

Percepção dos pais sobre a epilepsia

Parents' perception about epilepsy

Maria Silian Mandu Fonseca¹, Sandro Blasi Esposito¹, Bryan Grignoli Silva¹

RESUMO

Objetivo: Comparar o conhecimento que os responsáveis e/ou familiares das crianças diagnosticadas com epilepsia e aquelas com outros diagnósticos possuem em relação ao distúrbio. **Método:** Este foi um estudo clínico, descritivo e transversal que ocorreu por meio da aplicação da segunda parte do Inventário Simplificado de Qualidade de Vida na Epilepsia Infantil. **Resultados:** Participaram do estudo 83 indivíduos, sendo 36 do grupo de familiares de crianças com epilepsia e 47 do grupo de crianças com outros diagnósticos. O medo de a língua ser engolida durante uma crise epiléptica está presente em 55,5% dos familiares de crianças com epilepsia e em 61,7% dos familiares das crianças do outro grupo. **Conclusão:** Diante disso, é fundamental haver uma política de saúde e educação que envolva capacitação e conscientização sobre a epilepsia.

Palavras-chave: epilepsia; criança; qualidade de vida; conhecimentos, atitudes e práticas em saúde.

ABSTRACT

Objective: To compare the knowledge the responsible ones for and/or relatives of children diagnosed with epilepsy and those children with other diagnosis have got about this disturb. **Method:** It was a cross-sectional clinical study that occurred through the application of the second part of Simplified Inventory of Life Quality on Children's Epilepsy.

Results: Eighty-three people have participated of the study, being 36 from the group of relatives of children with epilepsy and 47 from the group of children with other diagnosis. The fear of the tongue be swallowed during an epileptic seizure is present in 55.5% of relatives of children with epilepsy and in 61.7% of relatives of children from the other group.

Conclusion: Then, health politics and education that evolve capacity and awareness concerning epilepsy are fundamental.

Keywords: epilepsy; child; quality of life; health knowledge, attitudes, practice.

INTRODUÇÃO

A epilepsia é conceituada como um “distúrbio cerebral causado por predisposição persistente do cérebro a gerar crises epilépticas”.¹⁻⁴ Historicamente, a ocorrência de apenas uma crise não é considerada epilepsia, exceto em situações específicas, porém a Liga Internacional Contra a Epilepsia está avaliando uma nova definição para esclarecer essas situações. Será declarada epilepsia se presente:

- Ocorrência de pelo menos duas crises não provocadas com intervalo maior que 24 horas;
- Ocorrência de uma crise não provocada, mas com probabilidade de novas crises convulsivas (cerca de 75% ou mais) com base em eletroencefalograma (EEG) interictal;
- Diagnóstico de uma síndrome epiléptica.^{5,6}

No mundo todo, há cerca de 50 milhões de pessoas com esse distúrbio, e 80% delas vivem em países em desenvolvimento.⁴ No Brasil, a estimativa é que esse problema acometa 1–2% da população.⁷ Ressalta-se que a epilepsia possui alta incidência em crianças, pois nessa faixa etária o sistema nervoso está em processo de desenvolvimento e mais sujeito a infecções e traumas, o que constitui, assim, um grupo mais suscetível.⁸⁻¹⁰

Os sintomas da epilepsia afetam os valores da sociedade, na medida em que estes prezam o controle e a previsibilidade das situações, o que não ocorre nessa condição, tornando-a um dos distúrbios que acarretam maior nível de estigma.^{3,11-13} Na história, esse preconceito inicia-se já com a origem do nome, pois é uma palavra de origem grega (*epilambaneima*) que significa ser invadido, dominado ou possuído.^{8,14} Dessa forma, o diagnóstico

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: Maria Silian Mandu Fonseca – Rua Fuad Bachir Abdalla, 53, apto. 1 – Jardim Faculdade – CEP: 18030-315 – Sorocaba (SP), Brasil – E-mail: silian.ma@gmail.com

Recebido em 01/04/2016. Aceito para publicação em 23/05/2017.

da epilepsia na infância pode causar aos pais sentimentos de ansiedade, culpa e tristeza, fazendo com que eles se comportem de maneira superprotetora, com permissividade excessiva, rejeição e baixa expectativa, além de acreditarem que qualquer atividade pode desencadear uma crise epiléptica.^{15,16}

