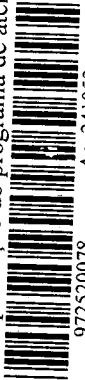


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

N.Cham. TCC UFSC ENF 0169
Autor: Machado, Maria de
Título: Implantação do programa de atend

972520078 Ac. 241053
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO
A PACIENTES COM EPILEPSIA
(PAM - CAPITAL)**

**CCSM
TCC
UFSC
ENF
0169
Ex.1**

MARIA DE FÁTIMA MACHADO

MARIA SEBASTIANA MOTA MACHADO

RAQUEL LEAL FERREIRA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO

VIII UNIDADE CURRICULAR - INT 1108

ORIENTADOR: PROF. JOSEL MACHADO CORREIA

SUPERVISOR: PROF. JOSEL MACHADO CORREIA

FLORIANÓPOLIS
NOVEMBRO - 1990

"Toda vez que as chaves para a auto-estima estão aparentemente fora do alcance de uma grande porcentagem de pessoas, como acontece na América no século XX, uma epidemia de doenças mentais, neuroses, ódio, alcoolismo, abuso de drogas, violência e perturbação social certamente ocorrerá. O valor pessoal não é algo que os seres humanos podem ter ou deixar de lado. Precisamos dele, e quando está fora do nosso alcance, todo mundo sofre".

(James Dobson, Esconde-Esconde)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
3.1. <u>Definição</u>	10
3.2. <u>Etiologia e Patologia</u>	10
3.2.1. Fatores Hereditários e Convulsões.....	10
3.2.2. Fatores Pré-Natais e Perinatais e Convulsões.....	11
3.2.3. Causas Tóxicas, Metabólicas e Nutricionais de Convulsões.....	12
3.2.4. Causas Infecciosas de Convulsões.....	13
3.2.5. Traumatismo Craniano, Anoxia Cerebral e Convulsões.....	13
3.2.6. Causas Vasculares e Neoplásicas de Convulsões.....	13
3.2.7. Causas Degenerativas e Desmielinizantes de Convulsões.....	14
3.3. <u>Aspectos Clínicos</u>	14
3.3.1. Sinais e Sintomas.....	14
3.3.1.1. Convulsões Tônico-Clônicas (Grande Mal).....	14
3.3.1.2. Ausência (Pequeno Mal).....	16
3.3.1.3. Espasmos Infantis (Hipsarritmia, Crises de Salaam)	17
3.3.1.4. Convulsões Atônicas (Crises de Queda, Crises Acinéticas, Crises Astáticas.....	18
3.3.1.5. Convulsões Tônicas.....	19
3.3.1.6. Convulsões Elementares Parciais (Convulsões Focais).....	19
3.3.1.7. Crises Complexas Parciais (Epilepsia Psicomotora, Epilepsia do Lobo Temporal).....	21
3.3.1.8. Convulsões Mioclônicas.....	23
3.3.1.9. Síndrome de Lennox-Gastaut (Variante Pequeno Mal).....	24
3.3.1.10. Convulsões Febris.....	25

3.3.1.11. Convulsões Neonatais.....	25
3.3.1.12. Convulsões em Crianças.....	26
3.4. <u>Estado de Mal-Epiléptico</u>	26
3.4.1. Definição.....	26
3.4.2. Etiologia e Patologia.....	26
3.4.3. Aspectos Clínicos.....	27
4. ASPECTOS GERAIS DO CAMPO DO ESTÁGIO.....	28
5. OBJETIVOS.....	30
5.1. <u>Objetivo Geral</u>	30
5.2. <u>Objetivos Específicos</u>	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
7. BIBLIOGRAFIA.....	35
8. ANEXOS.....	36

1. INTRODUÇÃO

A VIII Unidade Curricular do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), intitulada como "Enfermagem Assistencial Aplicada" dá oportunidade ao aluno de optar pelo campo de ação em um projeto de assistência, bem como escolher seu orientador e supervisor.

Este projeto será realizado pelas acadêmicas de enfermagem Maria S. Mota Machado, Raquel Leal Ferreira e Maria de Fátima Machado, no PAM, localizado na rua Esteves Júnior, nº 84, 1º andar, no Centro, Florianópolis. Temos como orientador e supervisor o professor Josel Machado Correia.

A carga horária compreenderá de 300 horas, sendo que 80 horas foram destinadas para o planejamento (01/08/90 a 17/08/90), 220 horas destinadas para o estágio prático, de 04 horas diárias conforme cronograma (23/08 a 13/11/90).

O projeto "Implantação do Programa de Assistência de Enfermagem ao Indivíduo Epilético" foi idealizado visando a necessidade de um centro de referência em Epilepsia. Para isso, entendemos ser necessário direcionar a atuação do enfermeiro na procura de métodos científicos que promovam condições para esta melhor assistência.

