

Inclusão Escolar de Estudantes com Disritmia Cerebral: Estigma, Currículo e Protocolos de Apoio

Tânia Márcia Oliveira de Miranda

Resumo: Nas escolas brasileiras, estudantes com disritmia cerebral — frequentemente associada a quadros de epilepsia e crises epiléticas — vivenciam obstáculos que extrapolam o manejo clínico e atingem, de modo direto, as condições de participação, aprendizagem e pertencimento. O artigo analisa, de forma crítica, como o desconhecimento sobre a condição, aliado a estigmas e a práticas escolares padronizadas, produz barreiras que se expressam no currículo, nas interações e na organização institucional. Objetiva-se compreender, no âmbito do cotidiano escolar, quais fatores intensificam a exclusão simbólica e material desses estudantes e quais estratégias sustentam uma inclusão comprometida com direitos. Justifica-se a investigação pela recorrência de interpretações moralizantes e pela tendência a reduzir a inclusão a adaptações pontuais, sem reposicionar cultura escolar, gestão e trabalho pedagógico. Pergunta-se: de que maneira a escola pode reorganizar práticas e protocolos para acolher estudantes com disritmia cerebral, reduzindo o estigma e garantindo acesso ao currículo, segurança e participação? Adota-se metodologia qualitativa, de natureza bibliográfica, por meio de revisão narrativa com procedimentos sistematizados de busca, seleção e síntese. Os resultados indicam que a formação docente insuficiente sobre epilepsia, a ausência de protocolos pactuados e a fragilidade de ações intersetoriais alimentam medo, superproteção e exclusão de experiências escolares, inclusive atividades corporais, recreação e avaliações. Conclui-se que a inclusão requer articulação entre informação qualificada, mediação pedagógica, gestão do risco sem alarmismo e revisão de rotinas escolares, com ênfase em comunicação com famílias, prevenção de discriminações e monitoramento formativo do aprendizado. Também se ressalta que a cultura escolar inclusiva depende de formação continuada e pactos institucionais.

Palavras-chave: Epilepsia; Inclusão Escolar; Formação Docente.



Recebido em: nov. 2024; Aceito em: abr. 2025

DOI: 10.56069/2676-0428.2025.756

A Interseção entre Educação e Cultura: Fundamentos Teóricos e Práticos

Junho, 2025, v. 3, n. 27

Periódico Multidisciplinar da FESA Educacional

ISSN: 2676-0428



School Inclusion of Students with Cerebral Dysrhythmia: Stigma, Curriculum, and Support Protocols

Abstract: In Brazilian schools, students with cerebral dysrhythmia — often associated with epilepsy and epileptic seizures — experience obstacles that go beyond clinical management and directly affect the conditions of participation, learning and belonging. The article critically analyzes how the lack of knowledge about the condition, combined with stigmas and standardized school practices, produces barriers that are expressed in the curriculum, interactions and institutional organization. The objective is to understand, in the context of the school routine, which factors intensify the symbolic and material exclusion of these students and which strategies sustain an inclusion committed to rights. The investigation is justified by the recurrence of moralizing interpretations and the tendency to reduce inclusion to specific adaptations, without repositioning school culture, management and pedagogical work. The question is: how can the school reorganize practices and protocols to welcome students with cerebral dysrhythmia, reducing stigma and ensuring access to the curriculum, safety and participation? A qualitative methodology of bibliographic nature is adopted, through a narrative review with systematized procedures of search, selection and synthesis. The results indicate that insufficient teacher training on epilepsy, the absence of agreed protocols, and the fragility of intersectoral actions fuel fear, overprotection, and exclusion from school experiences, including bodily activities, recreation, and assessments. It is concluded that inclusion requires articulation between qualified information, pedagogical mediation, risk management without alarmism and review of school routines, with emphasis on communication with families, prevention of discrimination and formative monitoring of learning. It is also emphasized that the inclusive school culture depends on continuing education and institutional pacts.

Keywords: Epilepsy; School Inclusion; Teacher Training.

Inclusión escolar de estudiantes con disritmia cerebral: estigma, currículo y protocolos de apoyo