Com essas reações, as crianças entendem que há algo de errado com elas e passam a ter comportamentos de dependência, insegurança, irritabilidade e imaturidade. Consequentemente, isso leva a família a ter menos proximidade, mais restrições de conduta, atividades e comunicação, influenciando, portanto, o ajustamento psicossocial dessas crianças com consequente diminuição da sua qualidade de vida e de todo o núcleo familiar.¹⁷⁻¹⁸

Pesquisas brasileiras já abordaram o caráter estigmatizante da epilepsia, suas crenças irracionais e como isso reflete na vida da criança diagnosticada com o distúrbio. Por exemplo, Fernandes e Souza¹⁷ buscaram saber as crenças dos pais de crianças diagnosticadas com epilepsia em relação à enfermidade, mostrando que as mais comuns são:

- Epilepsia como causa de doenças mentais;
- Pessoas com epilepsia engolirão a língua durante uma crise;
- A crise aparece quando alguém diz “não” ao paciente.

Essas crenças são baseadas nos mal-entendidos, nos medos das crises epiléticas e do que não fazer quando ocorrem e no preconceito com os medicamentos, tudo isso por causa da falta de conhecimento sobre o distúrbio.

Em estudo de Fernandes e Li⁸ realizado com crianças de 9 a 11 anos de idade, numa escola de ensino fundamental, buscou-se conhecer se tais crianças sabiam o que era epilepsia e, caso não, o que achavam que era. Os participantes da pesquisa mostraram conhecimentos inadequados, pois 56% deles acreditavam que epilepsia é uma doença que faz a pessoa engolir a língua, é contagiosa ou pode matar. Essas respostas refletem em parte a atitude da sociedade perante essa condição, isso porque as crianças verbalizam o que aprendem tanto em casa como na escola.^{8,12,19}

Nos últimos anos, percebe-se que há escassez de novas pesquisas sobre esse tema, o que se torna uma importante barreira para o conhecimento nesse campo de atuação. Diante disso, surge a necessidade de identificar quais são os conhecimentos, os medos, os mitos e as crenças acerca da epilepsia entre os responsáveis e/ou familiares das crianças diagnosticadas com a doença comparados àqueles de crianças com outros diagnósticos.

MÉTODOS

Este foi um estudo clínico descritivo transversal, que teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), com parecer substanciado nº 830.830.

Participantes

Responsáveis e/ou familiares de crianças com idade de até 5 anos que realizavam acompanhamento no ambulatório de neurologia infantil do Ambulatório de Especialidades “Dr. Nelson da Costa Chaves”, do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS). Posteriormente, dividiram-se os participan-

tes em dois grupos. O primeiro deles incluiu familiares de crianças diagnosticadas com epilepsia; e o segundo, parentes de crianças sem o diagnóstico estabelecido, a fim de comparar as respostas obtidas entre os dois grupos.

Os critérios de inclusão foram: familiares e/ou responsáveis que acompanhavam as crianças durante as consultas no ambulatório de neurologia infantil; todas as crianças com idade de até 5 anos, independentemente do diagnóstico; e aqueles familiares e/ou responsáveis que desejassem participar voluntariamente da pesquisa. Os critérios de exclusão foram aqueles que não preencheram os critérios de inclusão e os que não desejaram participar da pesquisa.

Instrumento

O questionário foi elaborado com base na segunda parte do Inventário Simplificado de Qualidade de Vida na Epilepsia Infantil, o qual, por sua vez, foi desenvolvido haja vista o Inventário de Qualidade de Vida de Guerreiro et al.,²⁰ fundamentado no relato dos pais de crianças portadoras de epilepsia, sobre aspectos importantes que afetam a vida de seus filhos, permitindo a identificação do impacto da doença no comportamento da criança e na dinâmica familiar.

Primeiramente, o questionário continha a identificação do familiar (nome, grau de parentesco, escolaridade e profissão) e da criança (idade, sexo, etnia e diagnóstico), idade de início das crises e frequência média delas (exclusivo para crianças diagnosticadas com epilepsia). A segunda parte do inventário envolvia uma questão aberta: Normalmente as pessoas têm algumas ideias a respeito do que venha a ser epilepsia. O que você acha? Além disso, havia 10 questões para responder sim ou não, apresentando-se de forma simples, completadas pelos pais de maneira fácil e rápida durante a rotina de atendimento clínico da criança (Figura 1).