Epilepsia é uma condição que afeta aproximadamente entre 1 a 2% da população em geral de países em desenvolvimento e com freqüência relegado a um plano secundário por aqueles responsáveis. Apesar das campanhas promovidas pela Liga Internacional contra Epilepsia e suas filiadas. Nas mais diferentes sociedades os pacientes persistem sofrendo preconceito de toda espécie. Sabe-se que há uma maior prevalência desta condição entre populações institucionalizadas porém ignora-se a magnitude e as características deste problema em nosso meio. A importância de considerarmos esses aspectos é res-

saltada pelo fato bem documentado de que crises epiléticas são não raro equivocadamente interpretadas como sintomas de enfermidade psiquiátrica. Isto, além de freqüentemente justificar prolongadas internações de indivíduos com epilepsia em hospitais psiquiátricos, contribuiu para a estigmatização dos mesmos na sociedade como doentes mentais.

É importante realçar também o grande número de pacientes originariamente epiléticos mas não reconhecidos como tal, bem como, o de pacientes não epiléticos em uso de drogas anti-epiléticos.

"Aqueles pertencentes a este último grupo na maioria das vezes apresentam crises psicogênicas, estes pacientes são geralmente rotulados no Brasil como portadores de 'disritmia cerebral'. Este é um abominável, pois constitui-se na prática diária num imenso balaio, onde são depositados indivíduos sofredores de entidades distintas e por isso merecedores de diferentes abordagens, mas que usualmente estão em uso de medicação anti-epilética. É fato corriqueiro por exemplo, encontrar pacientes vítimas de síncope ou crises de enxaqueca em uso crônico de drogas anti-epiléticas, bem como crianças com distúrbios comportamentais diversos, sendo 'tratados' com barbitúricos. Isto, além de constituir erro diagnóstico flagrante, conduz a iatrogenia muitas vezes irreparável" ³.

Em nosso Estado, epilepsia é uma condição com alta prevalência. Apesar de inexístirem dados autóctones, uma analogia com estudos epidemiológicos realizados em sociedades similares a nossa, sugere que em Santa Catarina (SC) teremos uma prevalência mínima de 1% da população em geral com este problema. Este dado nos conduz a óbvia conclusão de existirem aqui, no mínimo 45.000 pacientes com esta condição. Isso por si só é revelador da importância da criação de serviços especializados para um atendimento racional deste expressivo contingente de pacientes.

Todavia, mais alarmante que a generosa cifra acima é a constatação

de um elevado nível de ignorância permeando as discussões sobre epilepsia em nosso meio. Os conceitos (e preconceitos) exibidos pelos leigos sobre este problema e seus portadores são geralmente estúpidos, anacrônicos e despidos de qualquer fundamento científico. Estas concepções equivocadas certamente possuem uma origem multifatorial, entretanto, elas parecem espelhar com exatidão a mentalidade vigente entre os profissionais ligados a área de saúde, onde estão atuando uma minoria reduzidíssima, observa-se um persistente estímulo ao já vasto folclore que envolve epilepsia, com a disseminação de sofismas em profusão para a população leiga.

Algumas das conseqüências deste precário conhecimento poderão ser facilmente encontradas no cotidiano.

O estudo, a discussão, a formação de um grupo multiprofissional, a criação e finalmente a instalação e funcionamento de um centro de epilepsia em SC, constitui-se sem dúvida alguma um privilégio do que outros grandes centros ainda não lograram atingir. Além disso é um marco pioneiro a nível nacional que certamente conduzirá a criação de serviços semelhantes nas outras unidades da federação, permitindo ao nosso país concentrar, ainda que com esta demora, no rol das nações desenvolvidas nessa área.

Temos a convicção de que este centro recentemente instalado será de extrema utilidade não somente para aqueles indivíduos necessitados de assistência, mas se transformará em curto período num centro irradiador de informações modernas sobre esta condição a toda comunidade universitária, à equipe responsável pelo tratamento e a população em geral. Contribuindo através da educação para a erradicação dos inúmeros preconceitos anacrônicos que hora se observam em nosso meio.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Escolhemos fundamentar nosso projeto na Teoria da Wanda de Aguiar Horta por considerarmos mais adequada à realidade da situação do indivíduo Epilético, visto que o mesmo é estigmatizado diante da sociedade. E ao tentarmos suprir suas necessidades Humanas Básicas Afetadas, poderá reintegrar-se e levar uma vida mais segura e normal através do seu auto-cuidado.

Horta¹ define Enfermagem como sendo "a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais".

Como ciência, a enfermagem, na busca do correlacionamento de seus conhecimentos, vem desenvolvendo teorias que procuram explicar seus eventos referentes ao universo natural.

A enfermagem pretende alcançar o desvelamento de um ser, o ser humano (indivíduo, família, comunidade); como este é, por sua própria definição, inobjetível, a enfermagem determina seu objeto e os entes que têm como habitáculo este ser. O objeto da enfermagem é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, sendo estas os entes da enfermagem.

Assistir em enfermagem é: fazer do ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

Destes conceitos algumas proposições podem ser inferidas:

1) As funções do(a) enfermeiro(a) podem ser consideradas em três

áreas ou campos de ação distintas:

- Área específica: assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado.