Resumen: En las escuelas brasileñas, los estudiantes con disritmia cerebral —a menudo asociada a epilepsia y convulsiones epilépticas— experimentan obstáculos que van más allá de la gestión clínica y afectan directamente a las condiciones de participación, aprendizaje y pertenencia. El artículo analiza críticamente cómo la falta de conocimiento sobre la condición, combinada con estigmas y prácticas escolares estandarizadas, genera barreras que se expresan en el currículo, las interacciones y la organización institucional. El objetivo es comprender, en el contexto de la rutina escolar, qué factores intensifican la exclusión simbólica y material de estos estudiantes y qué estrategias sostienen una inclusión comprometida con los derechos. La investigación se justifica por la recurrencia de interpretaciones moralizadoras y la tendencia a reducir la inclusión a adaptaciones específicas, sin reposicionar la cultura escolar, la gestión y el trabajo pedagógico. La pregunta es: ¿cómo puede el colegio reorganizar las prácticas y protocolos para acoger a estudiantes con disritmia cerebral, reduciendo el estigma y garantizando el acceso al currículo, la seguridad y la participación? Se adopta una metodología cualitativa de naturaleza bibliográfica, mediante una revisión narrativa con procedimientos sistematizados de búsqueda, selección y síntesis. Los resultados indican que la formación insuficiente del profesorado sobre epilepsia, la ausencia de protocolos acordados y la fragilidad de las acciones intersectoriales alimentan el miedo, la sobreprotección y la exclusión de las experiencias escolares, incluidas las actividades corporales, la recreación y las evaluaciones. Se concluye que la inclusión requiere articulación entre información cualificada, mediación pedagógica, gestión de riesgos sin alarmismo y revisión de las rutinas escolares, con énfasis en la comunicación con las familias, la prevención de la discriminación y el seguimiento formativo del aprendizaje. También se subraya que la cultura escolar inclusiva depende de la educación continua y los pactos institucionales.

Palabras clave: epilepsia; Inclusión escolar; Formación de profesores.

Introdução

A discussão sobre inclusão escolar, ancorada em marcos legais e em disputas contemporâneas sobre direitos, tende a evidenciar que a escola produz, por sua própria organização, barreiras de acesso e de participação que afetam grupos diversos. No caso de estudantes com disritmia cerebral, expressão ainda presente em contextos educacionais para designar alterações neurofuncionais, frequentemente relacionadas à epilepsia, a barreira mais visível costuma emergir como medo do imprevisível, sobretudo quando a equipe escolar associa a crise a perigo imediato e passa a restringir espaços, tempos e experiências (Fernandes; Souza, 2004).

Embora a epilepsia se defina, em parâmetros clínicos atuais, pela recorrência de crises epiléticas não provocadas, a vida escolar não se organiza por definições médicas isoladas, mas por interpretações compartilhadas, normas tácitas e expectativas sobre desempenho. Quando predomina o desconhecimento, a escola pode converter um evento neurológico em marcador identitário, produzindo rotulações, afastamento de pares e decisões pedagógicas orientadas por superproteção, o que tensiona o princípio de participação plena e o acesso ao currículo em diferentes áreas (Guilhoto et al., 2007; Brasil, 1998). Nesse sentido, a inclusão precisa ser compreendida como reorganização do sistema escolar, conforme diretrizes nacionais, e não como concessão; o estudante permanece sujeito de direitos, inclusive ao atendimento educacional especializado quando cabível, sem que isso implique apartação do convívio com a turma (Brasil, 1996; Brasil, 2008). Do ponto de vista jurídico-educacional, a educação inclusiva impõe oferta de apoios e eliminação de barreiras, sem segregação, conforme dispositivos da LDB e da Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 1996; Brasil, 2015).

A justificativa detalha-se por três razões articuladas. Primeiro, a literatura aponta que o estigma associado à epilepsia persiste entre docentes e interfere na leitura de capacidades, favorecendo expectativas rebaixadas e práticas de exclusão simbólica (Fernandes; Souza, 2004). Segundo, a ausência de protocolos escolares pactuados — que orientem acolhimento, comunicação e encaminhamentos — amplia a insegurança institucional e reforça respostas

improvisadas. Terceiro, a escolarização inclusiva exige deslocar o foco do “caso” para a reconfiguração da cultura escolar e da mediação pedagógica, evitando que a diferença seja tratada como desvio a ser neutralizado (Pedrinelli, 2002). Soma-se a isso a necessidade de garantir confidencialidade e tratamento ético de informações sensíveis, evitando exposição do diagnóstico e circulação informal de dados, em consonância com a legislação de proteção de dados e com o dever de cuidado institucional (Brasil, 2018).

Define-se como objetivo geral analisar criticamente os desafios e as possibilidades de inclusão de estudantes com disritmia cerebral no ambiente escolar, com ênfase em estigma, currículo e protocolos de apoio. Como objetivos específicos, propõe-se: (i) delimitar conceitos e implicações escolares da disritmia cerebral/epilepsia, articulando manifestações e necessidades educacionais; (ii) examinar como estigmas, crenças e desconhecimento docente produzem barreiras institucionais e curriculares; (iii) sistematizar diretrizes para práticas pedagógicas e protocolos intersetoriais que favoreçam segurança, participação e aprendizagem.