Essas questões ampliaram a possibilidade de exploração, com os pais, de conceitos sobre uma variedade de problemas que afetam a qualidade de vida das crianças, incluindo frequência das crises, medos, identificação de mitos e crenças irracionais relativas à epilepsia.²⁰

Procedimentos

A aplicação do questionário, mediante o consentimento do familiar/responsável (termo de consentimento livre e esclarecido — TCLE), ocorreu durante o atendimento rotineiro da consulta médica no ambulatório. A análise estatística dos resultados foi feita por meio de testes não paramétricos, teste de χ^2 , teste exato de Fisher e teste *adjusted* residual, por intermédio do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).²¹

O teste de χ^2 , obtido por simulação de Monte Carlo, compara as frequências esperadas com as observadas (*count versus expected count*). Em todas as ocasiões na qual os resultados para o teste de χ^2 foram significativos, aplicou-se o teste *adjusted* residual (aquele que estima os resíduos ajustados). Nesses casos, toda vez que os valores foram maiores que 2 ou menores que -2, as diferenças entre os valores observados diferiam significativamente dos esperados. Já o teste de Fisher é usado para amostras pequenas e produz menos erro em relação ao teste de χ^2 .²¹

A pesquisa dependeu exclusivamente do consentimento dos familiares e/ou responsáveis pelas crianças atendidas no ambulatório, sua participação foi voluntária, as perguntas foram realizadas de modo individual e as respostas obtidas mantidas em sigilo.

RESULTADOS

Participaram do estudo 83 familiares de crianças que faziam acompanhamento no ambulatório de neurologia infantil do CHS. Deles, 36 estavam incluídos no grupo das crianças com diagnóstico de epilepsia e 47 no de crianças com outros diagnósticos. Quanto às características demográficas dos pais, na sua grande maioria, as acompanhantes eram as mães, sendo 75% no grupo com diagnóstico de epilepsia e 57,4% no outro grupo. Em relação à escolaridade, em ambos os grupos, a maior parte dos familiares possuía o 2º grau completo. Já no grupo de crianças com epilepsia, 55,6% dos acompanhantes não trabalhavam e 44,4% trabalhavam, em comparação ao grupo de crianças com outras

doenças neurológicas, no qual 27,7% dos acompanhantes não trabalhavam e 61,7% trabalhavam.

No grupo com diagnóstico de epilepsia, 47,2% das crianças tinham mais de 2 anos, atingindo até os 3 anos de idade completos, com média de idade de 29,4 meses. Já no grupo de crianças com outras enfermidades, 25,5% delas tinham idade de até 1 ano, 31,9% mais de 1 ano até 2 anos completos e 29,8% com idade de 3 até 5 anos completos, sendo a média=29,17 meses. Nesse grupo, os principais diagnósticos foram hidrocefalia (21,3%) e paralisia cerebral (12,8%).

As respostas mais frequentes para a questão aberta — “Normalmente as pessoas têm algumas ideias a respeito do que venha a ser epilepsia. O que você acha?” — foram: “não sei” (12 respostas), “crise convulsiva” (8 respostas) e “é o desmaio, tremedeira” (4 respostas), no grupo com epilepsia. Apenas uma pessoa se aproximou da resposta correta, dita numa linguagem leiga: “Ondas cerebrais que dão um curto-circuito levando à convulsão”. Outros termos utilizados pelos pacientes foram: “Crises que enrolam a língua, baba e que demora para voltar”, “Vem quando a criança teve algum problema na infância”,

IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR E/OU RESPONSÁVEL:	
Nome:	_____
Grau de parentesco:	_____
Escolaridade:	_____
Profissão:	_____
IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:	
Idade:	_____
Sexo:	_____
Etnia:	_____
Diagnóstico:	_____
EXCLUSIVO PARA CRIANÇAS COM EPILEPSIA:	
Idade de início das crises:	_____
Frequência média das crises:	_____
QUESTIONÁRIO:	
ASPECTOS CULTURAIS — Inventário Simplificado de Qualidade de Vida na Epilepsia Infantil.	
Normalmente as pessoas têm algumas ideias a respeito do que venha a ser epilepsia.	
O que você acha? _____	
Responda: sim ou não.	
Você acha que:	
1. A epilepsia é uma doença que pega?	Sim () Não ()
2. A pessoa que tem epilepsia futuramente vai apresentar uma doença mental?	Sim () Não ()
3. Você acha que as crises ocorrem porque seu filho tem algum verme?	Sim () Não ()
4. Ser portador de epilepsia é um castigo de Deus?	Sim () Não ()
5. Você tem medo de que o seu filho engula a língua?	Sim () Não ()
6. Você acha que seu filho pode melhorar com passes ou benzimentos?	Sim () Não ()
7. A epilepsia é uma doença que causa vergonha?	Sim () Não ()
8. Você aceita o fato de ter um filho epilético?	Sim () Não ()
9. Você acha que deve aceitar um filho epilético porque Deus quis assim?	Sim () Não ()
10. As crianças com epilepsia acompanham a escola?	Sim () Não ()
Observações: _____	

Figura 1. Questionário aplicado.

“Veia que desliga no cérebro”, “É quando dá choques na pessoa” e “Curto-circuito nas veias do cérebro”.

O grupo de familiares de crianças com outros diagnósticos trouxe as seguintes respostas: “não sei” (20 respostas), “crise convulsiva” (6 respostas) e “disfunção cerebral” (6 respostas). A resposta “É uma desordem do sistema nervoso que faz com que a criança tenha contrações por alguns minutos” foi a mais próxima da definição correta, dita numa linguagem leiga. Outras explicações para a definição de epilepsia foram: “Quando falta oxigênio no parto e quando tem água no cérebro”, “Tem a ver com alguma veia na cabeça”, “É um vírus”, “Veia que não circula na cabeça” e “Crise de desmaio por causa de choque elétrico no cérebro”.

Em relação às 10 questões com resposta sim ou não, vimos que, para a pergunta “A epilepsia é uma doença que pega?”, apenas três familiares dos 83 responderam que sim. Já a questão “A pessoa que tem epilepsia futuramente vai apresentar uma doença mental?”, 33,3% dos familiares de crianças com epilepsia e 44,7% dos parentes de crianças com outras doenças neurológicas responderam que sim, e a questão teve valor $p=0,206$.

Apenas 7 dos 83 participantes responderam que sim à questão “Você acha que as crises ocorrem porque seu filho tem algum verme?”. Em “Ser portador de epilepsia é castigo de Deus?”, apenas um participante respondeu que sim. Já quando a pergunta foi “Você tem medo de que ele engula a língua?”, 55,5% dos familiares de crianças com epilepsia responderam que sim, e no grupo com outros diagnósticos, exceto epilepsia, 61,7%. A pergunta “Você acha que ele pode melhorar com passes ou benzimentos?” apresentou 33,3% de “sim” no grupo com epilepsia e 53,2% de “sim” no outro grupo, revelando uma crença presente neste último.

Para as questões “A epilepsia é uma doença que causa vergonha?” e “Você aceita o fato de ter um filho epilético?”, apenas oito participantes responderam que sim para a primeira pergunta e dois que não, para a segunda. Esses resultados mostram que há aceitação familiar dos pacientes no que se refere à enfermidade. Porém, quando se perguntou “Você acha que deve aceitar um filho epilético porque Deus quis assim?”, obteve-se valor $p=0,015$, em que a maior parte das respostas foi “sim” de ambos os grupos e apenas 29,8% “não” do grupo de crianças com outros diagnósticos. Portanto, pode-se inferir que essa aceitação está atrelada ao fato de que se deve aceitar a epilepsia porque Deus assim o quer.

Na pergunta “As crianças com epilepsia acompanham a escola?”, a maior parte das respostas de ambos os grupos foi “sim”, com apenas quatro “não”.

Na análise comparativa da profissão do familiar relacionada aos grupos com e sem epilepsia, teve-se o valor de $p=0,014$, e quando se aplicou o teste *adjusted residual* se alcançou valor de 2,57 na variável “não trabalha” para o grupo com epilepsia e de -2,57 para o grupo sem epilepsia. É possível inferir que no grupo com epilepsia a maior parte dos acompanhantes (55,5%) não trabalha, em contrapartida ao observado no outro grupo, no qual a maioria trabalha (61,7%).

