



REFLEXÃO SOBRE O PAPEL DA ENFERMAGEM AO PACIENTE COM EPILEPSIA NO ATENDIMENTO INTRA E EXTRA-HOSPITALAR

REFLECTION ABOUT THE ROLE OF NURSING TO THE PATIENT WITH EPILEPSY IN INTRA AND EXTRA-HOSPITAL CARE

REFLEXIÓN ACERCA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON EPILEPSIA EN CUIDADO INTRA Y EXTRA-HOSPITAL

Adenize Carvalho dos Santos¹, Daniele Aparecida Moura², Giselle Clemente Sailer³, Lucilene Cardoso⁴, Mayara Machado Maia⁵, Vivian Aline Preto⁶

ABSTRACT

Objective: reflecting on the role of nursing to the patient with epilepsy during intra-hospital crisis and extra-hospital care, emphasizing the importance of the professional of nursing in patient care with epilepsy and how it can act in different situations relevant disease. **Method:** this is a reflection about the role of nursing before epilepsy in intra and extra-hospital environment. **Results:** the role of nursing for the patient with epilepsy needs many improvements and knowledge so that the patient can receive the best possible care during the crisis. **Conclusion:** when is about epilepsy, nursing plays a key role both in-hospital environment as the family and the community. **Descriptors:** Epilepsy; Epileptical Crisis; Education and Nursing; Nursing in Emergencies.

RESUMO

Objetivo: refletir sobre o papel da enfermagem ao paciente com epilepsia durante a crise intra-hospitalar e no acompanhamento extra-hospitalar, evidenciando a importância do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente com epilepsia e como ele pode atuar em diferentes situações relevantes da doença. **Método:** trata-se de uma reflexão acerca o papel da enfermagem diante da epilepsia no ambiente intra e extra-hospitalar. **Resultados:** o papel da enfermagem ao paciente com epilepsia necessita de muitos aprimoramentos e conhecimentos para que o paciente possa receber o melhor atendimento possível durante a crise. **Conclusão:** quando se trata de epilepsia o papel da enfermagem é fundamental, tanto em ambiente intra-hospitalar como na família e na comunidade. **Descritores:** Epilepsia; Crise Epiléptica; Educação e Enfermagem; Enfermagem em Emergências.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar acerca del papel de la enfermería al paciente con epilepsia durante la crisis intra-hospitalaria y de seguimiento extra-hospitalario, haciendo hincapié en la importancia de los profesionales de enfermería en la atención al paciente con epilepsia y cómo se puede actuar en diferentes situaciones de la enfermedad en cuestión. **Método:** se trata de una reflexión acerca del papel de la enfermería frente a la epilepsia en el ambiente intra y extra-hospitalario. **Resultados:** el papel de la enfermería al paciente con epilepsia necesita muchas mejoras y conocimientos para que el paciente pueda recibir la mejor atención posible durante la crisis. **Conclusión:** cuando se trata de la epilepsia el papel de la enfermería es fundamental, tanto en ambiente intra-hospitalario como en la familia y la comunidad. **Descriptores:** Epilepsia; Crisis Epiléptica; Educación y Enfermería; Enfermería en Emergencias.

¹Enfermeira, Centro Universitário Católico Unisalesiano Auxilium. Araçatuba (SP), Brasil. E-mail: adenizejuina2010@hotmail.com;

²Enfermeira, Centro Universitário Católico Unisalesiano Auxilium. Araçatuba (SP), Brasil. E-mail: daniele-moura2014@hotmail.com;

³Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Curso de Enfermagem, Centro Universitário Católico Unisalesiano Auxilium. Araçatuba (SP), Brasil. E-mail: gikasailer@hotmail.com;

⁴Enfermeira, Professora Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP. E-mail: lucilene@eerp.usp.br;

⁵Enfermeira, Centro Universitário Católico Unisalesiano Auxilium. Araçatuba (SP), Brasil. E-mail: mayara.machado7@hotmail.com;

⁶Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Curso de Enfermagem, Centro Universitário Católico Unisalesiano Auxilium. Araçatuba (SP), Brasil. E-mail: viviusp@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A epilepsia é um distúrbio neurológico, considerado como segunda causa mais frequente de convulsões em adultos jovens e um sério problema de saúde, acometendo indivíduos de todas as idades, raças e classes socioeconômicas.¹ Trata-se de uma afecção na qual uma pessoa apresenta convulsões recorrentes devido a um processo subjacente crônico que diz respeito a um fenômeno clínico e não apenas uma entidade patológica única, pois existem muitas formas e causas de epilepsias.²

Por interferir no cotidiano da pessoa doente, influenciando o desenvolvimento das atividades de vida diária, a epilepsia pode desencadear sentimentos de dependência para com as outras pessoas, principalmente a família. Sendo comum o preconceito contra as pessoas com epilepsia em escolas, locais de trabalho e outras situações sociais.³

Diante desse cenário, foi lançada a campanha global “A epilepsia fora das sombras”, defendendo que é necessário romper definitivamente com o estigma social que acompanha os pacientes através de uma assistência adequada, eficaz e humanizada baseada em conhecimentos científicos que enfoquem os diversos fatores biopsicossociais que afetam o estilo de vida, no ter e conviver.^{3,4}

Antigamente, as pessoas com epilepsia eram chamadas como portador de epilepsia. Porém a palavra *portador* significa: “quem que leva ou traz consigo ou em si; quem, em nome de outrem, ou não, leva algo a qualquer destino”.⁵ Ou pode também significar indivíduo em cujo organismo está presente germe causador de doença infecciosa e que pode ser transmissor desta, mesmo sem estar doente.⁵ Termo este que, devido a sua conotação negativa, será substituído por “pessoas com epilepsia” neste artigo.