Para atender aos objetivos, o artigo organiza-se em três seções de desenvolvimento. A primeira seção discute a disritmia cerebral no contexto escolar, distinguindo conceitos, efeitos possíveis sobre atenção, linguagem e desempenho, e apontando implicações para a leitura pedagógica do estudante (Guerreiro, 2000; Souza; Fernandes, 1999). A segunda seção analisa barreiras e estigmas, com destaque para percepções docentes, cultura escolar e currículos que restringem participação, bem como para ações educativas e formação continuada (Guilhoto et al., 2007; Liberalesso, s.d.). A terceira seção sistematiza orientações de intervenção escolar, incluindo protocolos de apoio, comunicação e participação em atividades escolares, com atenção a benefícios e cuidados em experiências corporais e à avaliação formativa (Vancini et al., 2008; Vicentin et al., 2008). A análise privilegia a escola comum como locus de políticas públicas, observando como decisões rotineiras — avaliação, recreio, circulação e convivência — podem ampliar ou reduzir barreiras.

Disritmia cerebral/epilepsia e escolarização: delimitações conceituais e repercussões pedagógicas

Em muitos contextos escolares brasileiros, “disritmia cerebral” circula como rótulo amplo para alterações registradas em exames como o eletroencefalograma, servindo, por vezes, como sinônimo impreciso de epilepsia. Tal uso, quando não problematizado, produz confusão entre diagnóstico, sintoma e prognóstico, além de favorecer interpretações deterministas sobre aprendizagem. A literatura clínica descreve a epilepsia como condição neurológica crônica caracterizada pela recorrência de crises epiléticas, que podem assumir formas variadas — desde episódios de ausência e alterações comportamentais até crises generalizadas — com intensidade e frequência heterogêneas (Aspesi; Venturella; Perla, s.d.; Guerreiro, 2000). No âmbito educacional, a variabilidade importa: a escola precisa compreender que a condição não define, por si, um perfil cognitivo fixo, ainda que possa se associar, em alguns casos, a dificuldades de atenção, memória, linguagem e autorregulação, seja por fatores etiológicos, seja por efeitos psicossociais do estigma e de rotinas de tratamento.

A leitura pedagógica do estudante com epilepsia exige separar três planos. O primeiro plano corresponde ao reconhecimento da crise como evento possível, com sinais e tempos próprios, de modo que a equipe escolar consiga agir com serenidade e com base em orientações pactuadas, evitando respostas punitivas ou espetacularização. O segundo plano envolve a compreensão do cotidiano escolar como ambiente de múltiplos estímulos — luz, som, fadiga, estresse — que podem interferir na autorregulação do estudante, demandando ajustes razoáveis em organização do tempo, previsibilidade de rotinas e apoio na transição entre atividades. O terceiro plano refere-se ao acesso ao currículo: a condição não autoriza retirada automática de componentes curriculares, mas solicita mediação para que o estudante participe em igualdade de condições, com suporte quando necessário (Brasil, 1998; Cidade, 2002).

Do ponto de vista psicossocial, estudos com professores indicam que crenças sobre epilepsia e desconhecimento sobre o que acontece durante uma crise alimentam medo, atribuições moralizantes e expectativas rebaixadas, o que

repercute na forma como tarefas são propostas, como avaliações são conduzidas e como oportunidades de participação são distribuídas (Fernandes; Souza, 2004). A consequência prática pode aparecer em microdecisões: evitar que o aluno se exponha em apresentações, impedir participação em passeios, restringir recreio e excluir de atividades corporais, ainda que a literatura sobre atividade física aponte benefícios gerais à saúde e indique que a exclusão automática se ancora mais no temor do que em evidência (Lazzoli et al., 1998; Vancini et al., 2008). Quando a escola opta por proteger pela via da retirada, desloca a inclusão para um regime de excepcionalidade, no qual o estudante permanece presente, mas com experiências empobrecidas.

Nessa direção, a qualidade de vida de crianças com epilepsia pode ser afetada não apenas pela condição clínica, mas pela forma como o entorno interpreta e regula suas possibilidades. Resultados iniciais de um inventário simplificado de qualidade de vida na epilepsia infantil evidenciam que crenças familiares e percepções sobre a condição atravessam relações e expectativas, compondo um cenário em que a escola, quando não atua como espaço de informação qualificada, tende a reproduzir preconceitos circulantes (Souza; Fernandes, 1999). Para além de diagnósticos, o que se coloca para a escola corresponde a construir um ambiente comunicacional seguro: explicar a colegas e equipe, com consentimento da família, o que é a epilepsia; pactuar estratégias de apoio; e estabelecer procedimentos de acolhimento que preservem dignidade, evitando exposição do estudante.

Por fim, a análise crítica implica reconhecer que documentos curriculares, mesmo quando elaborados para áreas específicas, como os Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental, delimitam princípios de participação, respeito às diferenças e segurança, que podem orientar decisões pedagógicas em toda a escola (Brasil, 1998). Ao deslocar a leitura do aluno do campo do “risco” para o campo do “direito”, torna-se possível operacionalizar adaptações razoáveis: flexibilizar tempo de prova após crise, oferecer alternativas de registro quando houver fadiga, assegurar acompanhamento em momentos de transição e fortalecer estratégias de autorregulação. Assim, a disritmia cerebral deixa de operar como justificativa para a exclusão e passa a constituir um dado para planejamento pedagógico informado.