Quando comparadas a escolaridade do familiar e a questão “A epilepsia é uma doença que pega?”, obteve-se valor $p=0,012$. Ao aplicar o teste *adjusted residual*, encontrou-se o valor de 3,92 para as respostas “sim” e -3,92 para as “não” no grupo com 1º grau

incompleto. Não obstante a maioria das respostas ter sido “não”, as únicas três respostas “sim” foram provenientes desse grupo.

A questão “A pessoa que tem epilepsia futuramente vai apresentar uma doença mental?”, de acordo com a profissão do familiar, evidenciou-se o valor $p=0,026$, e a aplicação do teste *adjusted residual* para essa questão atingiu o valor de 2,52 para as respostas “sim” e -2,52 para “não” no grupo de estudantes, à qual todos responderam “sim”. Além disso, a questão “Você acha que ele pode melhorar com passes ou benzimentos?”, quando comparada à profissão do familiar, teve valor $p=0,048$, e mais uma vez o grupo de estudantes trouxe um valor do teste *adjusted residual* de 2,29 para respostas “sim” e -2,29 para “não”. Dos participantes, quatro eram estudantes, sendo três do ensino médio e um do ensino superior, e todos integravam o grupo de familiares de crianças sem epilepsia.

DISCUSSÃO

No presente trabalho, os resultados mostraram que as crenças de que a epilepsia é uma doença que pega, que causa vergonha, que é um castigo de Deus, que poderia levar a uma doença mental ou que é causada por algum verme já estão quase suprimidas. Além disso, quando se inquiriu se as crianças epiléticas acompanhavam a escola e se seus responsáveis e/ou familiares aceitariam o fato de ter um filho epilético, a maior parte respondeu que sim.

Para a questão “A pessoa que tem epilepsia futuramente vai apresentar uma doença mental?”, apesar de o teste exato de Fisher não ter tido valor significativo ($p=0,206$), a frequência de respostas em ambos os grupos traduz uma crença irracional ainda presente em parte desses familiares. Nas interrogativas “Você tem medo de que ele engula a língua?” e “Você acha que ele pode melhorar com passes ou benzimentos?”, observou-se uma frequência de “sim” que também transparece um mito ainda presente em parte desses familiares, e essas crenças e mitos já haviam sido descritos por Fernandes e Souza¹⁷ em uma pesquisa semelhante a esta. No grupo com epilepsia, a maior parte dos acompanhantes não trabalha, em oposição ao observado no outro grupo. Esses dados podem ter se dado por conta da necessidade de supervisão contínua dos familiares e/ou ansiedade destes diante da possibilidade de não prestar socorro à criança durante o ictô. Isso faz com que esses familiares possivelmente se comportem de maneira superprotetora^{15,16} e essas reações levem as crianças a terem comportamentos de dependência, insegurança, irritabilidade e imaturidade, perpetuando o estigma ainda existente a respeito da epilepsia.¹⁷

Assim, nessa pequena amostra, composta principalmente do grupo de familiares de não epiléticos, o grau de instrução modifica a percepção prognóstica da patologia. Essas explicações demonstram que, apesar de a maioria atribuir a epilepsia à disfunção cerebral, ainda há grande associação da crise epilética unicamente ao fenômeno motor.

Assim, a análise dos aspectos culturais, crenças, mitos, grau de comportamento e de ajustamento à doença na família é muito importante, pois permite a prevenção de condutas inadequadas, promovendo a melhoria na qualidade de vida das crianças com epilepsia e de suas famílias.

CONCLUSÃO

Apesar do aperfeiçoamento e do acesso aos veículos de comunicação, persistem aspectos negativos na compreensão do distúrbio. Assim, esta pesquisa pode orientar estudos futuros com amostras maiores, abordando um maior número de informações e fornecendo mais respostas nessa área. O estudo aponta também a necessidade de capacitações e conscientização sobre epilepsia, envolvendo desde campanhas públicas, incentivo e habilitação para profissionais da saúde e educadores, a fim de que possam passar para os pais e crianças informações corretas, desmistificando crenças e preconceitos relacionados à doença, bem como também ouvir pais e crianças com epilepsia, permitindo que eles comuniquem seus medos, anseios, dúvidas e crenças.