Recomenda a Associação Brasileira de Epilepsia que os termos *doença*, *portador* e *epiléptico* devam ser proscritos (e a epilepsia deva ser considerada um *distúrbio*, e os indivíduos que a apresentem, *pessoas com epilepsia*.) e a epilepsia considerada um *distúrbio* que leva os indivíduos a adoecerem e serem consideradas “*pessoas com epilepsia*”.⁶

Em virtude do preconceito e atitudes negativas a que são submetidas socialmente, as pessoas com epilepsia tendem a enfrentar problemas psicossociais como medo, vergonha, isolamento social, dificuldades nos relacionamentos sociais, restrição de atividades, entre outros. A partir daí, estas

pessoas deixam de se inserir na sociedade, pois não conseguem um emprego, não se sentem aceito e enfrentam dificuldades para formar uma família. Por esta razão, além de exigir uma adaptação a um novo estilo de vida, a epilepsia também exige uma redefinição de identidade das pessoas, afetando cada fase da vida destas em diferentes aspectos.⁷

Estudos evidenciam a epilepsia como uma doença caracterizada por um estado de hiperatividade dos neurônios e circuitos cerebrais, capazes de gerar descargas elétricas sincrônicas, podendo manifestar-se de formas diversas, desde descargas interictais eletroencefalográficas até surtos prolongados cursando com crises epiléticas ou, em casos mais graves, assumindo a forma de estado de mal epilético, condição caracterizada por crises epiléticas isoladas prolongadas ou por crises repetidas em intervalos curtos.^{1,2,8,9}

Esta doença pode decorrer de várias condições subjacentes e vários mecanismos fisiopatológicos, embora a maioria dos casos seja classificada como idiopática (de origem genética presumida) ou criptogênica (originando-se de uma lesão anterior que não é definida).⁹ Podendo ser classificada também como epilepsia sintomática ou secundária quando existe uma causa bem conhecida, por exemplo, após uma infecção envolvendo o cérebro (ex., meningite ou encefalite), ou após um ferimento na cabeça, ou porque o cérebro nunca se desenvolveu de maneira adequada.¹⁰

Deste modo, a epilepsia se caracteriza como uma condição neurológica crônica, marcada por Crises Epiléticas (CE) recorrentes, causadas pela atividade neuronal excessiva no cérebro, usualmente autolimitada.¹¹ Uma crise epilética pode ser decorrente de uma disfunção fisiológica temporária do cérebro causada por uma descarga elétrica hypersincrônica anormal e autolimitada de neurônios corticais.⁹ Hoje em dia, a classificação utilizada convulsões epiléticas é a Classificação de Crises Epiléticas de 1981, elaborada pela Internacional League Against Epilepsy (ILAE). Esse sistema classifica as convulsões por sintomas clínicos suplementados por dados EEG.⁹

A crise epilética, popularmente chamada de ataque epilético, pode ser generalizada ou parcial. As generalizadas envolvem ataques de ausência, mioclônicos, atônicos ou astáticos e tônico-clônicos. E os ataques denominados parciais podem ser simples ou complexo.¹⁰

As crises de ausência (pequeno mal) podem ser atípicas e típicas. A crise atípica são lapsos momentâneos da vigília que são acompanhados de olhar fixo imóvel e parada de qualquer atividade em andamento, de modo que as crises de ausência começam e terminam abruptamente, ocorrendo sem aviso ou período pós-crítico. A crise de ausência atípica acontece quando o início e o fim de uma crise não são muito nítidos, ou quando ela inclui componentes tônicos e autonômicos.⁹

Por outro lado, a crise de ausência típica consiste em breves episódios de comprometimento da consciência, acompanhados de manifestações motoras, muito discretas, como automatismos orais e manuais, piscamento, aumento ou diminuição do tônus muscular e sinais autonômicos. Duram cerca de 10 a 30 segundos e apresentam início e término abrupto, ocorrendo, em geral, várias vezes ao dia.⁸

A crise mioclônica é uma contração muscular súbita e breve que pode comprometer uma parte ou todo o corpo. Apesar de a distinção com outras formas de mioclonia seja imprecisa, as convulsões mioclônicas são consideradas eventos epiléticos verdadeiros, pois são causadas por disfunção cortical (*versus* subcortical ou espinhal). As convulsões atônicas são caracterizadas por uma perda súbita do tônus postural com 1 a 2 segundos de duração. Há uma breve perda de consciência, mas não costuma ocorrer confusão pós-ictal. Uma convulsão muito breve pode gerar apenas uma queda rápida da cabeça ou movimento de inclinação da cabeça, enquanto uma convulsão mais longa faz com que o paciente caia.²

Crises atônico-astáticas são crises que aparecem em cérebros anormais por uma encefalopatia generalizada e que se manifestam por uma queda súbita com perda de consciência e perda súbita do tônus muscular que leva à queda. Estas crises podem confundir-se facilmente com crises mioclônicas de maior intensidade ou com crises tônicas de curta duração.¹²

As crises epiléticas tônico-clônicas generalizadas são o principal tipo de convulsão em aproximadamente 10% de todas as pessoas com epilepsia. A fase inicial da convulsão costuma ser de contração tônica da musculatura de todo o corpo, fato responsável por diversas características clássicas do evento. A contração tônica dos músculos da expiração e da laringe no início da convulsão produz um lamento ou grito alto. A respiração fica prejudicada, com isso as secreções

acumulam-se na orofaringe e o paciente torna-se cianótico. A contração da musculatura da mandíbula pode levá-lo a morder a língua. Com isso ocorre um acréscimo acentuado do tônus simpático gerando aumentos da frequência cardíaca, da pressão arterial e tamanho das pupilas.²

Durante a crise tônico-clônicas a respiração estertorosa substitui a apneia sustentada inicial e a cianose consequente, que vai desaparecendo. Se a bexiga estiver cheia pode então haver uma incontinência urinária e esvaziamento da mesma. A mordedura da língua acontece logo no início da contração tônica e pode prolongar-se por toda a fase clônica.²

Convulsões podem resultar de uma disfunção primária do sistema nervoso, de uma alteração metabólica ou de uma doença subjacente. Assim, nem sempre uma convulsão se traduz como uma epilepsia.¹²

Define-se uma convulsão (do latim *convulsum*, arrebatar, puxar com força) como um evento paroxístico devido a descargas anormais, excessivas e hipersincrônicas de um agregado de neurônios do sistema nervoso central (SNC). De acordo com a distribuição das descargas, essa atividade anormal do SNC pode ter várias manifestações, que variam desde uma atividade convulsiva dramática até fenômenos da experiência não facilmente discerníveis por um observador.²

Uma convulsão é um evento epilético transitório, um sintoma de distúrbio da função cerebral. Embora sejam a manifestação principal da epilepsia, nem todas as convulsões indicam epilepsia. A epilepsia é um transtorno crônico, ou um grupo de transtornos crônicos, em que a característica indispensável é a recorrência das crises convulsivas que são tipicamente não provocadas e em geral imprevisíveis.⁹

