formas da sociedade (MOREIRA, 2004).

Deste modo, os aspectos sociais, culturais e históricos estão relacionados no surgimento e na permanência do preconceito em relação à epilepsia, que está cercada por avanços no que se refere ao aspecto médico, mas que continua refém do preconceito, prejudicando a melhoria dos padrões de ajustamento do epilético em seu ambiente social (MOREIRA, 2004). Contudo, é atribuída ao epilético uma incapacidade e deste modo o estigma da epilepsia, reduzindo suas aspirações de vida, aumentando suas auto-exigências quanto sua auto-depreciação (SARMENTO; MINAYO-GOMES, 2000).

É notável que o preconceito ao epilético foi traçado desde a antiguidade, não estando exclusivos nos dias atuais. A falta do esclarecimento sobre esta patologia continua como um dos fatores determinantes para o preconceito social, persistindo em algumas regiões do mundo, atitudes discriminatórias ao epilético, como existiam no passado (MOREIRA, 2004).

Quanto aos problemas sociais que o epilético enfrenta, acredita-se que a origem do preconceito se inicie no próprio ambiente familiar, onde são desenvolvidas fantasias referentes à doença, desencadeadas pelos próprios familiares, desde sentimentos emergentes de vergonha, ansiedade, frustração, desesperança e apreensão, provocam comportamentos vagos que vão da rejeição explícita a superproteção (MOREIRA, 2004).

3.6 Epidemiologia da Epilepsia

No mundo, a epilepsia é o transtorno neurológico mais freqüente e sério, que atinge 50 milhões de pessoas e em países desenvolvidos 40 milhões. Atingindo pessoas de todas as raças, sexos, condições socioeconômicas, sofrendo seqüelas profundas, incluindo morte súbita, ferimentos, transtornos mentais e problemas psicológicos. Sendo associado a problemas econômicos e sociais sendo, portanto um problema de saúde pública (NETO; MARCHETTI, 2005).

Avalia-se que a prevalência mundial da epilepsia seja em torno de 0,5% a 1,0% da população e 30% dos casos continuam a terem CE mesmo com o tratamento adequado. Entretanto, a incidência dos habitantes ocidentais é de cerca de 1 caso para cada 2.000 pessoas anualmente, com maior incidência nos primeiros anos iniciais de vida e progredindo novamente após os 60 anos de idade (BRASIL, 2010).

De acordo com dados coletados na cidade de Natal- RN, a incidência de pessoas com epilepsia é em torno de 194,31 casos para cada 100 mil habitantes, foram diagnosticados 26 casos de epilepsia em pacientes com até 14 anos de idade e 752 casos em pacientes acima de 15 anos. Na cidade de Mossoró- RN foram cadastrados 100 mil habitantes no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), onde a incidência de casos de epilepsia neste município é em torno de 149,78 no qual foram diagnosticados 20 casos em adolescentes com até 14 anos, e 342 casos de epilepsia em jovens-adultos acima de 15 anos (BRASIL, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 Tipo de Pesquisa

Foi realizada uma pesquisa de caráter descritivo, exploratória, com modelo de abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever características de pessoas, grupos e fenômenos no qual, todos os fatos são analisados, registrados, classificados e interpretados pelo pesquisador. Desta forma não poderá ocorrer modificações dos casos (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, permitindo ao investigador treinar sua experiência em torno de determinado problema, onde na maioria das vezes esse tipo de pesquisa envolve o levantamento bibliográfico (GIL, 2007; GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Já o método quantitativo é o cumprimento da quantificação, no qual pode ser nas modalidades de coleta de informações, como também no tratamento delas, por meio de técnicas estatísticas desde as mais fáceis de serem aplicadas, como percentual, média, como também coeficiente de correlação, análise de regressão etc. O método quantitativo defende resultados fidedignos, com o propósito de evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando segurança quanto às inferências (RICHARDSON, 2010).

A pesquisa qualitativa procura descrever o comportamento das variáveis e diversos eventos identificados com problema pesquisado (MARTINS; LINTZ, 2007).

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/ RN, que está em funcionamento desde Fevereiro de 2007, localizando-se na Avenida Presidente Dutra, nº 701 Alto de São Manoel, CEP: 59.628-000, no Município de Mossoró- RN.

A FACENE tem sua sede em João Pessoa, no Estado da Paraíba, implantando uma unidade em Mossoró- RN. O curso possui graduações de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia.

A Faculdade é composta por laboratórios, salas de aulas, biblioteca, setor de informática, uma área de convivência social, que inclui: auditório, sala de conferência, refeitório, capela e o Serviço de Ouvidoria.

4.3 População e Amostra

População pode ser definida como um conjunto de elementos que possuem delimitadas características (RICHARDSON, 2010). A amostra é composta por um subconjunto do universo da população, para que se estabeleçam as características entre si (GIL, 2010).

Os participantes da pesquisa foram os acadêmicos de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/ RN. Foram considerados alguns critérios de inclusão, como: ter mais de 18 anos, e estarem matriculados na graduação de enfermagem. No entanto, não participaram do estudo, aqueles que: estavam de licença médica, licença a maternidade, e os que se recusaram a participar da pesquisa, mesmo após os esclarecimentos que foram realizados sobre o estudo.

A população da pesquisa foi composta por acadêmicos da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/ RN, que já pagaram a disciplina de Urgência e Emergência contabilizando um total de 33 acadêmicos de enfermagem e/ou os que fizeram algum curso de primeiros socorros.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados utilizou de instrumento o questionário composto de perguntas abertas e fechada, que foi adaptado a partir do instrumento elaborado de (FONSECA et al, 2004). O questionário pode ser definido como a técnica de investigação composta por questões apresentadas por escrito às pessoas, considerando-se por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas (GIL, 2010).