- Área de interdependência ou de colaboração: a sua atividade na equipe de saúde nos aspectos de manutenção, promoção e recuperação da saúde.

- Área social: dentro de sua atuação como profissional a serviço da sociedade, função de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e de participação na associação de classe.

2) A ciência da enfermagem compreende o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram na manifestação e atendimento, e na assistência a ser prestada.

3) Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.

4) A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.

5) A enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio.

6) A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. Definição

A epilepsia é uma patologia caracterizada por descargas neuronais anormais, recorrentes e excessivas.

Em circunstâncias normais, a descarga neuronal é ritmada e representa a interação de influências excitadoras e inibidoras. A somação da descarga neuronal é registrada no eletrencefalograma. Na epilepsia, há uma súbita e descontrolada descarga de alta voltagem, liberada por um grupo de neurônios, que pode ou não se propagar. Se a descarga se propaga e afeta todo o encéfalo, o resultado será uma convulsão generalizada. Nos casos em que a descarga não se propaga, a convulsão será focal ou parcial. Nas convulsões parciais, as manifestações clínicas são determinadas pela região do encéfalo afetada. Todas as regiões do encéfalo são potencialmente epileptogênicas, conseqüentemente, são possíveis muitos padrões diferentes de convulsão. A epilepsia pode ser classificada segundo o quadro clínico da convulsão.

3.2. Etiologia e Patologia

É importante enfatizar que as convulsões só são provocadas pela descarga elétrica de células vivas. O tecido necrótico e o tecido fibroso, embora sejam a origem da atividade epiléptica, freqüentemente irritam os neurônios adjacentes.

3.2.1. Fatores Hereditários e Convulsões

Cinqüenta por cento dos pacientes com epilepsia não têm um distúrbio neurológico básico demonstrável. Esses casos "idiopáticos" têm um fundo genético forte e apresentam convulsões generalizadas primárias. Estudos familiares demonstraram que o paciente e, aproximadamente, 30 por cento dos seus irmãos e filhos têm alterações semelhantes no EEG. A penetrância do gene desse traço é de cerca de 14 por cento na fase inicial da infância, subindo para mais de 50 por cento no meio da infância e depois diminuindo para níveis baixos na vida adulta.

As convulsões não são eventos concomitantes incomuns em algumas doenças hereditárias raras, incluindo as leucodistrofias, as lipidoses e as aminoacidúrias. A esclerose tuberosa e a doença de Sturge-Weber são, freqüentemente, acompanhadas por um distúrbio convulsivo. A hipoglicemia que resulta de várias doenças de armazenamento do glicogênio e as outras hipoglicemias hereditárias, tal como a hipoglicemia leucina-sensível, provocam, freqüentemente, convulsões em crianças afetadas. Certas anomalias cromossômicas, tal como a trissomia D, são acompanhadas por uma atividade convulsiva intratável.

3.2.2. Fatores Pré-Natais e Perinatais e Convulsões

Inúmeras infecções podem ser transmitidas da mãe para o feto por via transplacentária, geralmente determinando lesão cerebral e atividade convulsiva. Essas infecções incluem sífilis, a toxoplasmose, a rubéola, o citomegalovírus e o herpes simples. O uso regular de certas drogas, o álcool e a trimetadiona, no período pré-natal implicado como causa de lesão cerebral no feto e atividade convulsiva subsequente. A irradiação nos primeiros meses de gestação também pode determinar lesão cerebral, mau desenvolvimento do encéfalo e convulsões.

Os insultos traumáticos ao cérebro durante o parto podem ter vários efeitos. Pode haver lesão direta do cérebro. Amoldagem excessiva da cabeça no momento em que passa através do canal do parto pode determinar a herniação da face medial do lobo temporal sobre a borda livre da tenda do cerebelo. Embora essa condição resolva assim que a cabeça é parida, a herniação é suficiente para determinar isquemia da face medial do lobo temporal, com subsequente gliose. A região da esclerose incisural pode se tornar epileptogênica em uma fase mais tardia da vida e é uma das causas de convulsões complexas parciais (convulsões psicomotoras ou do lobo temporal). O traumatismo perinatal tem inúmeros efeitos indiretos, incluindo a anoxia cerebral e a trombose venosa cerebral. Ambas as condições podem estar associadas a uma atividade convulsiva tardia.

A anoxia perinatal tem muitas causas. O problema básico repousa na incapacidade de manter respirações espontâneas após o nascimento. Isso pode ocorrer na prematuridade e nas sedação materna excessiva durante o trabalho de parto. A anoxia também é uma causa potente de lesão da célula hepática e de kernicterus, que determina lesão cerebral em cerca de 25 por cento dos bebês sobreviventes, com o desenvolvimento posterior de microcefalia, retardo mental, coreatetose e convulsões.

3.2.3. Causas Tóxicas, Metabólicas e Nutricionais de Convulsões

Inúmeras toxinas e drogas são epileptogênicas. As causas tóxicas comumente são a abstinência de álcool; a suspensão súbita de barbitúricos ou fenitoína no epilético; altas doses de drogas psicotrópicas, particularmente a clorpromazina (torazina) e as butirofenomas, e o envenenamento por monóxido de carbono, chumbo, mercúrio ou anti-histamínicos.