Crises epiléticas parciais simples ocorrem quando a descarga crítica se origina de uma área limitada e frequentemente circunscrita do córtex, o foco epileptogênico. Quase todos os sintomas ou fenômenos podem ser a manifestação subjetiva (aura) ou observável de uma crise parcial simples, variando de um distúrbio motor elementar (crises Jacksonianas, crises adversas) e sensitivo unilateral a fenômenos emocionais complexas, psicilusórios, alucinatórios ou dismnésicos. Os pacientes podem interagir normalmente com o ambiente durante crises parciais simples, à exceção de limitações impostas pela crise a funções cerebrais localizadas específicas.⁹

As crises parciais complexas são caracterizadas por uma suspensão súbita da

consciência, durante a qual o doente fica com olhar “estranho”. Aparecem pela primeira vez em qualquer idade e não apenas na infância ou adolescência e são acompanhadas por automatismos muito típicos de deglutição ou de mastigação, automatismos motores de deambulação ou de mexer na roupa de forma pouco sistemática, ou mesmo de automatismos de vocalização com ou sem verbalização.¹²

A aura é descrita como uma sensação que ocorre no início da crise convulsiva e consiste no conjunto de manifestações, habitualmente subjetivas, que precedem a chegada de uma crise de epilepsia e fornecem informações precisas sobre a localização da lesão nos hemisférios cerebrais.¹³ As auras são em geral de curta duração, não excedendo 1 ou 2 minutos. São exemplos: aura epigástrica (sensação de náusea, mal-estar); medo; depressão e angústia (frequentemente ocorre no período interictal, mas pode ocorrer antes da crise); *déjà-vu*, *jamaís vu*; e pensamento forçado (impressão de estar vivenciando algo que já aconteceu antes - *déjà-vu*, ou que parece totalmente estranho - *jamaís vu*, ou pensamento que ocorre repetidamente mesmo quando se tenta concentrar em outro fato); alucinações gustativas, olfativas, auditivas, somestésicas e visuais.¹⁴ Ressaltando-se que cada pessoa apresenta um tipo de aura e sua compreensão e reconhecimento precoce pode prevenir possíveis lesões no momento da crise.¹⁵

O diagnóstico de epilepsia se baseia em história clínica, descrição da atividade convulsiva por quem a presenciou, exame físico (procura de achados focais) e achado encefalográficos.⁽⁸⁾ Dados do exame físico, análise dos exames complementares tais como: Eletroencefalograma (EEG), Ressonância Nuclear Magnética e de Videoeletrencefalograma também são importantes para o diagnóstico e classificação das crises.¹⁶

Diante tamanha complexidade, nota-se que a enfermagem tem um papel muito importante nos cuidados aos pacientes com epilepsia, tanto no início quanto no final das crises epilépticas, no apoio aos exames e tratamentos a serem realizados.¹⁶ No cuidado à saúde, estes profissionais desenvolvem procedimento mais humanizados e empáticos com seus pacientes, desenvolvendo o relacionamento interpessoal como base no planejamento de sua assistência diante preceitos éticos e legais que superam o preconceito social existente acerca da epilepsia. É competência da enfermagem apoiar e ajudar as pessoas com epilepsia e sua

família na compreender a doença e suas formas de tratamento, a importância da adesão ao tratamento e superação das dificuldades, fornecendo orientação eficiente, facilitando, sempre que possível o tratamento e ajustando as peculiaridades da terapêutica à rotina da vida de cada paciente.

Sendo assim, este artigo tem a finalidade de trazer contribuições crítico reflexivas sobre o importante papel da enfermagem no cuidado ao paciente com epilepsia no contexto do cuidado à saúde no Brasil. Demonstrando a importância do profissional de enfermagem diante ao paciente com epilepsia e como ele pode atuar em diferentes situações relevantes no que tange o assunto.

O trabalho proposto tem a finalidade de realizar uma reflexão sobre o importante papel da enfermagem no cuidado ao paciente com epilepsia, ressaltando a complexidade da doença e o conhecimento necessário para a realização de uma assistência adequada.

OBJETIVO

♦ Refletir sobre o papel da enfermagem ao paciente com epilepsia durante a crise intra-hospitalar e no acompanhamento extra-hospitalar, em serviços de saúde brasileiros.

METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão acerca do papel do enfermeiro diante da epilepsia no ambiente intra e extra hospitalar, destacando sua importância em momentos diferentes, desde a crise até seu papel na comunidade. Deste modo, esse caminho metodológico permitiu tecer considerações acerca do assunto, destacando funções e características do trabalho em ambientes diferentes, mas que estão envolvidos no processo de diagnóstico, acompanhamento e atendimento as crises da epilepsia.

RESULTADOS

♦ O papel da enfermagem ao paciente com epilepsia durante a crise intra-hospitalar

No atendimento terciário o enfermeiro como integrante da equipe multidisciplinar, tem como responsabilidade fundamental a prestação de assistência ao indivíduo, à família e à comunidade em situações que requeiram medidas relacionadas com a promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças, reabilitação de incapacitados, alívio de sofrimento e promoção de ambiente terapêutico, considerando o diagnóstico médico e os planos

terapêuticos nos aspectos médicos e de enfermagem.¹⁷

Existem poucos estudos que retratem a assistência prestada à pessoa com epilepsia pelo serviço público de saúde, sendo esta ainda uma doença estereotipada pela sociedade e que exige dos órgãos responsáveis e seus profissionais competência e habilidade para responder a essas demandas.¹⁸

Observou que a detecção de uma crise convulsiva ainda é falha para os profissionais de enfermagem. Nota-se que os entrevistados não souberam identificar os tipos de crise convulsiva.¹⁹

Infelizmente não é só a enfermagem que muitas vezes não consegue identificar uma crise epiléptica, existem evidências que os médicos generalistas diagnosticam incorretamente inúmeros problemas neurológicos e muitos casos são referenciados à neurologia por incerteza diagnóstica do médico geral.²⁰

O paciente ao apresentar uma crise convulsiva, necessita de assistência adequada, esse cuidado de enfermagem que objetiva protegê-lo de lesões e a prevenção de complicações graves. O cuidado adequado inclui também a observação das características das crises para determinar a área do cérebro envolvida.²¹

É de responsabilidade da equipe de enfermagem antes e durante uma crise convulsiva, avaliar as circunstâncias em que a crise foi desencadeada, como estímulos visuais, auditivos, olfatórios, estímulos táteis, distúrbios emocionais ou psicológicos, sono e hiperventilação.¹⁹