A coleta de dados através do questionário revela suas vantagens e desvantagens, podemos informar como vantagens: a probabilidade de atingir um grande número de entrevistados, os gastos são menores em relação a outros métodos de coleta, devido a não necessitar de treinamento para os pesquisadores, garante o anonimato das respostas,

permitindo ser respondido no momento conveniente e requer menos tempo para as respostas. Como desvantagens podem citar a eliminação de pessoas que não sabem ler ocasionando com isso um resultado menos verídico, impede o auxílio de informante para não influenciar na resposta, impõem resultados críticos em relação à subjetividade, pois cada item pode representar uma interpretação diferente para cada pessoa (GIL, 2007).

A coleta de dados foi relacionada com todo o trabalho diante do problema proposto a solucionar, da hipótese e dos objetivos proposto.

4.5 Procedimentos para Coleta de Dados

A partir da aprovação pelo Comitê de Ética e pesquisa da FACENE sob o protocolo 74/2017 e CAAE: 66835517.7.0000.5179, a entrevista semiestruturada foi aplicada de acordo com a disponibilidade dos acadêmicos, que concordaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Conforme preconizado pela resolução 466/12.

O questionário foi executado após aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconizado pela resolução 466/12. O mesmo foi obtido após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE – FAMENE João Pessoa-PB e encaminhamento de Ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE Mossoró-RN.

Com relação ao procedimento que foi realizado, foram esclarecidos aos participantes da pesquisa sobre o questionário e o objetivo da pesquisa, que foram explicados antes da realização da mesma e os acadêmicos foram avisados sobre o direito de desistência da pesquisa, sem adquirir nenhum dano, onde o pesquisador associado foi o único responsável pela coleta dos dados, utilizando o instrumento de coleta de dados.

Portanto, para manter o sigilo das informações confidenciais e o anonimato, os participantes foram identificados como acadêmicos seguidos do número arábico sequencial de 1 a 33.

4.6 Análises dos Dados

Os dados coletados foram analisados e organizados de acordo com as modalidades de análise temática de conteúdo apresentadas pela teoria de Bardin. Segundo Marconi e Lakatos (2010), análise de conteúdo trabalha palavra, consideram as significações do conteúdo, forma como está distribuída, trabalha as expressões e a manipulação do conteúdo.

Análise de conteúdo se trata de um conjunto de técnicas de pesquisa que utiliza um processo sistemático e objetivo com o intuito de esclarecer dúvidas e progredir com a leitura de dados que se organiza em três etapas. A primeira etapa é a pré-análise que se caracteriza pela organização do material, o tornando operacional para análise. Para a exploração do material, é constituída a segunda fase, onde é necessário definir categorias e identificar unidades de registro e contexto nos documentos, dessa forma haverá ou não a interpretação ou interferência do material. A terceira etapa é o tratamento dos resultados, interferência e interpretação, neste momento ocorre à concentração dos dados exigindo suspeita, análise reflexiva e crítica do pesquisador (BARDIN, 2009).

Já os dados quantitativos foram expressos em média e desvio padrão, bem como valores mínimos, máximos, frequência simples e porcentagem através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Para identificar diferenças entre as condutas adequadas de acordo com as diretrizes de atendimento a Crise Epiléptica, frente às diferentes variáveis estudadas do conhecimento sobre a epilepsia, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado (χ^2) para proporções homogêneas. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

4.7 Aspectos Éticos

Durante a coleta e análise dos dados obtidos foram obedecidas às prerrogativas da resolução número 466/2012 que segundo o Conselho Regional de Enfermagem (2007), trata-se das diretrizes e normas reguladoras da pesquisa com seres humanos, também usaremos a resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que aprovou a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem.

Diante disso pode-se dizer que a pesquisa proporcionou a sociedade, os profissionais, pesquisadores e acadêmicos um conhecimento mais aprofundado diante do assunto proposto.

Contudo, a pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo: constrangimento, medo em responder, invasão de privacidade e cansaço em responder os questionamentos. No entanto, os benefícios superam os riscos, pois os mesmos contribuem para a produção de conhecimento profissional, como também ampliar os conhecimentos dos usuários a qual se interesse pelo assunto. Ex: acadêmicos de enfermagem.

4.8 Financiamentos da Pesquisa

A pesquisa foi financiada pela pesquisadora associada, com a plena ciência de sua responsabilidade diante de todos os custos para a elaboração da pesquisa. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN disponibilizou referências contidas na sua biblioteca e computadores, como também o orientador para a elaboração do projeto e a banca examinadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Dados quantitativos dos conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem na crise epiléptica.

Na tabela 1 abaixo são apresentados o perfil dos acadêmicos que participaram da pesquisa relacionada ao sexo, período de graduação, cursa ou se já cursaram alguma disciplina que abordasse o atendimento a uma crise epiléptica e se trabalha na área da saúde.

Tabela 1—Valores de frequência simples e porcentagem do perfil dos participantes da pesquisa.

Variáveis	Freq.	%
Sexo		
Masculino	03	9,1
Feminino	30	90,9
Período de graduação		
P1	03	9,1
P3	17	51,5
P4	09	27,3
P6	01	3,0
P7	03	9,1
Trabalha na área da saúde		
Sim	15	45,5
Não	15	45,5
Já trabalhei	03	9,1

Fonte: Pesquisa de campo (2017)

Assim, percebendo-se que o sexo masculino mostra certa inferioridade de valor comparado ao sexo feminino demonstrando que até hoje a mulher ocupa maior espaço na enfermagem, concentrando-se maior avaliação no terceiro período de graduação, tendo a proporção dos que trabalham e não trabalham semelhantes.

A enfermagem abrange um espaço de trabalho para homens e mulheres, pois deixou de ser uma profissão onde apenas o sexo feminino se enquadra no perfil de trabalho para incluir também o sexo masculino, repercutindo socialmente com base no preconceito ao homem como enfermeiro. Seguindo que como a história da enfermagem

teve início com mulheres, até hoje existe certo preconceito com homens enfermeiros (FERNANDES; LI, 2006).