Um ponto frequentemente negligenciado no cotidiano escolar consiste em reconhecer que dificuldades observadas em sala podem derivar tanto de fatores neurológicos quanto de processos sociais. Pesquisa sobre linguagem e cognição em crianças com epilepsia, ao situar o fenômeno no contexto educacional, sugere que alterações de atenção e processamento podem coexistir com trajetórias de aprendizagem bem-sucedidas, desde que o ambiente escolar ofereça mediação, feedback e oportunidades de participação sem estigmatização (Zanini, 2011). Uma leitura pedagógica informada favorece intervenções simples: instruções segmentadas, uso de pistas visuais, checagem de compreensão e retomadas planejadas, preservando expectativas altas e realistas.

Também se destaca que a escola precisa diferenciar a crise epiléptica de outros eventos transitórios e evitar generalizações. Protocolos clínicos e materiais de orientação indicam que nem todo episódio convulsivo configura epilepsia e que a avaliação clínica delimita causas e condutas (Brasil, 2010). Para a escola, essa distinção tem efeito pragmático: impede que um episódio isolado gere rótulo permanente, além de reduzir reações de pânico. Quando a instituição assume postura comunicacional responsável, contribui para acompanhamento por necessidades educacionais concretas.

Estigma, barreiras institucionais e formação docente: inclusão como cultura escolar

A inclusão escolar de estudantes com disritmia cerebral tensiona a escola em um ponto sensível: a distância entre o discurso universalista de igualdade e as práticas cotidianas que, ao lidar com a diferença, acionam medos, crenças e rotinas excludentes. Estudos sobre percepção de estigma entre professores do Ensino Fundamental mostram que parte significativa do corpo docente associa epilepsia a incapacidade, imprevisibilidade e risco permanente, o que repercute em atitudes de evitação, na superproteção e no silenciamento do tema (Fernandes; Souza, 2004). Quando o estigma se instala, ele opera como lente interpretativa que reorganiza expectativas: o estudante passa a ser lido pelo diagnóstico, e não por sua trajetória de aprendizagem, o que favorece baixas

exigências acadêmicas, redução de tarefas e exclusão de experiências escolares consideradas “perigosas”.

A literatura também evidencia que a falta de informação estruturada produz uma escola reativa, dependente de improvisos. Uma ação educativa com professores na periferia do município de São Paulo ilustra que intervenções formativas, mesmo de curta duração, podem ampliar conhecimento, reduzir medo e reorganizar condutas, aproximando especialistas e educadores em um regime de cooperação (Guilhoto et al., 2007). Esse dado tensiona um equívoco recorrente: tratar a epilepsia como assunto “apenas médico” retira da escola a responsabilidade pedagógica e institucional de construir condições de participação. Em vez disso, a condição demanda uma interface: saúde informa, mas a escola traduz essa informação em rotinas, comunicação e mediações pedagógicas.

Em chave crítica, importa observar como barreiras se materializam no currículo e na cultura escolar. A exclusão pode aparecer como retirada de conteúdos e de atividades que compõem a experiência escolar, especialmente aquelas que envolvem movimento, jogos, recreação e situações com maior estímulo sensorial. Entretanto, ao discutir inclusão e prática pedagógica, a literatura aponta que a escola pode adaptar o modo de participação sem suprimir o direito de vivenciar o currículo, desde que mobilize planejamento, mediação e avaliação formativa (Cidade, 2002; Pedrinelli, 2002). Assim, em vez de excluir o estudante de atividades corporais, a escola pode ajustar intensidade, organização do espaço e acompanhamento, evitando tanto a negligência quanto a tutela.

Outro eixo de barreira situa-se na linguagem e na cognição, dimensões frequentemente atingidas pelo estigma. Quando o estudante sofre rotulação, tende a reduzir participação oral, evitar exposição e experimentar ansiedade, fatores que interferem em aprendizagem de leitura e escrita e em interações com pares. Esse movimento pode ser interpretado, de modo inadequado, como “desinteresse”, quando, em realidade, se relaciona à gestão da imagem pública e ao medo de sofrer humilhações. Em perspectiva educacional, compreender a escola como espaço de cultura de movimento e de relações corpo-natureza-cultura permite reconhecer que aprender envolve experiências sensíveis,

participação e pertencimento; portanto, excluir o estudante de vivências corporais e sociais empobrece sua escolarização (Mendes; Nóbrega, 2004).

Além disso, a formação docente tende a carecer de componentes que articulem saúde, educação e direitos. Materiais de divulgação em saúde, ao explicarem tipos de crises e orientações gerais, podem subsidiar a escola, mas só ganham potência quando incorporados a protocolos internos, discutidos coletivamente e revisitados com base em experiências concretas (ABCD da Saúde, 2021). A ausência de protocolos torna a crise evento “sem dono”: professores não sabem como agir, estudantes observam reações de pânico, e a família percebe insegurança, o que pode intensificar falta de confiança na escola. Diretrizes clínicas e terapêuticas, quando apropriadas criticamente, auxiliam a delimitar o que cabe à escola: reconhecer sinais, acionar rede de apoio, registrar ocorrências e proteger dignidade, sem medicalizar a rotina escolar (Brasil, 2010).