Logo após vivenciar uma crise convulsiva quando o paciente é atendido, as prioridades iniciais são a atenção aos sinais vitais, suportes respiratório e cardiovascular e o tratamento das convulsões. Afeções potencialmente letais, como a infecção do SNC, perturbações metabólicas ou intoxicação farmacológica devem ser reconhecidas e apropriadamente tratadas. Quando o paciente não possui enfermidade aguda, a avaliação inicial concentra-se na existência ou não de uma história de convulsões anteriores. Se essa for à primeira convulsão do paciente deve-se, então, enfatizar o seguinte: definir se o episódio descreverá convulsão ou outra intercorrência paroxística, determinar a causa da convulsão pela identificação de fatores de risco e eventos desencadeantes e decidir-se, além do tratamento da doença subjacente é necessária terapia anticonvulsivante.²

Durante a crise epiléptica a equipe de enfermagem que estiver com o paciente quando ele apresentar aura ajude-o a ir para a

cama, levante as grades laterais e deixe a cama reta (estendida). Se ele estiver fora do quarto, deite-o no chão e coloque um travesseiro, cobertor ou outro material macio sob a sua cabeça para impedir choques contra o piso. Fique com o paciente durante a crise e esteja pronto para intervir se complicações se desenvolverem, como uma obstrução das vias aéreas. Se necessário, mande outro membro do corpo de enfermagem obter o equipamento adequado e avisar o médico.²¹

A equipe de enfermagem deve ficar com o paciente, e estar atenta para intervir caso complicações se desenvolva. Se o paciente estiver no início da fase tônica e de acordo com a norma de procedimento hospitalar, pode ser inserida uma cânula de Guedel na boca do paciente para que a sua língua não bloqueie a via aérea. Se não tiver disponibilidade de uma cânula de Guedel, não tente manter a boca aberta ou colocando a mão dentro porque você pode ser mordido. Uma vez que a mandíbula do paciente fique rígida, não tente forçar a cânula para dentro porque você pode quebrar os dentes do paciente ou provocar outra lesão. Alguns clínicos defendem uma espera até o final da crise antes de inserir a cânula.²¹

Devem ser retirados do alcance do paciente os objetos afiados ou duros e afrouxar as vestes do paciente. Não restrinja o paciente ou os seus movimentos durante a convulsão, porque a força dos movimentos tônico-clônicos do paciente contra as restrições pode provocar distensão muscular ou mesmo deslocamento articular. Avalie continuamente o paciente durante a crise. Observe o mais precoce dos sintomas, como desvios da cabeça e dos olhos, bem como a forma de progresso da crise, a forma assumida e a duração. A sua descrição pode ajudar a determinar o tipo e a causa da convulsão.²¹

O estado epiléptico é definido como uma atividade convulsiva prolongada e aguda que ocorre sem recuperação da consciência entre as convulsões, esta é uma condição de emergência clínica, porque a atividade constante pode diminuir a oxigenação e a glicose do cérebro, o que pode produzir hipóxia e morte dos neurônios. Daí a necessidade de uma assistência adequada em relação ao suporte de oxigênio.²²

Os cuidados de enfermagem durante os estado epiléptico envolvem a avaliação e monitorização contínua das funções respiratórias e cardíaca por causa do risco de depressão tardia da respiração e pressão arterial secundário à administração de medicamentos anticonvulsivantes e sedativos para interromper as convulsões. A avaliação

de enfermagem também inclui a monitorização e registro da atividade convulsiva e da responsividade do pacientes.²³

As intervenções de enfermagem visam também colher sangue para exames sanguíneos para glicose, uréia, eletrólitos e níveis de medicamento anticonvulsivante, a fim de determinar as anormalidades metabólicas e servir como um guia para a manutenção da homeostasia bioquímica. Administrar oxigênio devido a possível existência de parada respiratória no ápice de cada convulsão, o que pode produzir congestão venosa e hipóxia cerebral, utilizar ventilação mecânica quando necessário. Iniciar infusões endovenosas, acessando um acesso venoso, e mantê-lo aberto para obtenção de amostra de sangue, administração de medicamentos e infusão de líquidos. Devem-se administrar anticonvulsivantes endovenosos, (lorazepam, fenitoína) lentamente, para garantir as concentrações séricas e no tecido cerebral efetiva, administrar anticonvulsivantes adicionais fornecidos de acordo com a orientação médica, os efeitos de lorazepam são de curta duração, níveis de anticonvulsivantes devem ser monitorados regularmente.²⁴

Os exames realizados têm como objetivos prevenir possíveis complicações, exames sanguíneos para glicose objetivam identificar se o paciente apresenta hipoglicemia, uréia e creatinina para identificar insuficiência renal, eletrólitos séricos para afastar hiponatremia/hipernatremia e hemograma completo para identificar processos infecciosos (p.ex., infecção, meningite, encefalite).²⁵

A fenitoína é um fármaco utilizado como de primeira escolha em casos de epilepsias parciais (focais) e em casos de epilepsias generalizadas do tipo tônico-clônicas. Frequentemente é utilizado associado a outros fármacos anticonvulsivantes em epilepsia do tipo pequeno mal (ausências), pois os fármacos utilizados nesses casos podem ocasionalmente precipitar quadros do tipo grande mal epilético (tônico-clônicas). Mesmo sendo fármacos relativamente seguros e bem controlados, podem induzir uma grande variedade de efeitos adversos como irritação gástrica após a ingestão do fármaco. Podem ser observadas também após a administração disfunção cerebelar (ataxia, nistagmo e vertigem), deficiência do metabolismo do ácido fólico e vitamina B12, distúrbios psiquiátricos (depressão, demência, sintomas esquizoides). Além desses, apresentam

relevância clínica os distúrbios sanguíneos (leucopenia, agranulocitose etc.).²⁶

Apresenta como principais reações indesejadas tonteira, descoordenação muscular, desconforto gástrico, emagrecimento e erupções cutâneas. Entretanto, nenhum destes sintomas é grave, e podem ser superados por diminuição temporária da dose ou talvez por interrupção do uso da droga durante um curto período.²⁷

A equipe de enfermagem que estiver com o paciente deve orientá-lo a permanecer acamado por pelo menos uma hora após receber a fenitoína endovenosa, avaliar a capacidade do paciente para deambular, rever os medicamentos, com ênfase na aquiescência, discutir as medidas de segurança com o paciente e/ou familiares, incluindo direção de veículos, uso de equipamentos motores, participação em esportes, fazer os encaminhamentos médicos apropriados para o acompanhamento após a alta, visita da enfermeira ou assistente social, encoraje o paciente a usar um bracelete de identificação para aviso médico e para contatar com os serviços apropriados para obtenção de informações sobre distúrbios convulsivos e grupos de apoio da comunidade.²⁸