Em relação à tabela 2 estão às respostas a questões sobre os conhecimentos e atitudes sobre epilepsia.

Tabela 2–Valores de frequência simples e porcentagem sobre conhecimentos e atitudes dos acadêmicos em relação à epilepsia.

Variáveis	Freq.	%
Presenciou uma crise epiléptica		
Sim	20	60,6
Não	13	39,4
Conhece alguém com epilepsia		
Sim	26	78,8
Não	07	21,2
Empregaria alguém com epilepsia		
Sim	29	87,9
Não sei informar	04	12,1
O profissional de saúde deve ter conhecimento amplo sobre crise epiléptica		
Sim	33	100,0
Não	0	0,0

Fonte: Pesquisa de campo (2017)

Nota-se que a quantidade de crises epilépticas que os alunos presenciaram equivaleu-se significativamente em relação aos entrevistados que não presenciaram, mostrando que a maioria dos pesquisados conheciam alguém com epilepsia referente aos que não conheciam, e os que concordaram que empregariam algum indivíduo epiléptico superaram aqueles que não souberam informar. Além disso, todos os acadêmicos concordaram que o profissional de saúde deve ter conhecimentos amplos sobre a epilepsia.

Para o atendimento ao epiléptico o enfermeiro ou outro profissional da saúde devem ter conhecimentos abrangentes acerca da epilepsia, gerando uma assistência de qualidade na vida do paciente, identificando elementos de risco, elaborando um plano assistencial diferenciado e humanizado, realizando evoluções diárias e programar as explicações para a pós-alta, nas quais deverão ser registradas. Além disso, executar um papel de encorajamento, estímulo e conscientização a sua equipe operante sobre o valor

da educação continuada e na análise das execuções de treinamento prático periódico (BERRIOS, 2012).

Entretanto, na tabela 3 os acadêmicos demonstraram conhecimentos e condutas apropriadas, visto que durante a crise a maior preocupação dos entrevistados era em colocar toalha ou casaco em baixo da cabeça e afastar objetos perigosos que poderiam machucar o indivíduo e após uma crise epilética a atitude é deixar o paciente descansar. As respostas foram significativas para os resultados e os conhecimentos que eles apresentam sobre a epilepsia eram coerentes com a literatura.

Tabela 3- Valores de frequência simples e porcentagem das condutas dos acadêmicos em relação às crises epiléticas.

Variáveis	Freq.	%
Durante uma crise		
Colocar álcool para cheirar	0	0,0
Colocar toalha ou casaco abaixo da cabeça e afastar objetos que possam machucá-lo	29	93,5
Segurá-lo, contendo-o	01	3,2
Manter-se longe	0	0,0
Introduzir algo em sua boca	01	3,2
Após uma crise		
Forçar o indivíduo a comer	0	0,0
Fazê-lo exercitar	0	0,0
Deixá-lo descansar	31	93,9
Nenhuma das opções	02	6,1
A epilepsia no seu conhecimento		
É doença contagiosa	0	0,0
Pacientes com epilepsia podem levar vida normal	25	78,1
Todos os pacientes com epilepsia possuem dificuldades mentais	0	0,0
Devemos dar dose extra do remédio quando ocorrer uma crise	0	0,0
Epilepsia tem tratamento, mas não tem cura	07 *	21,9

Fonte: Pesquisa de campo (2017)

A tabela acima será discutida associando os dados da tabela 4.

A tabela 4 nos mostra a quantidade de acadêmicos que obtiveram sucesso nas respostas, identificando assim seus erros e acertos. Nas variáveis, grande porcentagens dos respondentes realizaram uma técnica adequada, superando os valores de porcentagens erradas.

Tabela 4 – Valores de frequência simples e porcentagem da quantidade de procedimentos corretos.

Variáveis	Respondentes que fizeram Técnica		
	Certo %	Errado %	p-valor
Durante uma crise epiléptica: deve-se colocar toalha ou casaco abaixo da cabeça e afastar objetos que possam machucá-lo	29 (93,5)	02 (6,5) **	<0, 001*
Após uma crise: deixá-lo descansar	31 (93,9)	02 (6,1)	<0, 001*
O profissional de saúde deve ter conhecimento amplo sobre CE: sim	33(100,0)	0 (0,0)	-
A epilepsia no seu conhecimento: pacientes com epilepsia podem levar vida normal	25 (78,1)	07 * (21,9)	<0, 001*

* Diferença estatística ($p < 0,05$ - Qui-quadrado para proporções homogêneas).

De acordo com Kruger et al (2015) durante uma crise epiléptica coloque um travesseiro, cobertores ou outro material macio sob a cabeça do indivíduo a fim de impedir traumas futuros, retirando do seu alcance objetos que possam vim a machucá-lo. Contudo, não restringir a movimentação, porque a força do movimento tônico-clônicos do paciente contra as restrições podem provocar dor muscular ou até mesmo deslocamento articular.

Além disso, quando a convulsão terminar, a pessoa pode estar sonolenta e confusa, com dores insuportáveis pelo corpo, falando coisas sem sentido ou apenas querendo dormir. Depois disso, é preciso deixar a pessoa descansar o suficiente para se recuperar da crise (KRUGER et al, 2015).

Para Costa et al (2012) é preciso que o profissional resgate a empatia como atributo e adquira inúmeros conhecimentos para que ele aceite as limitações e possa compreender melhor o outro, lhe prestando os devidos e corretos cuidados, sobretudo, através do exercício de se colocar no lugar do cliente podendo integrar-se melhor a certas situações.

Conforme Barros (2012) os pacientes epiléticos apresentam alta frequência de distúrbios emocionais, os quais nem sempre estão associados à gravidade de seu quadro clínico, mas, constantemente, à dificuldade de aceitar o próprio diagnóstico e algumas restrições que as crises causam.