Os distúrbios eletrolíticos, a hiponatremia, a hipernatremia, a

hipocalcemia e a hipomagnesemia determinam irritabilidade neuronal e convulsões. As convulsões acompanham freqüentemente a encefalopatia urêmica e outras encefalopatias metabólicas crônicas.

A deficiência de piridoxina é uma causa rara, porém potente, de convulsões neonatais e infantis, devendo ser sempre considerada na investigação das convulsões nesse grupo etário. Ocorre dependência de piridoxina nos bebês que recebem dietas deficientes em piridoxina.

3.2.4. Causas Infecciosas de Convulsões

As convulsões não são incomuns durante os estágios iniciais da meningite bacteriana aguda, particularmente nas crianças. As infecções mais crônicas, tais como neurosífilis e tuberculose, e a infestação fúngica e parasitária, também podem se acompanhar de convulsões.

3.2.5. Traumatismo Craniano, Anoxia Cerebral e Convulsões

O traumatismo craniano grave é, freqüentemente, seguido por convulsões. O aparecimento precoce de convulsões dentro de 1-7 dias pós-lesão tem um prognóstico melhor do que a ocorrência tardia. A encefalopatia anóxica pode ocorrer em qualquer idade e é, freqüentemente, acompanhada de convulsões. Um número cada vez maior de pacientes sofre anoxia e hipoxia e é reanimado com êxito após uma parada cardíaca ou respiratória.

3.2.6. Causas Vasculares e Neoplásicas de Convulsões

Ocorrem convulsões em cerca de 15 por cento dos pacientes com doença cerebrovascular crônica. Os pacientes que sofrem infarto ou hemorragia

desenvolvem, freqüentemente, um distúrbio convulsivo. As arterites mais raras, particularmente a poliarterite nodosa, podem estar associadas ao aparecimento tardio de convulsões.

Todos os tumores encefálicos são potencialmente epileptogênicos e o aparecimento súbito de convulsões na vida adulta deve sempre levantar a suspeita de uma neoplasia, 40 a 60 por cento dos tumores provocam convulsões.

3.2.7. Causas Degenerativas e Desmielinizantes de Convulsões

Todos os pacientes com doenças degenerativas do cérebro correm o risco elevado de atividade convulsiva. As convulsões não são incomuns no decorrer da doença de Alzheimer. Dez a quinze por cento dos pacientes com esclerose múltipla apresentarão atividade convulsiva, em um determinado momento, no decorrer de sua doença.

3.3. Aspectos Clínicos

3.3.1. Sinais e Sintomas

Os tipos de convulsão mais freqüentemente observados, seus aspectos clínicos, as características no EEG e as drogas de escolha no tratamento são os seguintes:

3.3.1.1. Convulsões Tônico-Clônicas (Grande Mal)

As convulsões tônico-clônicas ocorrem em qualquer idade. A convulsão tem início súbito, sem quaisquer sintomas prodrômicos. Toda a população neuronal é afetada, havendo, simultaneamente, perda da consciência e contra-

ção tônica simétrica de todos os músculos voluntários. Se as cordas vocais estão fechando quando o diafragma e os músculos intercostais contraem, o paciente emitirá um som audível, geralmente, um grito agudo. O paciente cai ao chão em postura de descerebração, com todos os músculos em contração tônica. Nesse estágio, que dura de alguns segundos a 3 minutos, há parada de movimento respiratório e cianose. A fase tônica é seguida por uma fase clônica, a qual é acompanhada de contrações expiratórias violentas, com eliminação de saliva. Esse estágio pode ser acompanhado de mordedura da língua, nos lados da língua, o que resulta em uma saliva sanguinolenta. Não é incomum ocorrer incontinência urinária se a bexiga estiver cheia. Os movimentos clônicos diminuem gradativamente de frequência e cessam. O paciente permanece em coma, sem nenhuma reação aos estímulos dolorosos e com pupilas fixas não reagentes, membros flácidos e respostas plantares extensoras bilateralmente. É possível o despertar após vários minutos, porém tipicamente, o paciente fica agitado, extremamente confuso e geralmente dorme. Se acordado, o paciente se queixa de cefaléia intensa, dores musculares, fadiga extrema e parece irritado. Pode ocorrer recuperação total após várias horas, porém muitos pacientes sentem-se mentalmente embotados por vários dias depois da convulsão.

É particularmente importante, nesses pacientes, obter-se uma história precisa. Deve-se tentar, sempre, obter uma descrição completa e exata das convulsões. É imperativo distinguir os pacientes com convulsões focais e generalização secundária da atividade convulsiva, daqueles com convulsões "idiopáticas" primárias. Nos casos de início focal, o paciente pode descrever uma aura ou apresentar evidências de paralisia de Todd, os quais indicam um início focal e a possibilidade de uma lesão cerebral subjacente. A paralisia de Todd é uma hemiplegia ou monoplegia que pode persistir de dias até uma semana após uma convulsão.