As medicações anticonvulsivantes de curto prazo tais como diazepam ou lorazepam, devem ser administradas, até que o cliente esteja sem convulsões, conforme prescrição médica e os de longa ação, tais como fenitoína ou fenobarbital, infundir fenitoína intravenosa com soro fisiológico apenas para evitar reação com soluções que contém glicose. O médico poderá considerar anestesia local ou agente de bloqueio neuromuscular para deter a atividade convulsiva se outros anticonvulsivantes não forem bem sucedidos.²²

A medicação diazepam (Valium), injetável pode ser administrada para interromper o estado de mal epilético e as convulsões secundárias. Entretanto, o Valium tem pouca utilidade no controle da epilepsia, a longo prazo. Pode haver parada respiratória com infusão intravenosa. Portanto, deve haver equipamentos de ressuscitação disponível.²⁷

A monitorização dos sinais vitais e neurológicos deve ser realizada, em base contínua. Usar a monitorização eletroencefalográfica pode determinar a natureza e o término (depois da administração do diazepam) da atividade epilética.²⁴

O fenobarbital é um fármaco barbitúrico muito utilizado para tratamento de quase todos os tipos de epilepsia. Tanto as epilepsias generalizadas do tipo tônico-clônicas, mioclônica e nas epilepsias parciais. Possui um

efeito antiepiléptico marcante, em doses que não induzem excessiva sedação. Porém em um elevado índice terapêutico, os barbitúricos, em doses anticonvulsivantes, podem induzir sedação, ataxia ou distúrbios dermatológicos. Podem também induzir hiperatividade e irritabilidade. Experimentos realizados em animais indicam que os barbitúricos administrados aguda ou cronicamente diminuem a aprendizagem e a consolidação de memória. Esses efeitos, se observados em seres humanos, teriam implicações clínicas relevantes, principalmente em crianças em idade escolar.²⁶

O profissional de enfermagem possui um papel muito importante para com o paciente com crise epilética, o mesmo deve confortar e reorientar o cliente após a atividade convulsiva, para aliviar a ansiedade, registrar o nome do fármaco, a última dose e o esquema medicamentoso se o cliente estiver tomando medicações anticonvulsivantes, ensinar ao cliente e à família todos os aspectos do distúrbio e seu tratamento.²²

De maneira geral, portanto, é necessário que a equipe de atendimento esteja ciente desses três itens: Determinação da etiologia, aplicação das medidas gerais de suporte a vida e tratamento farmacológico. A enfermagem deve manter o paciente no leito com grades ou proteção lateral para que se evitem as quedas e traumatismo craniano. Durante a fase clônica deve-se inserir uma cânula de Guedel entre os dentes, prevenindo mordeduras e lacerações na língua. Deve ser constantemente aspirado para evitar aspiração e pneumonia aspirativa. Os sinais vitais e a temperatura devem ser monitorados frequentemente e as vias aéreas mantidas desobstruídas, de modo a garantir uma ventilação adequada. Sempre que necessário deve-se proceder a intubação orotraqueal e oxigenação para prevenir a ocorrência de hipóxia.²⁹

♦ O papel da equipe de enfermagem no acompanhamento extra-hospitalar

O acompanhamento extra-hospitalar é desenvolvido através da atenção primária que se baseia no atendimento às necessidades do indivíduo, família e comunidade, apoiado no binômio educação e saúde, cujo objetivo é a busca da plenitude do homem, como ser biopsicossocial e espiritual vivendo em perfeita sincronia com o universo.¹⁷

De acordo com a lei do exercício profissional n° 7.498 de 25 de junho 1986 a consulta de enfermagem é uma atividade que proporciona ao enfermeiro condições para atuar de forma direta e independente com o cliente, caracterizando, dessa forma, sua

autonomia profissional. Essa atividade, por ser privativa do enfermeiro, fornece subsídios para a determinação do diagnóstico de enfermagem e para elaboração do plano assistencial, servindo como meio para documentar sua prática.³⁰

A consulta de enfermagem é a oportunidade essencial para se desenvolver o relacionamento interpessoal entre profissional com o paciente, no cotidiano, sendo ainda um momento importante para que às pessoas com epilepsia tenham acesso ao esclarecimento de dúvidas que os mesmos podem ter em relação à doença.¹⁸

Por ser uma condição tão comum, o atendimento aos pacientes com crises epiléticas ou epilepsia é uma situação rotineira nos serviços primários de saúde e nos serviços de pronto-atendimento, tanto no Brasil quanto no exterior.³¹ Dai a necessidade de preparo profissional para realizar a consulta que se torna essencial para a orientação extra-hospitalar.

Descreve que os profissionais de saúde têm um papel fundamental na assistência à pessoa com epilepsia e orientação a seus familiares, principalmente os que atuam nos serviços de atenção básica à saúde, auxiliando na compreensão da doença e suas interfases. Nesse âmbito, o profissional enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como cuidador importante da pessoa com epilepsia, que, entre suas ações rotineiras, destaca-se a educação para a saúde, a consulta de enfermagem e a visita domiciliar.¹⁸

Dois fatos importantes devem ser combatidos no que se refere às epilepsias: um é a desinformação da população em geral e o outro é a falta de conhecimento dos profissionais de área médica que, mesmo não sendo neurologistas, frequentemente atendem esses pacientes.³²

A sociedade apresenta várias atitudes inadequadas, incluindo os próprios familiares, dentre essas atitudes a autora cita que os pais frequentemente se tornam superprotetores, adotando atitudes restritivas à vida social desde criança, proibindo-lhe a participação em atividades coletivas, entre as quais o próprio comparecimento à escola.¹⁸ O enfermeiro deve estar atento a estas atitudes e procurar conversar com pais sobre suas inseguranças.

A forma de percepção dos membros da família sobre a epilepsia é um importante fator de ajustamento familiar. Comportamentos familiares como a superproteção ou limitações impostas às atividades de vida diária do paciente indicam

dificuldades no ajustamento familiar à epilepsia.³³ Sabe-se que é necessária a atenção do enfermeiro para tais dificuldades.

