

NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA E NEUROPATOLOGIA E SUA INTEGRAÇÃO COM O PSF

Neurology, Neurosurgery and Neuropathology and their integration within PSF

Curso proferido por:

Gerardo Cristino Filho

Neurocirurgião, Diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Colaboração: Equipe Interdisciplinar do Serviço de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (CE)

Relato feito por:

Sandra Maria Melo Souza

Enfermeira do Serviço de Neurocirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (CE)

sinopse

O curso foi ministrado pela equipe interdisciplinar do Serviço de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) e tratou da necessidade de inter-relacionar e integrar o atendimento médico nas diversas áreas da saúde; além de abordar o tratamento do acidente vascular cerebral, o dinamismo da enfermagem, o estudo da dor nas doenças degenerativas e os mitos e tabus no tratamento da epilepsia.

palavras-chave

Neurologia; programa saúde da família; interdisciplinaridade; enfermagem.

abstract

This course was administered by the interdisciplinary team from the Neurology Service at "Santa Casa de Misericórdia" Hospital in Sobral (SCMS) and dealt with the necessity to interrelate and integrate medical attendance in diverse health areas; other than tackling the treatment of cerebral vascular accident, nursing dynamism, pain study in degenerative sicknesses and myths and taboos in epilepsy treatment.

key words

Neurology; family health program; interdisciplinary; nursing.

DINÂMICA DO CURSO:

Abertura foi realizada pelo Dr. Gerardo Cristino Filho, chefe do Serviço de Neurologia da SCMS, Diretor do CCS e Coordenador da Faculdade de Medicina de Sobral, da Universidade Federal do Ceará. Iniciou agradecendo a presença de todos e, parabenizou à organização do Evento, que constatou a necessidade de um aprofundamento nos temas: Neurologia, Neurocirurgia, Neuropediatria e Dor. Disciplinas biomédicas da neurociência muito presentes nos ambulatórios e hospitais. Sobretudo, nos ambulatórios, onde há necessidade da participação dos Programas de Saúde da Família, que atuam na atenção primária à saúde. Gerardo Cristino, ainda ressaltou que, a idéia de que a neurologia é um conceito difícil de dominar deve ser desmistificada. Fez a apresentação do conteúdo programático, referenciando todos os expositores com seus devidos horários. Solicitou que todos os participantes fizessem questionamentos e perguntas para um melhor aproveitamento, garantindo assim a consolidação de seus conhecimentos.

Participaram médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família de Sobral, entre outras cidades; um médico com especialização em Medicina do Trabalho (fábrica Grendene/Sobral), um dentista, um fisioterapeuta, acadêmicos de enfermagem e medicina, que somaram um total de 28 participantes.

AS CONFERÊNCIAS

O primeiro conferencista a apresentar o seu trabalho foi o Dr. Francisco Sávio Alves Arcanjo, com especialidade em anestesia, e vasta atuação em neurocirurgia. Conferiu a palestra *O Papel da Equipe de Saúde da Família no Preparo do Paciente Neurocirúrgico*. O conferencista iniciou falando da necessidade de inter-relacionar e integrar todo o atendimento médico do paciente nas diversas áreas de saúde, não sendo de responsabilidade, apenas do anestesista ou do neurocirurgião, o preparo do paciente para a neurocirurgia. A missão de cuidados ao doente é de responsabilidade de todos os profissionais que atendem, desde o primeiro atendimento até o centro cirúrgico.

O segundo palestrante foi o Dr. Cláudio Henrique Sousa Moreira, Médico Assistente em Neurocirurgia da SCMS, que tratou de *Acidente Vascular Cerebral*. Ele afirmou a necessidade de todos os profissionais saberem sobre o tema para que, assim, o atendimento ao portador da lesão seja mais seguro. O material apresentado pelo médico forneceu esclarecimentos aos participantes, que saíram com mais facilidade no trato e reconhecimento de um acidente vascular cerebral.