Berrios (2012) relata que apesar de certas limitações o epiléptico pode estudar trabalhar, casar-se e realizar atividades habituais como futebol, vôlei, basquete, tênis, ginástica de solo e corrida, mas mesmo com as crises controladas não devem ingerir bebidas alcoólicas, fazer uso de drogas, realizarem atividades como natação em mar aberto, rios ou lagos, mesmo sob supervisão. São contra indicados também esportes em alturas como ginástica em barra, alpinismo, escalada, vôo com asa delta entre outros. Atividades estas a qual o indivíduo é restringido a fazer, mas que não o impede em nenhum momento de viver uma vida normal como cidadão, basta apenas seguir o tratamento de acordo com seu médico.

5.2 Dados qualitativos dos conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem frente às condutas ao indivíduo em crise epiléptica

Neste item os dados qualitativos são apresentados em categorias de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin. Assim, foram desenvolvidas as seguintes categorias, sendo elas: conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem sobre a epilepsia e quais condutas mediante o paciente em crise epiléptica.

Para se ter a garantia total do anonimato dos participantes da pesquisa foram utilizados pseudônimos como ACADÊMICO.

5.2.1 Conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem sobre a epilepsia.

A epilepsia é a condição neurológica grave, que atinge a condução elétrica do cérebro. Esta condição envolve uma descarga neural anormal, excessiva e situada no córtex cerebral apresentando crises epilépticas (CE), que atuam envolvendo espasmos musculares, disfunção cerebral, variações neurológicas, sociais e cognitivas que levam ao acréscimo ou recorrência da viabilidade de crises (BRASIL, 2013).

Das questões relacionadas ao conhecimento que os acadêmicos tinham sobre a epilepsia em alguns casos os acadêmicos 2, 21,22 e 28 demonstram um conhecimento limitado e superficial dos eventos fisiopatológicos da epilepsia. Entretanto, percebe-se que na fala do acadêmico 24 detêm de um conhecimento mais amplo e detalhado, trazendo uma caracterização mais específica sobre o que realmente é a epilepsia. Em alguns casos foram notados a existência de dúvidas dos participantes ao responderem

essa questão, demonstrando insegurança sobre o assunto proposto e desinteresse em responder o questionário.

“Doença neurológica que dá uma sobrecarga no sistema nervoso central, causando espasmos musculares.”
ACADÊMICO 24

“Crises epiléticas repetidas.” ACADÊMICO 2

“É uma descarga elétrica que ocorre no sistema nervoso central, que faz a pessoa se debater durante uma crise.”
ACADÊMICO 21

“É um excesso de descargas elétricas no cérebro, causando as CE.” ACADÊMICO 22

“É doença na qual o indivíduo apresenta crises.”
ACADÊMICO 28

É importante analisar historicamente o reconhecimento da epilepsia, uma vez que esta é uma patologia que envolve mitos, medos de contaminação e estigmas pela população. Onde em algumas pesquisas foram relatadas que a população afirma que o contato com a saliva do paciente possa ocorrer contaminação, mas de maneira alguma torna a outra pessoa epilética. No entanto, a saliva pode transmitir muito raramente algumas doenças infecciosas. Por isso, não é recomendado o contato desnecessário com a saliva de um desconhecido sem mecanismos de proteção. Para alterar o quadro atual, discriminatório da epilepsia, é importante a educação da população, e em particular, dos profissionais da área da saúde devido ao efeito multiplicador de conhecimentos e atitudes gerados pelas suas ações (COSTA et al, 2012).

Concluindo que a epilepsia é ainda mal entendida, levando ao segredo, estigmatização e risco de penalidades sociais e legais (BARROS, 2012).

A epilepsia não foi rotulada como contagiosa por nenhum aluno entrevistado demonstrando um conhecimento inverso de tempos passados onde se existia falta de conhecimentos e as repercussões negativas para com os pacientes epiléticos. É interessante notar que o caráter “contagioso” da epilepsia, que fez parte da história dos preconceitos, não seja mais aceito entre os indivíduos estudados.

“Doença não contagiosa, que com tratamento diminui as crises. Em alguns casos até pode ficar boa.” ACADÊMICO 10

“Que ela não é uma doença contagiosa, são crises que leva o indivíduo a ficar inconsciente por alguns min. ou seg.”
ACADÊMICO 19

“É uma doença não contagiosa, o paciente volta meio desorientado, outros bastantes sonolentos devido as contrações musculares.” ACADÊMICO 29

O tratamento da epilepsia tem como objetivo bloquear as crises, eliminando a atividade anormal do cérebro, a fim de assegurar boa qualidade de vida para o paciente. Entretanto, não só as crises precisam ser tratadas, o indivíduo epilético precisa ser olhado por um ângulo psicológico e social e um tratamento amplo parece ser o caminho para este novo século (COSTA et al, 2012).

O sucesso do tratamento depende basicamente do paciente que precisa fazer uso regular da medicação por algum tempo, não necessariamente por toda a vida. Ele precisa entender sua condição, saber que medicação está usando e quais são seus efeitos colaterais. É importante manter o acompanhamento médico para o controle das crises e possibilitar uma vida regular (BRASIL, 2013).

Pacientes com epilepsia podem e devem viver normalmente e serem inseridos completamente na sociedade, ou seja, devem trabalhar, estudar, praticar esportes e se divertir, tornando assim uma vida saudável e normal desde que as crises sejam controladas com tratamento e medicação certas (COSTA et al, 2012).

De acordo com os entrevistados a epilepsia tem um tratamento adequado onde irá beneficiar o indivíduo epilético, interrompendo as crises, crises essas que podem ocorrer em qualquer horário ou local, mas que não o impede de viver normalmente. É relevante mencionar que o conhecimento que os entrevistados têm em relação ao tratamento da epilepsia é insuficiente e resumido. Mas que retratam que a epilepsia com o tratamento adequado pode-se viver normalmente, socialmente, com a família devendo-se sempre ter respeito e apoiar o epilético.