Esboçam como exemplos algumas providências que deveriam ser tomadas quando os pais notassem algum sintoma em seu filho. As medidas de ajuda seriam: colocar a criança em local onde ela não possa se virar, girar sua cabeça para o lado, colocar algo macio entre os dentes, para prevenir que morda a língua, enfatizar para ela que não vai acontecer nada de grave durante a crise. Os pais de crianças epiléticas que frequentam escola comum devem notificar os professores da condição delas, inclusive se estão sob medicação anticonvulsivante.³⁴

Na idade escolar a uma alta incidência de epilepsia, com isso aumentam as exigências de atenção e cuidados quanto ao atendimento das crianças em suas necessidades básicas de natureza física, emocional e social, como por exemplo: sono, repouso, oxigenação, atividades físicas, aprendizagem (educação e saúde), lazer, auto realização, autoestima.³⁴ Observa-se a necessidade de enfermeiros capacitados, para treinar os professores, fazer palestras nas escolas para esclarecer dúvidas, principalmente como agir quando estiver à frente de uma crise epilética.

Sem um tratamento apropriado, a epilepsia traz um peso social e econômico para a sociedade em geral, pois a pessoa fica improdutiva, sem trabalho e aos cuidados da família. Além disso, existem os fatores psicológicos resultantes desta situação, que promovem a exclusão social e a menor qualidade de vida da pessoa. Esta condição deveria ser conhecida não apenas pelos profissionais de saúde, pacientes e familiares, mas também por toda população, pela mídia, (em todas as suas dimensões) e pelas autoridades.⁽³¹⁾ É importante que a assistência seja discutida com familiares e se for necessário encaminhar pacientes e familiares para assistente social.

Para realizar o tratamento das epilepsias generalizadas idiopáticas um dos principais pontos consiste nas orientações ao paciente, em especial sobre fatores desencadeantes das crises. Deste modo, cabe ao enfermeiro, ressaltar a necessidade de que em casa o paciente evite a privação de sono, aderir ao tratamento e faça uso correto das medicações.³⁵

Para que o programa de manejo da epilepsia seja efetivo e eficiente são necessárias uma rede de referência e contra-referência (ou seja, uma articulação da atenção básica da saúde com centros de referência secundários e terciários), a

distribuição contínua de drogas antiepiléticas, que inclua não somente o tratamento médico, mas que considere também a necessidade de apoio psicológico e a inserção social das pessoas com epilepsia.⁷ Portanto o enfermeiro deve estar envolvido em todo esse processo.

É de extrema importância o acompanhamento do enfermeiro para com o paciente e família, pois este profissional é quem orienta como se deve proceder no momento da crise, sobre os tipos de crise a qual o paciente pode apresentar, explica sobre o uso das medicações, realiza educação continuada, entre outras atividades.

A enfermagem atua no cuidado à saúde de pacientes e acompanhando e motivando sua adesão ao tratamento, a frequência às consultas, bem como oferecendo informações aos pacientes sobre a possibilidade de condução de automóveis, quanto à abstenção de bebidas alcólicas e participação nos grupos de mútua ajuda.³⁶

♦ Orientações em relação aos cuidados durante a crise em ambiente extra-hospitalar para familiares

O profissional de enfermagem está mais próximo dos pacientes e familiares, com isso o mesmo, consegue passar conhecimento e esclarecer dúvidas que muitas vezes os familiares têm sobre o que fazer no momento da crise.

A enfermagem vem evoluindo nos níveis do conhecimento científico, da formação, tecnologia e filosofia, refletida a partir da capacidade e habilidade de mobilizar um conjunto de saberes para solucionar com eficácia uma série de situações específicas e gerais na implementação do cuidado ao indivíduo, à família e a comunidade.³⁷

Dai a necessidade de esta evolução acontecer quando se trata de epilepsia, é necessário que o profissional de enfermagem esteja próximo a esse paciente, família e comunidade desenvolvendo informações e conhecimento.

Descreve que a interação humana é um fator muito importante, especialmente na infância, quando o adulto é o modelo a ser seguido, é fundamental na aquisição dos conhecimentos, inclusive na área da saúde. Cabe aos profissionais da área de saúde fornecer subsídios técnicos para promoção destes conhecimentos.³⁸

Muitas das crises convulsivas acontecem dentro do próprio ambiente familiar, com isso é importante que os familiares tenham um preparo do que pode e do que não pode ser feito no momento da crise.

Os primeiros socorros que devem ser realizados a uma pessoa com crise são evitar que a mesma caia no chão de maneira repentina, por isso deite-a com cuidado, para se evitar traumatismo craniano, retirar próteses dentárias móveis (pontes, dentaduras) e eventuais detritos, remover qualquer objeto com que a vítima possa se machucar e afastá-la de locais e ambientes potencialmente perigosos como, por exemplo: escadas, portas de vidro, janelas, fogo, eletricidade, máquinas em funcionamento, afrouxar as roupas no pescoço e cintura.³⁹ É importante que a família tenha todas essas informações e portanto, é essencial o papel do enfermeiro na educação em saúde neste contexto.

Por outro lado, se o paciente apresentar vômitos deve-se colocá-lo, em decúbito lateral e realizar manobras para evitar broncoaspiração (assim como dar tapas nas costas, levantar os braços e outros).⁴⁰

Porém alguns autores têm algumas divergências quanto à introdução ou não de algo pela boca. Alguns relatam que deve-se tentar introduzir um pano ou lençol enrolado entre os dentes para evitar morder a língua, proteger a boca,³⁹ porém outros autores alegam que não se deve introduzir nada pela boca, evitar prender a língua com colher ou outro objeto (pois, não existe perigo algum de o paciente engolir sua própria língua).⁴¹

Com a cessação da crise é normal haver sonolência, dor de cabeça e confusão mental. Essa condição, é chamada de pós-ictal, pode durar de uma a duas horas. Nesse período, evite dar comida ou água à pessoa, pois os movimentos ainda podem estar descoordenados, ao final da crise procurar serviço médico caso necessário.⁴²

Algumas medidas não devem ser realizadas no momento da crise como não tentar fazer com que o paciente volte a si, lançando água ou obrigando-o a tomá-la, não o agarre na tentativa de mantê-lo quieto, não se oponha aos seus movimentos, apenas o proteja de traumatismo, ficar ao seu lado até que à respiração volte ao normal e ele se levante.⁴¹ É muito importante que os familiares sejam orientados quanto às condutas que devem ser tomadas diante de uma crise, para assim evitar possíveis lesões e danos maiores.

Diante o exposto, evidencia-se que o enfermeiro tem um papel muito importante no que se diz respeito à orientação familiar, pois a família tendo presenciado ou não seu familiar em crise, necessita de instruções para saber o que fazer e como agir no momento da crise, estando sempre atento para evitar sofrimento e lesões. O enfermeiro deve

orientar a família de forma clara e direta, de modo que a família compreenda com facilidade sem deixar dúvidas, acolhendo a família e a tornando mais confiante.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o papel da enfermagem ao paciente com epilepsia no atendimento intra e extra-hospitalar, necessita de muitos aprimoramentos e conhecimentos para que o paciente possa receber o melhor atendimento possível durante a crise.