A terceira conferencista a apresentar o seu trabalho foi a Enfa. Sandra Maria Melo Sousa, membro do Serviço de Neurocirurgia da SCMS, que falou dos *Cuidados de Enfermagem com Pacientes Neurológicos*. Parabenizou o Secretário de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, por sua significativa contribuição à área da saúde e, pela idéia e concretização do Evento, que reuniu equipes interdisciplinares para discutir condutas e tratamentos dignos e eficientes ao paciente. Sandra Melo discorreu sobre a importância da união da equipe na promoção da saúde e bem-estar do paciente, objetivo do atendimento. Ressaltou, ainda, o dinamismo da enfermagem e seu importante papel no oferecimento de serviço de saúde à população. Ela vê que a enfermagem deixou de ser uma profissão institucionalizada, passando a focalizar a promoção da saúde e a prevenção da enfermidade, com os serviços comunitários. A enfermeira acredita que com o crescimento da categoria, a enfermagem passou a ter uma ação mais participativa no tratamento e descoberta das doenças. “O processo de enfermagem veio para engrandecer e qualificar

as funções da enfermagem, que hoje vê o doente holisticamente, sem se preocupar apenas com a doença. Hoje são trabalhadas todas as respostas que emanam do indivíduo, porque estas respostas podem refletir no ser saúde e doença.”

O quarto a falar foi o Dr. Gerardo Cristino Filho, Neurocirurgião da SCMS, que tratou do *Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e Traumatismo Raquimedular (TRM)*. Ele ressaltou a importância da equipe interdisciplinar no atendimento a estes pacientes, assim como o bom preparo da equipe, não sendo necessária, aos procedimentos de emergência, aos pacientes acometidos dessas patologias, a presença de um neurocirurgião, nem mesmo na sala de emergência - a solicitação da presença do neurocirurgião só deve ser feita após estabilização e diagnóstico. Foram ainda discutidos incidência e mortalidade, causas de acidentes, o atendimento pré-hospitalar, a prevenção, os tratamentos, os prognósticos e complicações.

O quinto palestrante, Dr. Vicente Cristino de Menezes Neto, Anestesista e Clínico da Dor do Serviço de Neurocirurgia da SCNS, abordou o *Tratamento da Dor*. De início, identificou todas as categorias profissionais que participavam do curso, para uma melhor abordagem do tema. O anestesista clínico relatou que, em 1990 houve uma Campanha Mundial que criou a Sociedade Internacional para Estudos da Dor. E, com o aumento da expectativa de vida, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), está havendo uma maior incidência de doenças degenerativas, causando dores e sofrimento. Dessa forma, tornou-se urgente a especialização de um profissional com compromisso no alívio dos males.

A sexta e última conferencista, a Dra. Regina Coeli de Carvalho Porto, Neuropediatria da SCMS, palestrou sobre *Epilepsia*. De início falou dos mitos e tabus da doença, que persistem desde tempos remotos. Informou, também, de relatos de mais de 3.500 a.C. que tratavam a epilepsia como de caráter demoníaco e paranormal, apesar de na Idade Média os estudos de Hipócrates, sobre o cérebro, tentar desmistificar esta idéia. Durante sua abordagem, existiu a preocupação de

ênfatizar conceitos sobre a doença, como usar as medicações e a importância de uma equipe multidisciplinar no atendimento.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Dr. Cláudio Henrique Sousa Moreira

- Principal causa de incapacidade neurológica grave na prática clínica
- 10% das mortes em países industrializados
- Alto custo em termos de saúde pública
- Prevenção é o melhor tratamento
- acima da expectativa de vida
- Fatores de Risco

Tratáveis

- Hipertensão arterial
- Cardiopatias
- Dislipidemias
- Estilo de vida: fumo, álcool, drogas, stress, obesidade, sedentarismo.

- Hemopatias
- Diabetes Mellitus
- AIT (Ataque Isquêmico Transitório)
- Cadeia de Sobrevida

Deteção

- Reconhecimento precoce
- Educação ao público
- Fatores de risco

Despacho

- Ativação Precoce do SME

Destino

- Transporte e Tratamento Pré-Hospitalar
- Equipe Médica Treinada em AVC
- Confirmar Diagnóstico em AVC
- Escala de AVC Pré-Hospitalar de Cincinnati
- Estabelecimento do Momento de Início dos Sintomas
- ABCs Monitorização dos Sinais Vitais
- Contato com a Emergência

- Departamento de Emergência: Triagem
 - Checar ABCs
 - Determinar Hora Precisa dos Sintomas
 - Avaliação Neurológica
- Nível de Consciência
- Tipo do AVC
- Localização do AVC
- Gravidade dos Sintomas
- Dados - Exames na Emergência
 - TC CEREBRAL s/ Contraste
 - Punção Lombar
 - ECG
 - Rx Tórax
 - HC, Coagulograma Completo, Eletrólitos, Gasometria, Glicemia