O exame neurológico interictal é, geralmente, normal. O EEG inte-

rietal é normal em 50 por cento dos pacientes. Outros pacientes mostram surtos breves de uma atividade ponta-onda generalizada, geralmente exacerbada pela hiperventilação. Em alguns casos, ocorrem pontas isoladas ou atividade ponta-onda.

A droga de escolha é a fenitoína. A carbamazepina, o fenobarbital, a primidona e o ácido valpróico também são eficazes.

3.3.1.2. Ausência (Pequeno Mal)

A ausência ocorre em crianças de 2 a 10 anos de idade. A crise tem início súbito e é de curta duração, a crise dura de alguns segundos a menos de 30 segundos. A criança apresenta um olhar fixo e pode haver um rápido movimento dos olhos para cima. Todas as atividades, incluindo o falar, o comer e o gesticular sofrem interrupção bruta. O paciente não responde se abordado. A crise termina abruptamente, não há nenhuma confusão pós-ictal e o paciente continua suas atividades anteriores. Muitos pacientes deixam de ter crises por volta dos 3 anos de idade; entretanto, alguns acabam por desenvolver convulsões tônico-clônicas.

Existem inúmeras variantes da ausência "simples" descrita acima, que incluem:

- Ausência com abalos mioclônicos. O paciente apresenta, além da ausência, abalos mioclônicos afetando as pálpebras, a face ou outros músculos.
- Ausência com perda de tônus. Os pacientes podem ter queda da cabeça, na qual a cabeça cai para frente sobre o tórax ou, raramente, um comprometimento mais extenso, com perdas generalizadas do tônus e a queda da própria altura.
- Ausência com automatismos. Alguns pacientes têm automatismo tais como, estalar os lábios, tatear as roupas ou andar sem rumo durante um período de

ausência. É importante distinguir a ausência com automatismo das crises complexas parciais, já que o tratamento é diferente.

O exame neurológico interictal é normal. O eletroencefalograma feito durante uma crise se caracteriza por uma atividade ponta-onda bilateral sincrônica, com frequência de 3 hertz. Há uma grande tendência para a precipitação ou exarcebação pela hiperventilação.

A droga de escolha no tratamento é a etossuximida. O ácido valpróico, o clonazepan e a trimetadiona também são eficazes.

3.3.1.3. Espasmos Infantis (Hipsarritmia, Crises de Salaam)

Os espasmos infantis ocorrem na infância durante o primeiro ano de vida, geralmente tão cedo quanto 3 meses de idade. A crise típica consiste no espasmo súbito dos músculos flexores do pescoço, tronco e membro, resultando na flexão da cabeça sobre o tórax, acompanhada da flexão do tronco e membros. O episódio tem curta duração e é seguido de relaxamento para uma postura normal. Podem ocorrer centenas de crises em um dia. Em alguns casos, pode ocorrer extensão, em vez de flexão. Foram descritos hemispasmos ou movimentos mais complicados.

A encefalite crônica, as malformações cerebrais, particularmente a lisencefalia; e as doenças degenerativas do cérebro, tal como a esclerose tuberosa, estão freqüentemente associadas a espasmos infantis. As condições raras que podem ser remediadas incluem a dependência de piridoxina, a hipoglicemia e a fenilcetonúria. Em alguns casos, a história pregressa dos pacientes é totalmente normal. Depois que o distúrbio surge, o paciente apresenta uma rápida deterioração, com perda dos níveis de desenvolvimento previamente atingidos.

O exame neurológico interictal é anormal. O EEG nos casos de es-

pasmo tem um aspecto peculiar de atividade aleatória de alta voltagem em polipontas-onda, em um fundo de atividade delta e beta mista.

É importante identificar os casos que podem ser tratados. Deve-se administrar uma injeção de 50 mg de piridoxina (vitamina B₆) por via venosa durante o EEG para detectar a dependência de piridoxina. Nestes casos, haverá uma melhora dramática no EEG. Deve-se excluir a hipoglicemia e a fenilcetonúria.

A droga de escolha é o ACTH, 20-40 unidades IM por dia. Como alternativa, a prednisona, 2 mg/Kg por dia, ou o clonazepam por via oral podem ser eficazes. Uma dieta cetogênica pode ser benéfica.

O prognóstico é, geralmente, ruim. Somente 10 a 20 por cento das crianças têm um nível intelectual normal ou quase normal. Os espasmos infantis geralmente evoluem para outros tipos de convulsão e o padrão pode, por fim, lembrar a síndrome de Lennox-Gastalt.

3.3.1.4. Convulsões Atônicas (Crises de Queda, Crises Acinéticas, Crises Astáticas)

As crises atônicas só ocorrem em crianças. Há, geralmente, uma perda do tônus, que pode ser generalizada ou limitada ao pescoço. Na crise atônica generalizada, o paciente cai ao chão. Outros casos manifestam-se por uma súbita perda de tônus no pescoço e a cabeça cai para diante, sobre o tórax. Em alguns casos, a crise de queda pode ser precedida por um abalo mio-clônico.