“(…) que pode ser controlada por remédios podendo ser controlada as crises.” ACADÊMICO 8

“Doença que o indivíduo pode viver normalmente (…)”
ACADÊMICO 9

“(…) mas que não impede que o indivíduo tenha uma vida normal (…)” ACADÊMICO 16

“(...) apesar de suas complicações pode ser tratada e o paciente pode levar uma vida normal socialmente, na família e em outros aspectos.” ACADÊMICO 20

“Que o paciente deve ter vida normal e que Epilepsia é uma doença na qual devemos ter respeito pela pessoa portadora.” ACADÊMICO 23

“Doença que tem tratamento e paciente pode levar uma vida normal.” ACADÊMICO 27

“Que são ataques que podem acontecer a qualquer horário tendo tratamento para amenizar as crises.” ACADÊMICO 33

Uma CE pode trazer danos irreversíveis na vida do epilético como risco de morte, embora isso seja muito raro de acontecer. O risco de morte durante uma crise é consideravelmente maior quando esta se tem duração superior a trinta minutos. Pacientes que apresentam crise superior a trinta minutos devem sempre ser conduzidos a um serviço de emergência para serem medicados e para a realização de alguns exames. A maior parte das pessoas que morrem durante uma CE não morre diretamente devido ao fenômeno epilético, e sim de forma indireta causada por acidentes, traumatismos cranianos ou complicações como as pneumonias aspirativas maciças (BARROS, 2012).

Por isso, se fazem necessários um atendimento e orientações de qualidade. Das 33 respostas apenas um dos acadêmicos apontou que se pode existir o risco de morte na epilepsia.

“(...) fazendo com que o paciente sofra de crises onde a mesma pode ser fatal.” ACADÊMICO 30

De acordo com Brasil (2013) de forma geral, deve-se considerar que um indivíduo com CE recém diagnosticadas tem aproximadamente 70% de chance de tê-las controladas com a medicação. Existem vários medicamentos anti-epiléticos disponíveis no mercado brasileiro. Destes, cerca de 40% conseguirão retirar a medicação após um período de 2-5 anos. Os pacientes com crises não responsivas à medicação têm ainda a opção do tratamento cirúrgico.

Os entrevistados apresentaram explicações que não convêm com a literatura, tendo em vista que os acadêmicos devem pesquisar e obter mais conhecimentos relacionados à cura da epilepsia, pois os mesmos detêm de um pensamento irrelevante, reduzido e falso.

“(...) pode ser tratada com medicação e não tem cura.”
ACADÊMICO 7

“(...) não tem cura(...)” ACADÊMICO 29

“(...) tendo tratamento para amenizar as crises e não tem cura.” ACADÊMICO 33

Faz-se necessário a alteração atual, discriminatório e estigmatizado da epilepsia, sendo importante ressaltar a educação da população e em particular dos profissionais e estudantes da área da saúde mediante ao efeito multiplicador de conhecimentos e atitudes gerados pelas suas ações formando assim um impacto positivo a respeito da epilepsia (BERRIOS, 2012).

5.2.2 Condutas dos acadêmicos mediante o paciente em crise epiléptica

Alguns cuidados são importantes devendo-se sempre ser mantida a calma durante o atendimento a um indivíduo em crise epiléptica, e realizar condutas tais como afastar objetos que estiver ao redor para que não se machuque, proteger o paciente de ferimentos no crânio ou no corpo, colocando-o em decúbito lateral para facilitar a expulsão da saliva excessiva. Esperar a crise passar e deixar a pessoa descansar, possa ser que durma, e se isso acontecer deixe-a pelo tempo em que sentir necessidade (BERRIOS, 2012; BRASIL, 2013).

Com tudo percebe-se a importância de continuar buscando conhecimentos mesmo após a formação para que os indivíduos com epilepsia tenham uma melhor forma de abordagem, onde o profissional deve manter a calma para poder melhor orientar o epiléptico em relação a sua doença ou prestar um atendimento diferenciado e de qualidade (BARROS, 2012).

Dos acadêmicos que responderam a esta questão todos atentaram principalmente para o cuidado com o paciente evitando que se machuque durante a crise, além disso, alguns acrescentam a importância da lateralização da cabeça podendo-se assim serem evitados possíveis traumas.

“Afastar os objetos da pessoa e forrar a cabeça para não bater contra o chão ou objetos.” ACADÊMICO 3

“Afastar todos os objetos para o indivíduo não se machucar.” ACADÊMICO 11

“Devemos proteger a cabeça desse paciente, afastar objetos para não machucá-lo e deixar o mesmo passar pela crise e se acalmar.” ACADÊMICO 12

“Deitar o paciente em local confortável, virar a cabeça para o lado e afastar tudo que possa oferecer risco.” ACADÊMICO 25

“Lateralizar a cabeça do paciente e esperar passa a crise (...)” ACADÊMICO 26

“Me certifico de que é uma CE, presto atendimento lateralizando a cabeça do indivíduo(...)” ACADÊMICO 32

Ao abordar um indivíduo em CE jamais tente manter a boca dele aberta ou colocar a mão dentro da mesma, pois uma vez que a mandíbula do paciente está rígida, não tentar forçar com a colocação de qualquer objeto durante a crise porque pode quebrar os dentes do paciente e/ou provocar outra lesão (BRASIL, 2013).

Em alguns questionários foram observadas diferenças relacionada às condutas prestadas em relação à inserção de algum objeto na boca do indivíduo. O acadêmico 30 demonstra conhecimento e conduta errônea oferecendo riscos ao epilético. Entretanto percebe-se que na fala dos acadêmicos 16 e 31 realizam uma conduta coerente.