- Ecocardiograma
- US / Doppler Carotídeo
- ARMN

• Decisão - TRATAMENTO

- Cuidados Gerais = Evite Soluções Hipotônicas, O₂, Glicemia, SNG, Tiamina, Oximetria, Acesso Venoso.
- Controle da PA
- IAM, Encefalopatia Hipertensiva, DA
- Convulsões = Diazepam, Hidantal
- Controle da PIC = " PaCO₂, manitol
- Anticoagulantes = Heparina
- Antiplaquetários - AAS, Ticlopidina

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM PACIENTES NEUROLÓGICOS

Enfa. Sandra Maria Melo Sousa

CIE - Conselho Internacional de Enfermagem

- Participa da descoberta e tratamento da enfermidade
- Coordena as atividades dos outros membros da equipe de enfermagem
- Protege os pacientes de fatores nocivos que poderiam prejudicar sua saúde
- Atua como um membro cooperativo da equipe de saúde.

Enfermagem Neurológica

- Condições que Necessitam de Atendimento Neurológico

Função Respiratória

- Vias Aéreas Pérvias
- Padrão Respiratório
- Posicionamento
- Ausculta

Nível de Consciência

- Escala de Coma de Glasgow
- Alterações das Funções do Tronco Cerebral

Mobilidade Física

- Posicionamento
- Mobilização
- Transporte
- Estímulo à fisioterapia
- Orientação ao uso de orteses
- Preparo para deambular
- Atividades físicas

Integridade Cutânea

- Mudanças de decúbito
- Inspeção da pele
- Higiene
- Massagens
- Orientações

Alívio da Dor

- Medicações
- Conforto
- Monitorar a inscrição cirúrgica

Estado Nutricional

- Observar comprometimento de deglutição
- SNG/ Permeabilidade
- Incentivar alimentação oral
- Dieta equilibrada
- Horários estabelecidos

Função Urinária

- Avaliação
- Retenção
 - Sonda vesical de Folley
 - Cateterização intermitente
- Incontinência
 - Condom
 - Fraldões

- Higiene
- Preparo da família

Função Intestinal

- Avaliação
- Alimentação
 - Fibras
 - Frutas e verduras
 - Líquidos
- Dietista
- Medicações
- Mobilidade

Profilaxia das Infecções

- Monitorar cicatrização cirúrgica
- Higiene
- Nutrição
- Cateteres

Higiene

- Banho
- Oral
- Ocular
- Tricotomias

Apoio Paciente / Família

- Desenvolvimento da auto-estima

Educação do Paciente / Família e Cuidados

Domiciliares de Saúde

Epilepsia é definida como um grupo de doenças, que tem em comum crises epiléticas, que ocorrem na ausência de condição tóxico-metabólica ou febril.