O exame neurológico interictal é geralmente anormal. O EEG durante a crise caracteriza-se por uma atividade ponta-onda de 1,5-2 hertz.

A droga de escolha é o clonazepam. O ácido valpróico e o clorazepato (Tranxene) também são eficazes. É freqüente os pacientes terem outro

tipo de crise e já estarem em uso de fenitoína ou carbamazepina.

3.3.1.5. Convulsões Tônicas

As convulsões tônicas ocorrem em crianças e caracterizam-se pelo início súbito de uma contração mantida de musculatura axial e dos membros, com perda da consciência.

O exame neurológico interictal é anormal nas crianças mentalmente retardadas. É importante diferenciar as convulsões tônicas das rigidez de descerebração intermitente causada por uma doença grave e, geralmente, aguda dos hemisférios cerebrais.

A droga de escolha é a fenitoína ou a carbamazepina.

3.3.1.6. Convulsões Elementares Parciais (Convulsões Focais)

As convulsões elementares parciais podem ocorrer em qualquer idade, sendo caracterizadas por uma atividade epiléptica sem alteração da consciência. Os aspectos clínicos dependem da região do cérebro afetado. Existem muitas variantes e estas incluem convulsões focais com:

1) Sinais Motores:

- Convulsões motoras focais. Há uma atividade clônica envolvendo uma região estritamente focal do corpo, geralmente o polegar, os dedos ou a face. A convulsão pode continuar por horas ou dias (epilepsia parcial contínua).
- Convulsões de Jackson. Há uma atividade clônica que começa focalmente e se propaga de maneira ordenada, indo afetar outras estruturas no mesmo lado do corpo; a propagação corresponde às relações dos neurônios representativos no córtex motor, como por exemplo, polegar, dedos, punho e antebraço.

- Convulsões versivas. Ocorre um movimento involuntário da cabeça e do tronco no sentido contraversivo (exemplo, a cabeça vira para o lado do braço afetado).

- Convulsões posturais. Há uma contração tônica súbita dos músculos em um membro, com a mão ou o pé adotando uma postura anormal.

- Convulsões fonadoras. Essas são caracterizadas por verbalizações involuntárias rápidas ou, mais comumente, por uma parada breve da fala.

2) Sinais autonômicos: Há o início súbito de ansiedade, taquicardia, sudorese, piloereção, borborigma, etc - algumas vezes denominado de epilepsia diencefálica Autonômica.

3) Sintomas sensitivos:

- Crises somatossensitivas. Há o início súbito de formigamento afetando uma zona estritamente focal do corpo.

- Crises visuais. Essas consistem, geralmente, em fenômenos visuais elementares tais como clarões de luz ou bolas luminosas coloridas, em contraste com os sintomas visuais mais complexos descritos em alguns casos de crises complexas parciais.

- Crises auditivas. Pode haver o início súbito de reverberação, zumbido ou sons tipo sino.

- Crises olfativas. Ocorre uma súbita e intensa alucinação olfativa que é, geralmente desagradável e, com freqüência, descrita como "sangue digerido" ou "material em decomposição".

- Crises vertiginosas. Há o início súbito de uma vertigem intensa.

4) Sintomas Psíquicos:

- Crises afásicas. Pode ocorrer uma súbita deficiência de compreensão e incapacidade de se comunicar, com atividade convulsiva focal restrita a regi-

ões distintas do hemisfério dominante.

- Crises disamnésicas. Essas consistem, tipicamente, do fenômeno de déjà vu, que é uma repentina sensação intensa de familiaridade com um lugar, pessoa, objeto ou situação. É geralmente descrita como se tendo "passado por tudo aquilo antes" ou "ter estado ali antes".
- Crises cognitivas. Há a intrusão abrupta de um único pensamento, ou de uma seqüência de pensamentos, na consciência, ou a exclusão de outros processos de pensamento.
- Crises afetivas. O paciente sente medo ou raiva sem um estímulo adequado.
- Crises com ilusões. Nesses casos, há a distorção do tamanho ou forma de um objeto.
- Crises com alucinações estruturadas. O indivíduo afetado experimenta a mesma alucinação em cada crise. A alucinação é complexa (exemplo, uma cena rural, ou uma figura humana).

O exame neurológico interictal pode ser anormal nos casos de crises parciais simples de origem recente. Ocorre aumento do tônus e dos reflexos. O EEG interictal pode revelar uma descarga focal em ponta. É importante excluir a existência de uma lesão estrutural passiva de tratamento.

A droga de escolha é a carbamazepina. A fenitoína e a primidona também são eficazes.

3.3.1.7. Crises Complexas Parciais (Epilepsia Psicomotora, Epilepsia do Lobo Temporal)

As convulsões complexas parciais podem ocorrer em qualquer idade. O aspecto importante das crises complexas parciais é a ocorrência de uma certa alteração da consciência, que pode surgir no início ou durante a crise.