“(...) não tentar colocar os dedos na boca do paciente.”ACADÊMICO 16

“(...) e não colocar nada na boca.” ACADÊMICO 31

“(...) em seguida colocar um objeto entre os dentes para o mesmo não morda a língua e asfixie e esperar a crise passar.” ACADÊMICO 30

Em casos onde indivíduo apresente riscos de presença de CE na presença de familiares deve-se orientá-los sobre o posicionamento e medidas de conforto. Se a crise durar mais do que cinco minutos continuamente, os familiares devem ser instruídos a comunicar imediatamente um serviço de atendimento a urgências e emergências (BARROS, 2012).

Diante disto, durante o atendimento a uma crise o principal objetivo é prevenir traumatismos físicos ou psicológicos. A equipe deve explicar ao doente que deve tomar medidas de proteção contra possíveis traumas, adotando uma posição que lhe garanta alguma segurança e conforto (CARVALHO; MARANHÃO; GOMES, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condutas dos acadêmicos e de profissionais da saúde devem promover o ensino, para proporcionar ao epiléptico o conhecimento sobre sua doença, prevenindo novas e possíveis crises e complicações relacionadas a esta patologia, evitando assim, fatores antecipados, e adaptar a vida normal do epiléptico a sua doença.

Os objetivos deste trabalho foram alcançados, e os conhecimentos e condutas realizadas pelos acadêmicos foram analisados, e de acordo com os dados coletados durante esta pesquisa, as condutas dos entrevistados ao paciente com epilepsia estão voltadas para a proteção do paciente durante a crise epiléptica, evitando possíveis traumas. Os objetivos propostos foram atingidos, e foi constatado durante toda a coleta que muitos acadêmicos possuíam uma técnica correta permitindo uma abordagem precisa de acordo com seus conhecimentos.

Ao refletir sobre o saber dos acadêmicos sobre a epilepsia, é relevante mencionar que existe certo conhecimento, não tão detalhado a respeito da epilepsia e o que realmente ela causa. Assim, foi percebido que as respostas dadas pelos acadêmicos ocorreram com insegurança e medo em responder, pois os mesmos se questionavam a respeito de suas condutas ou conhecimentos se estavam corretos ou coerentes com a literatura, mediante o que se estava acontecendo com o indivíduo.

Com isso, a instituição poderia realizar palestras sobre o atendimento a uma crise epiléptica, como por exemplo, de que maneira seria uma abordagem correta e focando também o saber de que todas as convulsões são características da epilepsia e não a epilepsia uma característica da convulsão. Palestras essas que seriam úteis em relação às dificuldades demonstradas pelos acadêmicos no questionário.

Contudo, esta pesquisa tem o propósito de contribuir para que se tenham mais pesquisas nesta área da saúde, fortalecendo o saber no meio acadêmico e auxiliando nos estudos futuros relacionados à epilepsia.

REFERÊNCIAS

- AFIFI, A. K; BERGMAN, R. A. **Neuroanatomia Funcional: texto e atlas**. 2. ed. São Paulo: Roca,2014.
- AMATO, A. A; CHOULT, E; SAMPAIO, M. C; AUCÉLIO, C. N; MELO, A. N. Classificação de crises epiléticas de crianças com base na descrição clínica dos pais ou responsáveis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.61, n.2B, jun, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000300015. Acesso em: 07 ago. 2016.
- BARBOSA, S. P; OLIVEIRA, A. D. A epilepsia na estratégia saúde da família: assistência sob a ótica do paciente. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Minas Gerais- MG, v.2, n.3, 2012. Disponível em:<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/229>. Acesso em: 13 set. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed.70. Lisboa, Portugal, LDA, 2009.
- BARROS, L. H. C. Psicoses na Epilepsia. **Rev. Psiquiatria, Psicologia e Justiça**. Porto, Portugal, mar, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/Filho/Downloads/Psicoses_na_Epilepsia.pdf. Acesso em: 13 set. 2016.
- BERRIOS, G. E. Epilepsia e insanidade no início do século XIX-história conceitual. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**, São Paulo, v.15, n.4, dez, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2330/233025245011.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.
- BOSSA, N. A. **Fracasso escolar: um olhar psicopedagógico**. Porto Alegre: Artmed, 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000300010. Acesso em: 13 set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção a Saúde. Consulta pública nº 23 de 10 maio de 2010. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/cop0023_10_05_2010.html. Acesso em: 07 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº 1.319, de 25 de novembro de 2013. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia (PCDTE)**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1319_25_11_2013.html. Acesso em: 24 maio de 2017.
- CARVALHO, P. E; MARANHÃO, M. V. M; GOMES, E. A. Epilepsia e Anestesia. **Rev. Bras. Anesthesiol**. Recife/PE, v.61, n.2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n2/v61n2a13.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2016.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-39-34-2007-02-09-311>. Acesso em: 07 ago. 2016.

COSTA, A. R. et. al. Epilepsia e os fármacos mais utilizados no seu tratamento. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína- TO, v.5, n.3, jul. 2012. Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/53/4.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2016.

CRUZ, D. M. **Um “olhar” da enfermagem sobre os pacientes com epilepsia**. Unilasalle, Canoas, 2007. Disponível em: http://biblioteca.unilasalle.edu.br/docs_online/tcc/graduacao/enfermagem/2007/dmcruz.pdf. Acesso em: 07 ago. 2016.

FERNANDES, Paula Teixeira; LI, Min Li. Percepção de Estigma na Epilepsia. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v.12, n, 4, p.207-218, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-26492006000700005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 ago. 2016.

FERNANDES, Paula T; KANASHIRO, Ana Lúcia A. Noronha; GIMENEZ, Pablo; LING, Li Hui; COAN, Ana Carolina; LI, Li M. Relatório do VIII Encontro Nacional de Associações e Grupos de Pacientes com Epilepsia. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v.16, n.3, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492010000300008. Acesso em: 05 set. 2016.