Com este trabalho percebe-se que muitas vezes no momento da crise a equipe de enfermagem encontra-se despreparada para intervir de forma correta. É evidente nos artigos que um dos principais objetivos da assistência de enfermagem é evitar que o paciente sofra lesões e cessar o mais rápido possível a crise.

Para se desempenhar uma assistência de qualidade é relevante que o profissional de enfermagem obtenha conhecimentos científicos para que assim consiga identificar o tipo de crise pelo qual o cliente está passando, para que possa intervir corretamente.

No momento da crise a equipe de enfermagem tem o papel de realizar estímulos visuais, auditivos, olfatórios, táteis, e distúrbios psicológicos, sono e hiperventilação, além de administrar medicações conforme prescrição médica. O profissional deve estar do lado do paciente para poder intervir caso ocorra alguma complicação. O conhecimento e experiência pode fazer a diferença no atendimento.

A disseminação de conhecimentos sobre a epilepsia e o que se deve fazer no momento da crise é de grande relevância, pois além de os pacientes e familiares saberem o que eles devem prestar de assistência, a sociedade também deve ser orientada quanto aos cuidados para com o paciente que estiver tendo uma crise.

O enfermeiro deve fazer visitas nas casas por meio do ESF, conhecer como vivem as famílias que tem como membro familiar uma pessoa com epilepsia em casa, explicar como deve ser a rotina e como se pôr durante uma crise de seu familiar, o qual muitas vezes é afastado da sociedade, pela própria família ter medo do receio da sociedade.

É necessário que o enfermeiro adquira novos conhecimentos sobre epilepsia, pesquisar mais sobre o distúrbio, e aprofundar seus conhecimentos. Seria interessante que o governo incentivasse os enfermeiros a buscar mais conhecimento sobre o assunto.

Enfermeiros deveriam transmitir o que conhecem sobre o distúrbio em lugares onde as crises são mais comuns, como em escolas, onde muitos professores, funcionários e alunos têm muitas dúvidas sobre a mesma, ou não conhecem nada a respeito, através de palestras, simpósios ou mesmo atividades que mostrem como agir no momento da crise, evitando tumulto entre as pessoas presentes, e principalmente diminuir danos à pessoa que esta passando pela crise.

O enfermeiro deve realizar educação continuada por meio de palestra, visitas nas casas, com o intuito de esclarecer as dúvidas que as pessoas têm sobre a epilepsia, ensinando como se deve agir quando estiver frente de uma crise, como deve ajudar quem estiver sofrendo uma crise epilética, o que deve ser realizado para reduzir os danos que possam vir a acontecer durante a crise.

Percebe-se que estudos sobre o papel da enfermagem ao paciente com epilepsia encontram-se escassos, sendo este um distúrbio neurológico que acomete tantas pessoas, em idades distintas. Faz necessária a realização de mais estudos sobre o papel da enfermagem, diante a crise, garantindo desta forma melhor assistência ao paciente e aos familiares.

REFERÊNCIAS

1. Ferrari CMM. Adesão ao tratamento e qualidade de vida de indivíduos com epilepsia em tratamento ambulatorial. São Paulo Tese (Doutorado) Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo [Internet]. 2011 [cited 2014 Apr 23]. Available from: file:///C:/Users/Seven/Downloads/Tese_Carla.pdf
2. Lowenstein DH. Convulsões e epilepsia. In: Braunwald E et al. Harrison medicina interna. 15 th ed. Rio de Janeiro; 2002.
3. Silva FS, Freitas CASL, E Vasconcelos DP, Da Silva RCC, Nogueira DL, BRITO MCC. Situational context of women carriers of epilepsy. J Nurs UFPE on line [Internet] 2011 [cited 2014 Dec 08]. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1632> DOI: 10.5205/01012007/Qualis B 2.
4. Li, LM et al. Manejo da epilepsia na rede básica de saúde no Brasil: os profissionais estão preparados?. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2005 Nov [cited 2014 Aug 11];18(4/5):296-302. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900010&lng=en&nrm=iso
5. Ferreira ABH. Mini-aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 6th ed. Curitiba: Positivo; 2005.
6. Guilhoto, LMFF, Muszkat RS, Yacubian EMT. Consenso terminológico da associação brasileira de epilepsia. J. epilepsy clin. Neurophysiol [Internet]. 2006 Sept [cited 2014 July 02]; 12 (3):175-177. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492006000500011&lng=en&nrm=iso
7. Fernandes PT, Li LM. Percepção de estigma na epilepsia. J epilepsy clin Neurophysiol [Internet]. 2006 Dec [cited 2014 June 06]; 12(4):207-218. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jecn/v12n4/a05v12n4.pdf>
8. Maranhao MVM, Gomes EA, Carvalho PE. Epilepsia e anestesia. Rev Bras Anesthesiol. [Internet]. 2011 Apr [cited 2014 June 06];61(2):232-254. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000200013&lng=en&nrm=iso
9. Bazil CW, Morrell MJ, Pedley TA. Epilepsia. In: Merrill, tratado de neurologia. 11th ed. Guanabara Koogan; 2007.
10. Appleton RE, Chappell B, Beirne M. Tudo sobre Epilepsia. São Paulo: Andrei; 2000.
11. Tedrus GMA, Fonseca LC. Epilepsia e espiritualidade/religiosidade. Rev Ciênc Méd [Internet] 2010 Jan/Dec [cited 2014 Feb 21];19(6):81-89. Available from: <http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/832/812>
12. Lima JML. Epilepsia- a abordagem clínica. Rev Port Clin Geral [Internet]. 2005 [cited 2014 Feb 10]; 21(3): 291-98. Available from: http://epilepsia.lvengine.net/lmg/epilepsia--a-abordagem-clinica_rpcg-2005.pdf
13. Cruz DM. Um “olhar” da Enfermagem sobre os pacientes com Epilepsia. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) [Internet]. 2007 July [cited 2014 Aug 06]. Available from: http://biblioteca.unilasalle.edu.br/docs_online/tcc/graduacao/enfermagem/2007/dmcruz.pdf
14. Fernandes MS. Epilepsia do lobo temporal: mecanismos e perspectivas. Estud av [Internet] 2013 [cited 2014 Jan 21];27(77):[about 5 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n77/v27n77a07.pdf>
15. Vilabor RA, Paranhos WY. Emergências neurológicas: como, convulsão e hipertensão intracraniana. In: Calil AM, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2007.