A alteração da consciência pode assumir a forma de um "estado de sonho", no qual o paciente reconhece que está acontecendo algo em comum, mas aprecia o fenômeno como se não fizesse parte dele, da mesma forma que o indivíduo "observa um sonho". Entretanto, em alguns casos, o paciente não tem nenhuma lembrança dos eventos que ocorrem durante a crise. A alteração da consciência pode ser a única manifestação de uma crise complexa parcial ou pode haver aspectos adicionais que incluem:

- Distúrbios cognitivos;
- Atividades psicomotoras;
- Fenômenos psicossensitivos;
- Distúrbios afetivos;
- Atividade autonômica.

Os pacientes podem experimentar um ou mais dos principais componentes de uma crise complexa parcial. As crises podem variar em um indivíduo, desde um episódio relativamente curto com poucos sintomas, até uma constelação de sintomas extremamente complexa.

O exame neurológico interictal é, freqüentemente, normal. Alguns pacientes apresentam um discreto aumento dos reflexos de estiramento no lado oposto ao foco epiléptico. diz-se que os pacientes com crises complexas parciais apresentam uma assimetria facial acentuada, que surge quando de um movimento facial voluntário tal como sorrir. O EEG pode mostrar pontas focais, polipontas e ondas lentas episódicas de alta voltagem ocorrendo em uma ou ambas as regiões temporais. Todos os casos de crises complexas parciais de aparecimento recente em adolescentes e adultos devem ser totalmente investigados.

A droga de escolha é a carbamazepina. A fenitoína, o fenobarbital e o clonazepam também são eficazes.

3.3.1.8. Convulsões Mioclônicas

A mioclonia consiste em contrações tipo choque rápidas e não repetitivas de músculos ou grupos musculares. A mioclonia pode derivar de descargas elétricas em muitos níveis do sistema nervoso central, ocorrendo ocasionalmente em indivíduos normais quando começam a dormir (mioclonia noturna) ou quando despertam pela manhã. A mioclonia também é vista nas encefalopatias metabólicas, incluindo a hipoxia e a encefalopatia hepática e urêmica, e em muitas infecções e doenças degenerativas do cérebro, do tronco cerebral e da medula.

A mioclonia que ocorre em pacientes epiléticos e que está associado a descargas paroxísticas no eletroencefalograma é denominada "epilepsia mioclônica". Esta condição está geralmente associada a outros tipos de convulsão, particularmente a síndrome de Lennox-Gastaut. A mioclonia também pode ocorrer em crianças ou adolescentes com convulsões tônico-clônicas generalizadas, que apresentam abalos mioclônicos isolados ou múltiplos no decorrer das primeiras duas horas do despertar pela manhã. Esses abalos mioclônicos podem fazer cair um objeto da mão do paciente e, ocasionalmente, levar o paciente ao chão.

A droga de escolha para as convulsões mioclônicas associadas às convulsões tônico-clônicas é a fenitoína. Se necessário, pode-se acrescentar clonazepam e ácido valpróico.

Acredita-se que a mioclonia sintomática das infecções metabólicas ou dos distúrbios degenerativos do sistema nervoso é o resultado da redução dos níveis de 5-hidroxitriptamina (serotonina) no sistema nervoso. O tratamento visa a elevação dos níveis de serotonina no cérebro e medula pela administração de L-5-hidroxitriptamina, 500-2.500 mg/dia, combinada com carbido-
pa, 100-300 mg/dia. Também foi descrito que a fluoxetina é eficaz para con-

trolar a mioplonia.

3.3.1.9. Síndrome de Lennox-Gastaut (Variante Pequeno Mal)

A síndrome de Lennox-Gastaut ocorre na infância, antes dos 6 anos de idade.

Essa síndrome surge em crianças moderada ou gravemente retardadas. Os padrões das crises são variáveis e incluem a obnubilação episódica da consciência, que tem início e término gradativos. Algumas crianças apresentam lapsos de postura com flexão da cabeça, outras apresentam crises de queda acinética. As convulsões tônicas não são infreqüentes e tendem a ocorrer durante o sono. Também são vistas na síndrome e convulsões tônico-clônicas, clônicas e mioclônicas. Muitas crianças afetadas apresentam um padrão convulsivo misto com crises freqüentes. A esclerose tuberosa é a causa identificável mais comum. Existem muitas outras causas, porém o fator comum é a lesão grave do cérebro.

O exame neurológico interictal é anormal. A maioria das crianças afetadas é moderada ou gravemente retardada. O EEG interictal revela padrão característico de salvas de ondas espiculadas lentas generalizadas de 1-5 a 2-5 hertz, que é ativado pelo sono. Deve-se fazer uma avaliação completa para detectar a doença básica.

Não existe nenhuma droga de escolha. O paciente geralmente necessita de uma terapêutica polimedicamentosa. Deve-se usar a fenitoína, caso haja convulsões tônico-clônicas generalizadas. Outras drogas úteis incluem o clonazepam, a etossuximida, o ácido valpróico e a acetazolamida. Um esquema de ACTH pode ser útil nos casos intratáveis. Deve ser tentada uma dieta cetogênica quando não se consegue obter o controle com o uso das drogas mencionadas acima.