FONSECA, Lineu Correa; TEDRUS, Glória; COSTA, Ana Carolina Freitas; LUCIANO, Paulo Queiroz; COSTA, Katia Cristina. **Conhecimento e atitudes sobre epilepsia entre universitários da área da saúde**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v.62, n.4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n4/a25v62n4.pdf>. Acesso em: 05 set. 2016.

GARZON, E. Epilepsia Refratária: Conceito e Contribuição das Novas Drogas Antiepilépticas e de outras Modalidades Terapêuticas. **Rev. Neurociências**, v.10, n.2, 2002. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2002/RN%2010%2002/Pages%20from%20RN%2010%2002-3.pdf>. Acesso em: 05 set. 2016.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social: pesquisa descritiva**. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 2010.

GOMES, M. M. **História da Epilepsia: Um ponto de Vista Epistemológico**. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, Rio de Janeiro, v.12, n.3,

2006. Disponível em:

<http://vufind.uniovi.es/Record/oai%3Aadoaj.org%3A6c6ab2e84d5a4e5088219ded9458c91c>. Acesso em: 05 set. 2016.

GONÇALVES, M. V. R. **Processamento de dados em aquisição simultânea de EEG/IFRM**. Lisboa: Faculdade de ciências e tecnologia, 2009. Disponível em: <http://docplayer.com.br/10605400-Processamento-de-dados-em-aquisicao-simultanea-de-eeg-ifrm.html>. Acesso em: 05 set. 2016.

JESUS, M. B. P; NOGUEIRA, O. V. Assistência de Enfermagem aos Pacientes sob Investigação de Epilepsia Submetidos ao Vídeo- EEG Prolongado. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492008000400006. Acesso em: 05 set. 2016.

KEDE, Jorge; MULLER, Vanessa Teixeira; GOMES, Marleide da Mota. Atenção Primária à Saúde e Epilepsia: revisão na literatura. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v.14, n.4, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/244929031_Atencao_primaria_a_saude_e_epilepsia_revisao_de_literatura. Acesso em: 05 set. 2016.

KLIEMANN, F. A. D. Epilepsia In: DUCAN, Bruce B. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Acesso em: 09 nov. 2016.

KRUGER, A. R. et al. **Simulação realística dos primeiros socorros em convulsões: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem**. Editora da CESUCA. Cachoeirinha- RS, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Filho/Downloads/956-3620-1-PB.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2016.

LIMA, C. C; POLES, K; MARQUES, S. M. Cuidados de Enfermagem a crianças em crises convulsivas. **Rev. Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 3, 2011. Disponível em: <https://www.radardaprimeirainfancia.org.br/convulsao-como-cuidar/>. Acesso em: 09 nov. 2016.

MACHADO, A. B. M. **Neuroanatomia Funcional**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas. 2007.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E.M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, G. A.; LINTZ, A. **Guia para Elaboração de Monografias e Trabalhos de Conclusão de Curso**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MENEZES, S. M. et. al. Epilepsia e Desordens de Malformação do Desenvolvimento Cortical. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, Curitiba, v.12, n.3,

2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492006000500007. Acesso em: 09 nov. 2016.

MIZIARA, C. S. M. G; MIZIARA, I. D; MUÑOZ, DANIEL ROMERO. Epilepsia e Trabalho: quando a epilepsia deve ser considerada incapacitante? **Saúde, Ética & Justiça**, v. 16, n.2, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/viewFile/45883/49486>. Acesso em: 09 nov. 2016.

MOREIRA, S. R. G. Epilepsia: concepção histórica, aspectos conceituais, diagnóstico e tratamento. **Mental**, Barbacena, ano 2, n. 3, nov, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000200009. Acesso em: 09 nov. 2016.

NETO, Jose Gallucci; MARCHETTI, Renato Luiz. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. **Rev. Bras Psiquiatria**, v. 27, n 4, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400013. Acesso em: 09 nov. 2016.

ROSALEN, C. et. al. **Epilepsia na Infância e Adolescência**: Um estudo bibliográfico, 2010. Disponível em: <https://www.unochapeco.edu.br/static/data/portal/downloads/1332.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2016.

RASSI NETO, A. et. al. Tratamento Cirúrgico das Epilepsias. **Rev. Neurociências**, v.9, n.3, 2001. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-6.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2016.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: Métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082014000100001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 21 out. 2016.

SHORVON, S. D. **Tratamento das crises febris**. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78s1/v78n7a03.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2016.

SARMENTO, Maria Rosa Silva; MINAYO-GOMES, Carlos. A epilepsia, o epilético e o trabalho: relações conflitantes. **Cad. Saúde. Pública**, v.16, n.1, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100019. Acesso em: 23 nov. 2016.

SILVA, C. R. A. et. al. Considerações sobre a epilepsia. **Boletim Científico de Pediatria**, Porto Alegre- RS, v.2, n. 3, 2013. Disponível em: http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/140324183248bcped_13_03_02.pdf. Acesso em: 23 nov. 2016.

SOUZA, Elizabete de; FERNANDES, Paula Teixeira; SALGADO, Priscila, DORETTO, Fernanda. Mecanismos psicológicos e o estigma na epilepsia. **Revista**

Com Ciência, v. 34, 2002. Disponível em:<http://www.comciencia.br/reportagens/epilepsia/ep18.htm>. Acesso em: 23 nov. 2016.

SANTOS, R. O. **Estrutura e Funções do Córtex Cerebral**. Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2002. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2421/2/9713912.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

TEIXEIRA, R. A. **Epilepsia**. Brasília: ICB- Instituto do Cérebro de Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.icbneuro.com.br/paginas/centrocefaleia.php>. Acesso em: 23 nov. 2016.

TERRA, V. C. The utility of Omega-3 fattyacids in epilepsy. **View and review**, São Paulo, v.69, n.1, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2011000100022. Acesso em: 23 nov. 2016.