EPILEPSIA

Dra. Regina Coeli de Carvalho Porto

Conceitos

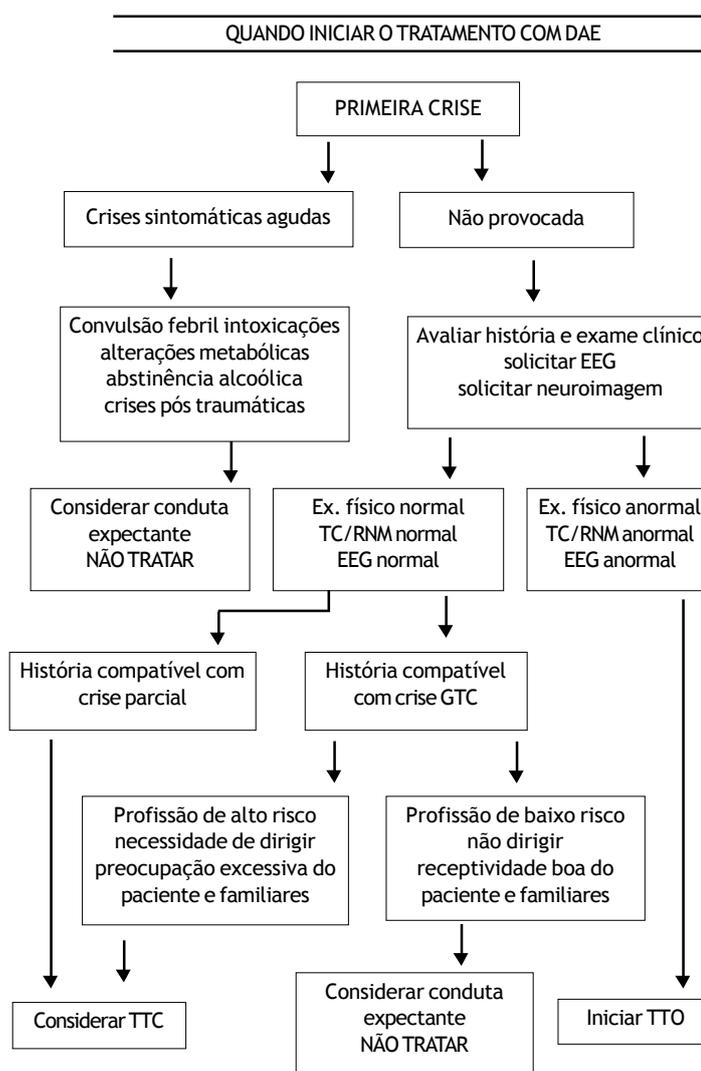
Epilepsia é definida como um grupo de doenças, que tem em comum crises epiléticas, que ocorrem na ausência de condição tóxico-metabólica ou febril.

Crises epiléticas são eventos clínicos que refletem disfunção temporária, síncrona, de um conjunto de neurônios de parte do cérebro (focal) ou envolvendo os dois hemisférios (generalizada).

Incidência

A Epilepsia é mais comum na infância quando é maior a vulnerabilidade do SNC.

O problema poderá também se manifestar com o envelhecimento e suas complicações vasculares.



Crises Generalizadas

CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES GENERALIZADAS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DA LIGA INTERNACIONAL CONTRA A EPILEPSIA.	
A. Crises de ausência 1. Apenas com perda da consciência 2. Com discretos componentes clônicos 3. Com componentes atônicos 4. Com componentes tônicos 5. Com automatismos 6. Com componentes autonômicos	Atividade de base normal. Geralmente complexos ponta-onda generalizados 2 a 4 Hz.
B. Crises de ausência atípica 1. Mudança de tônus mais pronunciadas 2. Início e fim menos abruptos	Atividade de base geralmente anormal. Complexos ponta-onda irregulares, mais lentos ou mais rápidos, bilaterais, mais assimétricos.
C. Crises mioclônicas	Complexos poliponta-onda, ponta-onda ou onda aguda-onda lenta.
D. Crises clônicas	Descargas do tipo ponta-onda ou poliponta-onda.
E. Crises tônicas	Descargas mais ou menos rítmicas onda aguda-onda lenta, algumas vezes assimétricas.
F. Crises tônico-clônicas	Poliponta-onda ou ponta-onda.
G. Crises atônicas	Polipontas e ondas lentas.

Crises Parciais

CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES PARCIAIS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DA LIGA INTERNACIONAL CONTRA A EPILEPSIA.	
A. Crises parciais 1. Com sinais motores. 2. Com sintomas somatossensoriais ou sensoriais especiais. 3. Com sintomas autonômicos. 4. Com sintomas psíquicos. 5. Com ilusões. 6. Com alucinações estruturadas.	Achado eletroencefalográfico interictal.
B. Crises parciais complexas 1. Início parcial simples, seguido de perda da consciência. 2. Com perda da consciência desde o início.	Descargas epileptiformes focais unilaterais ou bilaterais geralmente assíncronas.
C. Crises parciais evoluindo para crises secundariamente generalizadas 1. Crises parciais simples evoluindo para crises generalizadas. 2. Crises parciais complexas evoluindo para crises generalizadas. 3. Crises parciais simples evoluindo para parciais complexas que evoluem para generalizadas.	Descargas epileptiformes focais unilaterais ou bilaterais geralmente assíncronas.