Nesse cenário, a desconstrução do estigma exige ações em três níveis. No nível informacional, a escola precisa construir letramento em saúde: conhecer termos, desfazer mitos, orientar equipe e, com consentimento, dialogar com turma e comunidade. No nível relacional, requer-se política explícita de enfrentamento a discriminações, com mediação de conflitos e cuidado com exposição pública do estudante. No nível pedagógico, impõe-se planejar com flexibilidade: prever alternativas de registro, ampliar tempo quando necessário, acompanhar efeitos de sono e fadiga, e evitar interpretações moralizantes sobre desempenho. Ao articular esses níveis, a inclusão deixa de depender de “boa vontade” e passa a integrar a cultura escolar como prática institucional.

Para compreender por que o estigma resiste, convém observar sua dimensão cultural. A epilepsia, por envolver perda transitória de controle corporal, costuma mobilizar imaginários de perigo e incapacidade, o que se reforça quando a escola carece de espaços de discussão e de linguagem técnica acessível. A condição atinge parcela expressiva da população e pode se associar a desigualdades de acesso a diagnóstico e cuidado, o que torna a escola espaço estratégico de compensação social (Vogt, 2002).

Entretanto, informação isolada não basta. A cultura escolar se estrutura por normas, rotinas e expectativas avaliativas. Quando o currículo se organiza por tempos rígidos, provas concentradas e exposição pública constante,

estudantes com condições de saúde crônica tendem a experimentar maior vulnerabilidade, com aumento de ansiedade, faltas e sensação de inadequação. Assim, o enfrentamento do estigma precisa dialogar com a gestão do currículo: flexibilização de tempos, diversificação de instrumentos avaliativos e planejamento de retomadas, sem reduzir exigência intelectual. Documentos curriculares e de inclusão, ao preconizarem respeito às diferenças, indicam que adaptações razoáveis devem ocorrer no ambiente, e não apenas no indivíduo (Brasil, 1998; Brasil, 2008).

Há, ainda, um componente institucional frequentemente silenciado: a gestão de informações sobre saúde. Na prática, escolas divulgam diagnósticos em conversas informais, bilhetes ou mensagens em grupos, produzindo exposição indevida e ampliando risco de bullying. A legislação de proteção de dados orienta tratamento restrito de informações sensíveis, sugerindo protocolos de confidencialidade na escola (Brasil, 2018). Com consentimento, ações educativas podem ocorrer sem personalizar a discussão em um único aluno.

A formação docente precisa superar modelos episódicos e centrados apenas em “primeiros socorros”. O manejo de crise importa, porém a inclusão se sustenta por competências pedagógicas: planejamento flexível, avaliação formativa, mediação de conflitos e expectativas acadêmicas ajustadas. Em diálogo com abordagens de inclusão, a escola pode mapear barreiras arquitetônicas, comunicacionais, atitudinais e curriculares e construir respostas integradas, evitando responsabilização individual (Pedrinelli, 2002).

Intervenções pedagógicas que abordem saúde e direitos podem reduzir tais práticas ao instituir linguagem respeitosa e ao produzir repertório de cuidado entre pares. Trata-se de deslocar o tema do segredo para o conhecimento, sem violar privacidade.

Protocolos pedagógicos e intersetorialidade: diretrizes operacionais para participação e aprendizagem

A reorganização do cotidiano escolar para acolher estudantes com disritmia cerebral não se reduz à gestão do momento da crise; ela exige planejamento pedagógico e pactuação de protocolos que protejam a dignidade

do estudante e preservem acesso ao currículo. Um primeiro movimento consiste em delimitar objetivos e responsabilidades, evitando listas genéricas: definir metas de aprendizagem, prever apoios e monitorar resultados com critérios claros, de modo que a inclusão não se transforme em retórica sem consequência (Ramon et al., s.d.). Em termos operacionais, a escola pode instituir um Plano Individual de Apoio, acordado com família e, quando pertinente, com profissionais de saúde, contendo sinais de alerta, contatos, condutas acordadas, necessidades pós-crise (tempo de recuperação, hidratação, repouso) e estratégias de comunicação com a turma.

Um segundo movimento envolve alinhar protocolos a princípios de segurança sem alarmismo. Documentos de diretrizes terapêuticas e materiais de atenção em saúde ajudam a delimitar que a crise não autoriza práticas invasivas por leigos e que o foco escolar recai sobre proteção contra quedas, observação, tranquilização e acionamento de rede quando necessário (Brasil, 2010). Essa delimitação reduz o pânico e diminui a probabilidade de exposição pública do estudante. Além disso, o registro de ocorrências, com linguagem não estigmatizante, permite identificar padrões associados a rotina (falta de sono, estresse em avaliações, superestimulação), o que retroalimenta ajustes pedagógicos.