REFERÊNCIAS

1. Fisher RS, Van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005;46(4):470-2. DOI: 10.1111/j.0013-9580.2005.66104.x
2. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*. 2010;51(4):676-85. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2010.02522.x
3. Scorza FA, Cavalheiro EA. Epilepsias: aspectos sociais e psicológicos. *Rev Cult R IMAE*. 2004;5(11):48-53.
4. World Health Organization. WHO epilepsy [Internet]. World Health Organization: 2017 [acesso em 01 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/#.U8LG20Hif2k.mendeley>
5. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82. DOI: 10.1111/epi.12550
6. American Epilepsy Society. FAQs [Internet]. 2014 [acesso em 13 fev. 2016]. Disponível em: https://www.aesnet.org/clinical_resources/faqs
7. Noronha ALA, Borges MA, Marques LHN, Zanetta DMT, Fernandes PT, de Boer H, et al. Prevalence and pattern of epilepsy treatment in different socioeconomic classes in Brazil. *Epilepsia*. 2007;48(5):880-5. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2006.00974.x
8. Fernandes PT, Li LM. Percepção de estigma na epilepsia. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2006;12(4):207-18. DOI: 10.1590/S1676-26492006000700005
9. Glauser TA, Morita DA, Stannard KM, Benbadis SR, Kao A, Baumann RJ, et al. Infantile Spasm (West Syndrome). *Medscape* [Internet]. 2012 [acesso em 16 fev. 2016]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/1176431-overview>
10. Osborne JP, Lux AL, Edwards SW, Hancock E, Johnson AL, Kennedy CR, et al. The underlying etiology of infantile spasms (West syndrome): information from the United Kingdom Infantile Spasms Study (UKISS) on contemporary causes and their classification. *Epilepsia*. 2010;51(10):2168-74. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2010.02695.x
11. Ablon J. The nature of stigma and medical conditions. *Epilepsy Behav*. 2002;3(6 Suppl 2):2-9. DOI: 10.1016/S1525-5050(02)00543-7
12. Baker GA. People with epilepsy: what do they know and understand, and how does this contribute to their perceived level of stigma? *Epilepsy Behav*. 2002;3(6 Suppl 2):26-32. DOI: 10.1016/S1525-5050(02)00544-9
13. Baker GA, Brooks J, Buck D, Jacoby A. The stigma of epilepsy: a European perspective. *Epilepsia*. 2000;41(1):98-104. DOI: 10.1111/j.1528-1157.2000.tb01512.x
14. Gomes MM. História da epilepsia: um ponto de vista epistemológico. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2006;12(3):161-7. DOI: 10.1590/S1676-26492006000500009
15. Lewis MA, Hatton CL, Salas I, Leake B, Chiofalo N. Impact of the children's epilepsy program on parents. *Epilepsia*. 1991;32(3):365-74.
16. Thompson P, Upton D. Epilepsy and quality of life: quality of life in family members of persons with epilepsy. 2ª ed. Nova York: Raven Press; 1994. p. 19-31.
17. Fernandes PT, Souza EA. Identification of family variables in parents' groups of children with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59(4):854-8. DOI: 10.1590/S0004-282X2001000600004
18. Fernandes PT, Souza EAP. Inventário simplificado de qualidade de vida na epilepsia infantil: primeiros resultados. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(1):40-3. DOI: 10.1590/S0004-282X1999000100008
19. MacLeod JS, Austin JK. Stigma in the lives of adolescents with epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy Behav*. 2003;4(2):112-7. DOI: 10.1016/S1525-5050(03)00007-6
20. Guerreiro MM, Silva EA, Scotoni AE, Souza EAP. Qualidade de vida em epilepsia na infância. *J Liga Bras Epilepsia*. 1994;7(1):21-6.
21. Siegel S, Castellan Jr. NJ. Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento. 2ª ed. São Paulo: Penso; 2006.

Como citar este artigo:

Fonseca MSM, Esposito SB, Silva BG. Percepções de pais sobre a epilepsia. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2018;20(1):33-7. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i1a8