Risco de recorrência após a 1ª Crise:

- 42% de recorrência, maior nos primeiros 6 meses;
- Crises sintomáticas remotas*;
- Eletroencefalograma anormal*;
- Crises durante o sono;
- Tipos de crise: ausências, atônicas, mioclônicas e espasmos (100%), parciais complexas (79%) e GMTC (44%).
- História Familiar.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TCE)

Dr. Gerardo Cristino Filho

- A cada 15 seg. ocorre um TCE
- A cada 12 min. morre um paciente por TCE
- 50% das mortes por traumas são devidos a TCE
- No atendimento a um paciente com TCE, nem sempre o

NEUROCIRURGIÃO está disponível

- Ao solicitar a interconsulta com o NC obter:
 - Idade do paciente e mecanismo da lesão
 - Estado cardiovascular e respiratório
 - Exame neurológico
 - Presença/natureza de lesões associadas não cerebrais
 - Resultado de exames já realizados

Traumatismo Raquimedular (TRM)

- USA anualmente
 - 50 mil fraturas vertebrais à 10 mil lesões neurológicas
- Pacientes jovens entre 15 e 35 anos
- Avaliação do paciente
 - No local do acidente
- Politraumatizados
- Colar cervical e prancha em bloco
- Estado de consciência
- Álcool e droga
- Na sala de emergência
 - Avaliação ortopédica
 - 5 a 20% lesões vertebrais não-contínuas
 - 15% lesões viscerais associadas
 - ASIA (*American Spine Injury Association*)
 - Reflexo bulbocavernoso
 - Reflexo anal
- Primeiros cuidados
 - Imobilização
 - Estabilização clínica
 - Redução das lesões ou realinhamento da coluna
 - Descompressão dos tecidos nervosos
 - Estabilização vertebral
- Primeiros cuidados
 - Lesão medular
 - Metilprednisolona
 - Em bolo (30 mg/kg)
 - Manutenção por infusão contínua (5,4 mg/kg/h) por 23 horas
- Neuroglicosídeos (GM-1)

DOR

Dr. Vicente Cristino de Menezes Neto

“A dor não é somente um sintoma que exige a nossa compaixão; pode ser uma agressiva causa de dano do Sistema Nervoso.” Gary Bennet

DOR: Experiência desagradável sensorial e emocional, associada à lesão tecidual real, ou potencial, ou ainda, descrita em tais termos.

DOR AGUDA: É relacionada à lesão e, se resolve durante o período apropriado à recuperação. Responde ao tratamento com analgésicos e à terapêutica da causa determinante. A evolução natural da dor aguda é a sua remissão espontânea. Uma dor aguda não aliviada pode levar com frequência a uma dor crônica.

DOR CRÔNICA: É a que persiste por mais de três meses ou que ultrapassa o período usual de recuperação. A dor crônica não é útil a qualquer propósito biológico.

A DOR É MAIS TEMIDA DO QUE A PRÓPRIA MORTE.

OS ENFERMEIROS DEVEM ESTAR APTOS PARA:

- Distinguir dor de ansiedade.
- Determinar a intensidade da dor e avaliar a eficácia da terapia.
- Entender as bases fisiológicas e farmacológicas das terapias.
- Estar familiarizados com os efeitos colaterais das drogas.
- Estar atentos às respostas individuais do tratamento para dor.
- Conhecer as drogas disponíveis em sua unidade.
- Avaliar a eficácia do analgésico em intervalos regulares.
- Sugerir ao médico mudanças na prescrição de analgésicos.
- Orientar o paciente sobre o uso correto dos analgésicos.

ATRIBUIÇÕES DO HOSPITAL:

- Desenvolver apropriado sistema de avaliação da dor para uso em todos os setores.
- Providenciar treinamento para a equipe multidisciplinar de tratamento da dor.
- Colocar cartazes orientando como avaliar a dor e como relatar sua intensidade.
- Estabelecer rotinas de seguimento dos pacientes portadores de dor crônica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, por motivo da neurologia, neurocirurgia, neuropediatria e dor serem temas recorrentes na neurociência e constarem do dia a dia dos hospitais e ambulatórios é premente o domínio desses temas, principalmente pelos profissionais que atuam nos Programas de Saúde da Família.

É fundamental, também, a constatação da necessidade de integrar todo o atendimento médico do paciente nas diversas áreas de saúde, pois não deve ser de responsabilidade apenas do anestesista ou do neurocirurgião, por exemplo, o preparo do paciente para a neurocirurgia. Dessa forma, o atendimento ao portador da lesão será mais seguro.