No campo das experiências corporais e da participação em atividades escolares, a literatura revisional indica benefícios do exercício físico para qualidade de vida e sugere que a exclusão automática de pessoas com epilepsia se ancora em medos, não em evidência; recomenda-se, portanto, avaliação individualizada e adaptação do contexto, e não retirada generalizada (Vancini et al., 2008). Revisões que discutem convulsão, epilepsia e exercícios também assinalam que contraindicações dependem de tipo de crise, controle clínico e ambiente da atividade, reforçando a necessidade de planejamento e supervisão, sobretudo em atividades com maior risco de queda ou água (Vicentin et al., 2008). Assim, a escola pode organizar participação segura por meio de: escolha de atividades com menor risco, presença de adulto de referência, hidratação, pausas, orientação a pares e redução de estímulos desencadeadores.

Importa notar que a inclusão, para não se restringir a uma área, precisa atravessar planejamento didático em todas as disciplinas. Sinalizações simples

— como antecipação de mudanças de rotina, uso de recursos visuais, flexibilização de tempo, oferta de alternativas de produção textual ou oral — ampliam participação e reduzem ansiedade, especialmente quando o estudante vivencia medo de exposição após crises. Ao mesmo tempo, o ensino pode fortalecer letramento crítico em saúde: discutir mitos, linguagem respeitosa e direitos, promovendo uma cultura de cuidado compartilhado e redução de bullying. Nesse ponto, a escola se beneficia de materiais de divulgação que derrubam estigmas e ajudam a diferenciar epilepsia de “loucura” ou “falta de controle moral”, crenças que ainda circulam socialmente (Liberalesso, s.d.; Vogt, 2002).

Por fim, a avaliação precisa operar como acompanhamento formativo, com critérios ajustados às condições concretas do estudante. Após crises, pode haver sonolência e lentificação temporária, o que recomenda adiar provas, fracionar tarefas e avaliar por múltiplas evidências, evitando punição por ausências ou queda momentânea de desempenho. A elaboração de trabalhos acadêmicos e registros de processos, quando orientada por princípios metodológicos claros, contribui para que a escola documente práticas e produza memória institucional, podendo, inclusive, alimentar projetos de formação continuada (Sanches, 2011). Assim, protocolos pedagógicos e intersetorialidade compõem uma mesma arquitetura: garantir segurança, preservar dignidade e sustentar aprendizagem com base em planejamento.

Para tornar o protocolo praticável, recomenda-se que a escola explicita um fluxo simples de ação: (1) reconhecer sinais e proteger contra quedas; (2) manter o estudante em posição segura e observar duração; (3) evitar contenções e ações invasivas; (4) acionar responsáveis e, quando indicado, serviços de urgência; (5) oferecer acolhimento pós-evento, com espaço para recuperação e retorno gradual às atividades; (6) registrar ocorrência de forma descritiva e revisar, com a equipe, ajustes necessários. Esse fluxo, ao ser treinado em momentos de formação, reduz variação de condutas entre professores e diminui a chance de exposição pública do estudante.

Na dimensão didática, a escola pode instituir um “kit pedagógico” de retomada: resumos das aulas, atividades de recomposição de aprendizagem e canais de comunicação para dúvidas, evitando que faltas ou períodos de

recuperação resultem em lacunas cumulativas. Em avaliações, além de ampliar tempo e diversificar instrumentos, pode-se organizar devolutivas orientadas, de modo que o estudante compreenda critérios e avance por etapas, o que se alinha à avaliação formativa e reduz ansiedade associada a desempenho. Em atividades de campo e eventos, o plano de apoio deve prever adulto de referência, rotas de acesso a serviços e estratégias de redução de superestimulação.

Por conseguinte, recomenda-se inserir o tema em projetos interdisciplinares, articulando ciências, língua portuguesa e convivência ética. A turma pode discutir como se constroem mitos sobre doenças, como a mídia trata o tema e quais direitos protegem pessoas com condições crônicas, promovendo letramento crítico e reduzindo estigmas.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica, delineada como revisão narrativa com procedimentos sistematizados de busca, seleção e síntese. Esse delineamento permite reunir e interpretar produções heterogêneas (artigos, documentos normativos e textos técnico-científicos), focalizando a construção crítica de categorias relativas a estigma, barreiras institucionais e protocolos escolares. A escolha por revisão narrativa fundamenta-se na possibilidade de integrar, em um mesmo quadro, evidências empíricas e documentos orientadores, sem pretender exaustividade típica de revisões sistemáticas, mas mantendo transparência nos passos de levantamento (Casarin et al., 2020).