16. Ferrari CMM. Adesão ao tratamento e qualidade de vida de indivíduos com epilepsia em tratamento ambulatorial. 2011. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Available from: file:///C:/Users/Seven/Downloads/Tese_Carla.pdf
17. Sanchez S, Sá CMD. A enfermagem na assistência ao indivíduo e à comunidade. In: Enfermagem básica. Rio de Janeiro: Ed. De Publicações Médicas; 1993.
18. Barbosa SP, Oliveira AD. A epilepsia na estratégia e saúde da família: a assistência sob a ótica do paciente. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]. 2012 Sept/Dec [cited 2014 Feb 14]; 2(3):369-375. Available from: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/229/351>.
19. Lima CC, Poles K, Marques SM. Cuidados de enfermagem a crianças em crises convulsivas. 2011; 33(3):143-50. Available from: <http://www.pediatricsaopaulo.usp.br/upload/pdf/1389.pdf>
20. Magalhães LVB, Li PTF, Li M. Como ensinar epilepsia na graduação médica? Uma proposta da Comissão de Ensino da LBE para a educação médica via web. J. epilepsy clin. neurophysiol. [Internet]. 2014 [cited 2014 Aug 30];20(1):94-106. Available from: <http://www.jecn.org/joomla/images/pdfs/02VL20.pdf>
21. Friedman DB. O cuidado neurológico. In: Schull, PD. Enfermagem básica: teoria & prática. 2 th ed. São Paulo: Rideel; 2003.
22. Huddleston SS, Ferguson SG. Distúrbios neurológicos. In: Emergências clínicas: abordagens, intervenções e auto-avaliação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
23. Smeltzer SC, Bare BG. Histórico da função neurológica. In: Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
24. Nettina SM. Saúde neurológica sensorial. In: Prática de enfermagem. 7th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
25. Siegel K. Neurologia: convulsões tônico-clônicas generalizadas. In: Ferri FF. Manual médico. 1° th ed. Rio de Janeiro: Copyright; 1987.
26. Delucia R. Antiepilépticos. In: Delucia R et al. Farmacologia integrada. 3th ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2007.
27. Asperheim MK. Medicamentos que atuam no sistema nervoso central. In: Farmacologia para a enfermagem. 9° th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
28. Rogers JH, Osborn HH, Pousada L. Emergências neurológicas. In: Enfermagem de emergência um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
29. Garzon E. Estado de mal epiléptico. J. epilepsy clin. neurophysiol [Internet]. 2008 Nov [cited 2014 May 20]; 14(Supl 2):7-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S1676-26492008000600002&lng=en&nrm=iso
30. Fernandes AMO, Silva AK. Consulta de enfermagem In: Manual do estagiário em enfermagem. 2° th ed. Goiânia: AB; 2009.
31. Magalhaes LVB, Fernandes PT, Li LM. Aspectos educacionais na epilepsia. J. epilepsy clin. neurophysiol [Internet]. 2009 Dec [cited 2014 Aug 07];15(4):172-177. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S1676-26492009000400007&lng=en&nrm=iso
32. Simonatto D et al. Epilepsia e educação pública. Arq Neuro-Psiquiat [Internet]. 1992 Sept [cited 2014 June 18];50(3):309-312. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S0004-282X1992000300008&lng=en&nrm=iso
33. Alonso NB et al. Suporte familiar nas epilepsias. J. epilepsy clin. neurophysiol [Internet]. 2010 [cited 2014 June 20];16(4):170-173. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S1676-26492010000400010&lng=en&nrm=iso
34. Rosa MLR. Obstáculos percebidos por pais e professores no atendimento das necessidades de crianças com epilepsia. Rev. latino-am. enfermagem [Internet]. 1997 May [cited 2014 June 20]; 5(spe):37-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S0104-11691997000500005&lng=en&nrm=iso
35. Betting LE, Guerreiro CAM. Tratamento das epilepsias generalizadas idiopáticas. J. epilepsy clin. neurophysiol [Internet]. 2008 Nov [cited 2014 July 06];14(Supl 2):20-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S1676-26492008000600004&lng=en&nrm=iso
36. Kede J, Muller VT, Gomes MM. Atenção primária à saúde e epilepsia: revisão de literatura. J. epilepsy clin. neurophysiol [Internet]. 2008 Dec [cited 2014 Aug 25];14(4):177-183. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S1676-26492008000400007&lng=en&nrm=iso

Santos AC dos, Moura DA, Sailer GC et al.

Reflexão sobre o papel da enfermagem...

37. Santos SMJ dos, Pinheiro AKB, Araújo TL de et al. Competências de enfermeiros em urgências e emergências pré-hospitalares: revisão integrativa. J Nurse UFPE on line [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Dec 08]; 7(11):6515-23. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/3171>
38. Guilhoto LMFF et al. Ação educativa de professores de ensino fundamental sobre epilepsia na periferia do município de São Paulo: união de extremos especialistas e educadores. J. epilepsy clin. neurophysiol [Internet]. 2007 Sept [cited 2014 Sept 16];13(3):143-147. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492007000300010&lng=en&nrm=iso
39. Brasil MS. Emergências clínicas. In: Manual de primeiros socorros. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003. Available from: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirosocorros.pdf>
40. Lopes DS. Emergências médicas na atividade endodôntica. Monografia-ICS-FUNORT/SOEBRÁS NÚCLEO ALFENAS [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 02]. Available from: http://www.cursospos.com.br/arquivos_biblioteca/9c6daf389864ddf0bddedae19045a2cc8b8b3208.pdf
41. Porclides AJ et al. Manual de atendimento pré-hospitalar do corpo de bombeiros do Paraná [Internet]. 2006 Aug [cited 2014 Sept 14]. Available from: http://www.florencepalmares.com/index/v2/material/Manual_de_Atendimento_Pre-Hospitalar.pdf
42. Hospital Albert Einstein Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Como agir diante de uma crise convulsiva. [Internet]. 2012 Aug [cited 2014 Sept 14]. Available from: <http://www.einstein.br/einstein-saude/pagina-einstein/Paginas/como-agir-diante-de-uma-crise-convulsiva.aspx>

Submissão: 04/03/2015

Aceito: 14/05/2015

Publicado: 01/06/2015

Correspondência

Vivian Aline Preto

Rua Lavínia, 56

Bairro Novo Umuarama

CEP 16011-200 – Araçatuba (SP), Brasil