VIEIRA, D. E. B. **Conhecimentos sobre epilepsia entre estudantes de educação física na cidade de São Paulo**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/9249>. Acesso em: 23 nov. 2016.

YACUBIAN, E. M.T; CONTRERAS-CAICEDO, G; RÍOS-POHL, L. **Tratamento Medicamentoso das Epilepsias**. Ed. São Paulo: Leitura Médica Ltda, 2014. Disponível em: http://www.ilae.org/booksales/documents/Tratamento_Medicamentoso_das_Epilepsias.pdf. Acesso em: 23 nov. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Eu, YANDRA SAMONIELI DA SILVA MONTEIRO MENEZES, pesquisadora associada e aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação do PROFESSOR CARLOS AUGUSTO DA SILVA ALMEIDA, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: **“CONHECIMENTOS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS CONDUTAS AO INDIVÍDUO EM CRISE EPILÉPTICA.”** A pesquisa tem como objetivo geral: Verificar as condutas e o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem frente a uma crise epilética; e como objetivos específicos: Caracterizar o perfil de uma crise epilética; Conhecer as principais condutas relacionadas à assistência durante uma crise epilética; Descrever quais métodos utilizados pelos acadêmicos para assistir um indivíduo durante uma crise epilética; Verificar a associação entre conhecimentos e condutas dos acadêmicos para assistir um indivíduo durante uma Crise Epilética.

Justifica-se, que o interesse por esta pesquisa surgiu devido à convivência com pessoas próximas acometidas por epilepsia e principalmente pela pesquisadora associada ser portadora dessa patologia. A crise epilética envolve diversas situações de discriminação pela sociedade, estigmatizando os pacientes epiléticos que acabam lidando com graus variáveis de exclusão pública devido a uma condição clínica. A importância desta pesquisa possibilitará informações a cerca das condutas dos acadêmicos de enfermagem nos cuidados imediatos durante uma crise epilética, possibilitando o conhecimento mais profundo sobre este assunto. Este estudo contribuirá para a ampliação do conhecimento acadêmico. Servindo como fonte de pesquisa para um maior aprofundamento sobre a temática abordada, para enfermeiros, equipe de enfermagem e acadêmicos de enfermagem esta pesquisa contribuirá para uma assistência singular, com base no conhecimento técnico científico, permitindo-lhe prestar uma assistência sistemática e humanizada.

Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre os conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem, sobre os cuidados imediatos ao indivíduo em crise epilética o mesmo será através de um questionário.

Por ocasião dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido o anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar riscos mínimos a pessoas envolvidas, porém os benefícios superam os riscos.

A participação do(a) senhor(a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificações na assistência, caso esteja recebendo.

Os pesquisadores¹ e o Comitê de Ética desta IES² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o (s) objetivo (s), a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o (a) pesquisador (a) me informe que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró-RN, ____ de _____ de ____.

Pesquisador Responsável

Participante da Pesquisa

¹**Endereço do pesquisador (a) responsável:** Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone/Fax: (84) 3312-014. Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa.

²**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – João Pessoa – Paraíba – Brasil CEP: 58.067.695 – Fone: +55 (83) 2106 – 2790. E-mail: CEP@facene.com.br

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

Data da Entrevista: ___/___/___

DADOS DO ACADÊMICO

1. **Idade:** _____
2. **Sexo:** F () M ()
3. **Período de graduação que se encontra?** _____
4. **Você cursa ou já cursou alguma disciplina que abordasse o atendimento a uma Crise Epiléptica (CE)?** Sim () Não () Não lembro ()
5. **Trabalha na área da saúde?** Sim () Não () Já trabalhei ()
6. **Você já presenciou uma CE?** Sim () Não ()
7. **Você conhece alguém com epilepsia?** Sim () Não ()
8. **Você empregaria alguém com epilepsia?** Sim () Não () Não sei informar ()
9. **Se durante uma CE a pessoa cai e se debate. Você deve?**
 - () Coloca álcool para o indivíduo cheirar;
 - () Colocar uma toalha ou um casaco dobrado debaixo da cabeça da pessoa e afastar objetos que possam machucá-lo;
 - () Segurá-lo, contendo-o;
 - () Manter-se longe;
 - () Introduzir algo em sua boca para que não morda a língua ou se asfixie.
10. **Após uma CE o que você faz?**
 - () Força o indivíduo a comer ou a beber algo;
 - () Fazê-lo exercitar;
 - () Deixá-lo descansar;
 - () Nenhuma das opções acima.
11. **Para você o profissional de saúde deve ter conhecimentos mais amplos e especializados sobre uma CE?** Sim () Não ()
12. **A epilepsia no seu conhecimento?**
 - () É uma doença contagiosa que pode surgir em qualquer idade;
 - () Pacientes com epilepsia podem levar uma vida normal;
 - () Todos os pacientes com epilepsia têm dificuldades mentais;
 - () Devemos dar dose extra do remédio ao paciente quando ocorrer uma crise;
 - () Epilepsia tem tratamento, mas não tem cura.
13. **Você já ouviu falar ou leu sobre Epilepsia? Se sim, quais as fontes?**

14. **O que você entende sobre Epilepsia?**

15. **Quais suas condutas durante uma CE?**

Adaptado de: (FONSECA et al, 2004).

ANEXO

ANEXO A- CERTIDÃO



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Ordinária realizada em 12 de abril 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado "CONHECIMENTOS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS CONDUTAS AO INDIVÍDUO EM CRISE EPILÉPTICA", Protocolo CEP: 74/2017 e CAAE: 66835517.7.0000.5179. Pesquisador Responsável: CARLOS AUGUSTO DA SILVA ALMEIDA e dos Pesquisadores Assistentes: YANDRA SAMONIELI DA SILVA MONTEIRO; GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA; WESLEY ADSON COSTA COELHO

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para até Junho de 2017, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 09 de maio de 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa -
FACENE/FAMENE