Os procedimentos metodológicos seguiram quatro etapas. Na primeira, definiram-se problema, pergunta de pesquisa, objetivos e descritores, conforme noções introdutórias de metodologia científica (Almeida, 2017). Na segunda, realizou-se busca em bases e repositórios de acesso público e em portais institucionais, combinando termos como “epilepsia”, “estigma”, “professores”, “inclusão escolar” e “protocolos”, além de variações como “crise convulsiva” e “qualidade de vida”. Na terceira, procedeu-se à seleção por critérios: inclusão de textos com foco em contexto escolar e educação básica; publicações em

português; e materiais com relevância para práticas pedagógicas. Excluíram-se duplicatas, textos exclusivamente clínicos sem interface educacional e materiais sem consistência mínima de autoria ou procedência.

Na quarta etapa, operacionalizou-se a síntese a partir de um fluxo inspirado no método SSF para revisão de literatura, que organiza a busca e o refinamento das referências por etapas de seleção e filtro (Ferenhof; Fernandes, 2016). Os textos selecionados foram submetidos a leitura exploratória e analítica, com elaboração de fichamentos e construção de categorias temáticas. A análise privilegiou três eixos: (a) conceituação de disritmia cerebral/epilepsia e implicações para escolarização; (b) estigma e barreiras institucionais, incluindo percepções docentes; (c) diretrizes operacionais e protocolos pedagógicos, com atenção a participação em atividades e avaliação. A redação dos resultados observou recomendações práticas de sistematização de método e escrita acadêmica, com explicitação de decisões e coerência entre objetivos, corpus e conclusões (Ferrer; Dias, 2023).

Para garantir rastreabilidade, registraram-se, em planilha de extração, autor, ano, tipo de documento, foco (definições, estigma, intervenção), principais resultados e contribuições para práticas escolares. Também se procedeu à verificação de convergências e tensões entre documentos normativos e estudos empíricos, com atenção a limites de generalização. Por se tratar de revisão bibliográfica, não houve coleta de dados com participantes; portanto, não se aplicaram procedimentos de consentimento, embora se mantenha compromisso ético com fidelidade das fontes e com uso responsável de informações sobre saúde, evitando prescrições clínicas e priorizando recomendações compatíveis com atribuições escolares.

Considerações finais

A análise crítica realizada indica que a inclusão de estudantes com disritmia cerebral demanda deslocamento de enfoque: em vez de tratar a condição como “problema do aluno”, necessita-se compreender como a escola organiza barreiras e como pode reconfigurar rotinas, cultura e mediações para sustentar participação e aprendizagem. O objetivo geral — analisar desafios e

possibilidades de inclusão com ênfase em estigma, currículo e protocolos — foi atendido ao demonstrar que o estigma docente e comunitário, documentado em estudos sobre percepção de professores, opera como matriz interpretativa que reduz expectativas e restringe experiências escolares (Fernandes; Souza, 2004). Esse achado atende, também, ao objetivo específico (ii), ao explicitar como crenças e desconhecimento produzem barreiras institucionais e curriculares.

Quanto ao objetivo específico (i), a delimitação conceitual evidenciou que a expressão “disritmia cerebral” circula de modo impreciso, podendo obscurecer a compreensão de epilepsia como condição heterogênea e não determinista. Ao reconhecer variabilidade de crises e efeitos contextuais sobre desempenho, torna-se possível realizar leitura pedagógica mais fina, articulando ajustes razoáveis em tempo, organização e avaliação sem suprimir o direito ao currículo (Brasil, 1998; Souza; Fernandes, 1999). Assim, a escola passa a operar com informação qualificada, reduzindo medo e evitando tanto negligência quanto superproteção.

No que se refere ao objetivo específico (iii), a sistematização de diretrizes operacionais mostrou que protocolos escolares pactuados constituem eixo estruturante da inclusão. Ação educativa com professores, ao aproximar especialistas e educadores, indica que formação continuada favorece reorganização de condutas e redução de atitudes evitativas (Guilhoto et al., 2007). Além disso, evidências revisadas sobre atividade física e epilepsia sustentam que exclusões automáticas carecem de base e que a escola pode promover participação segura por meio de adaptação do contexto, supervisão e planejamento (Vancini et al., 2008; Vicentin et al., 2008). Esse conjunto responde à pergunta da pesquisa, ao indicar que a escola pode reorganizar práticas e protocolos por meio de três frentes: letramento em saúde e enfrentamento ao estigma; pactuação institucional de condutas e comunicação; e mediação pedagógica com avaliação formativa.

Como desdobramento, recomenda-se que redes de ensino instituem formação periódica sobre epilepsia e primeiros cuidados no contexto escolar, definam protocolos unificados e assegurem que a inclusão seja monitorada por indicadores de participação e aprendizagem, e não apenas por ausência de incidentes. A escola, ao produzir uma cultura de cuidado compartilhado e de

respeito às diferenças, reduz a vulnerabilidade social do estudante e amplia condições de pertencimento, sem transformar a experiência escolar em regime de excepcionalidade permanente. Esse horizonte reafirma que inclusão corresponde a projeto institucional, sustentado por conhecimento, planejamento e compromisso com direitos.

Entre as limitações do estudo, registra-se que a revisão privilegia literatura em língua portuguesa e textos de acesso público, o que pode restringir comparações internacionais e análises de políticas mais recentes. Mesmo assim, o conjunto de evidências analisado sustenta que a escola dispõe de margem de ação ampla, sobretudo quando transforma informação em protocolos e quando transforma protocolos em cultura institucional. Pesquisas futuras podem investigar, em estudos de campo, como planos individuais de apoio impactam participação, desempenho e percepção de pertencimento, bem como quais formatos de formação docente produzem mudanças duradouras em atitudes e práticas.

Referências

ABCD DA SAÚDE. **Epilepsia / Convulsão** – Ataque Epiléptico. [S.l.: ABC da Saúde Informações Médicas Ltda.], 2021.

ALMEIDA, Maurício B. **Noções básicas sobre metodologia de pesquisa científica**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.

ASPESI, N.; VENTURELLA, N.; PERLA, Alexandre da Silveira. **Epilepsia/convulsão** – ataque epiléptico. [S.l.: s.n.], s.d.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência** (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Presidência da República, 2015.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**. Brasília: Presidência da República, 2018.

BRASIL. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Presidência da República, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do Ensino Fundamental – Educação Física**. Brasília: MEC, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: volume 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CASARIN, Sidnéia Tessmer et al. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 5, 2020. DOI: 10.15210/jonah.v10i5.19924.

CIDADE, Ruth Eugênia; FREITAS, Patrícia Silvestre. Educação física e inclusão: considerações para a prática pedagógica na escola. **Revista Integração**, v. 14, p. 27-30, 2002.

FERENHOF, Helio Aisenberg; FERNANDES, Roberto Fabiano. Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF. **Revista ACB**, v. 21, n. 3, p. 550-563, 2016.

FERNANDES, Paula Teixeira; SOUZA, Elisabete Abib Pedroso de. Percepção do estigma da epilepsia em professores do ensino fundamental. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 1, p. 189-195, 2004.

FERRER, Walkiria Martinez Heinrich; DIAS, Jefferson Aparecido. **Manual prático de metodologia da pesquisa científica: noções básicas**. Marília: Unimar, 2023.

GUERREIRO, Carlos A. M. **Epilepsia**. [S.l.: s.n.], 2000.

GUILHOTO, Laura Maria de Figueiredo Ferreira et al. Ação educativa de professores de ensino fundamental sobre epilepsia na periferia do município de São Paulo: união de extremos – especialistas e educadores. **Journal of**

Epilepsy and Clinical Neurophysiology, v. 13, n. 3, p. 143-147, 2007. DOI: 10.1590/S1676-26492007000300010.

LAZZOLI, José Kawazoe et al. Atividade física e saúde na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 4, n. 4, p. 107-109, 1998. DOI: 10.1590/S1517-86921998000400002.

LIBERALESSO, Paulo Breno Noronha. **Epilepsia**: derrubando alguns estigmas. [S.l.: s.n.], s.d.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza; NÓBREGA, Terezinha Petrucia da. **Corpo, natureza e cultura**: contribuições para a educação. *Revista Brasileira de Educação*, n. 27, p. 125-137, 2004.

NICOLAU, Paulo Fernando M. **Os problemas que aparecem ou não ser da mente**. [S.l.: s.n.], s.d.

PEDRINELLI, Verena Junghähnel. Possibilidades na diferença: o processo de 'inclusão', de todos nós. **Revista Integração**, v. 14, p. 31-34, 2002.

RAMON, Josy Ferraz et al. **Verbos para a elaboração dos objetivos**. [S.l.: s.n.], s.d.

SANCHES, Alcir Braga. **Trabalho de Conclusão do Curso**. Brasília: Universidade de Brasília, 2011.

SOUZA, Elisabete Abib Pedroso de; FERNANDES, Paula Teixeira. Inventário simplificado de qualidade de vida na epilepsia infantil: primeiros resultados. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 40-43, 1999.

VANCINI, Rodrigo Luiz et al. Epilepsia e atividade física: estudos em humanos e animais. **Motriz**, Rio Claro, v. 14, n. 2, p. 196-206, 2008.

VICENTIN, Simone da Silva et al. Convulsão, epilepsia e exercícios físicos: uma revisão de literatura enfatizando benefícios e contraindicações. In: SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 6., 2008, Ji-Paraná. **Anais** [...]. Ji-Paraná: Faculdade São Lucas, 2008.

VINOCUR, Evelyn. **15 dicas para lidar melhor com a epilepsia**. [S.l.: s.n.], 2011.

VOGT, Carlos. **Ocorrência de epilepsia é maior no Terceiro Mundo**. [S.l.: s.n.], 2002.

ZANINI, Rachel Schlindwein. Linguagem e cognição da criança com epilepsia no contexto educacional. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 6, n. 2, p. 489-512, 2011.