3.3.1.10. Convulsões Febris

As convulsões febris ocorrem em crianças entre as idades de 6 meses a 3 anos. A convulsão é do tipo tônico-clônica generalizada, que surge durante uma febre associada a uma doença infecciosa sistêmica aguda. A maioria das crianças não apresenta recidiva. Somente 2 por cento das crianças desenvolvem um distúrbio convulsivo crônico. Esse pequeno grupo suscetível consiste em crianças com achados neurológicos anormais, ou que apresentam um ou mais fatores predisponentes. Esses incluem uma história de convulsões afebris nos pais e irmãos, uma primeira convulsão com aspectos focais ou de duração prolongada e convulsões múltiplas durante o primeiro episódio.

Em muitos casos, o exame neurológico e o EEG ictais são normais. É importante excluir uma infecção do sistema nervoso central.

O tratamento das convulsões febris é controverso. A convulsão é autolimitada na maioria dos casos. Se prolongada, com duração superior a 5 a 10 minutos, a convulsão deve ser interrompida com fenobarbital ou Valium intravenoso. Recomenda-se a profilaxia a longo prazo com fenobarbital naqueles pacientes com achados neurológicos anormais e um ou mais dos fatores predisponentes mencionados acima.

3.3.1.11. Convulsões Neonatais

As convulsões neonatais ocorrem no período neonatal. De maneira geral, são movimentos clônicos focais irregulares, algumas vezes associados a componentes tônicos rápidos. Pode haver uma alteração associada da postura, desvio dos olhos e/ou apnéia.

O exame neurológico interictal é geralmente anormal. As convulsões neonatais indicam um distúrbio grave da atividade cerebral e estão associa-

dos a um resultado fatal em cerca de 25 por cento dos casos. O EEG revela uma atividade fragmentar de ondas espiculadas, com focos mutáveis. A droga de escolha é o fenobarbital.

3.3.1.12. Convulsões em Crianças

Existem muitos tipos de convulsões em crianças. A chave para o diagnóstico é a história, que deve ser obtida, com detalhes, do pai e do irmão mais velho. O engano mais comum é diagnosticar erroneamente as crises complexas parciais (crises psicomotoras), que são comuns na infância, como a ausência (pequeno mal), uma forma rara de crise na infância. O diagnóstico incorreto propicia uma terapêutica inadequada e o não controle da crise.

3.4. Estado de Mal-Epiléptico

3.4.1. Definição

O estado de mal-epiléptico é a ocorrência de uma atividade convulsiva contínua, ou atividade convulsiva repetitiva, sem recuperação da consciência entre os episódios.

3.4.2. Etiologia e Patologia

Cinqüenta por cento dos pacientes são epiléticos crônicos, em quem a causa mais comum é a não obediência ou a suspensão súbita da medicação anticonvulsivante. Os restantes 50 por cento dos casos ocorrem em pacientes com uma doença grave do sistema nervoso central. As causas comuns são traumatismo craniano, meningite, encefalite, encefalopatia anóxica ou metabólica, tumor cerebral, ou enfarto, ou hemorragias cerebrais agudas.

3.4.3. Aspectos Clínicos

Os pacientes ficam comatosos, com uma atividade convulsiva freqüente ou contínua. O estado de mal-epiléptico não tratado é rapidamente computado por desidratação, desequilíbrio eletrolítico, pneumonia de aspiração, disritmias cardíacas, encefalopatia anóxica secundária e hipotermia.

4. ASPECTOS GERAIS DO CAMPO DO ESTÁGIO

O programa de Epilepsia, inaugurado no dia 27 de julho de 1990 em Florianópolis/SC, no posto do INAMPS, na rua Esteves Júnior, é o primeiro centro de Epilepsia multidisciplinar e o pioneiro do gênero no Estado. A partir das segundas-feiras, das 12 às 16 horas, é realizado o atendimento.

A idéia original da formação deste programa foi através do Dr. Paulo César T. Bittencourt, coordenador do centro que trouxe da Europa a forma de tratamento através da multidisciplinaridade usada nos últimos 20 anos no tratamento de epiléticos com índices de sucessos bem superiores aos das clínicas neurológicas convencionais.

O objetivo do programa ao indivíduo com epilepsia é conseguir resultados semelhantes aos dos países europeus: a remissão (cura na prática) da doença em 70% a 80% dos casos, sendo que com a medicação adequada as crises possam ser controladas e outro objetivo seria a eliminação de estigmas e tabus da sociedade que envolve os indivíduos epiléticos.

Em março de 1990, a idéia original do programa começou a surgir efeito. Começaram a se reunir, discutir e elaborar sobre a instalação deste programa um médico, uma psicóloga, uma enfermeira junto com a orientação do Professor Josel da UFSC e uma assistente social. Sendo que os mesmos componentes fariam o serviço multidisciplinar. Um pré-requisito para todos os envolvidos na equipe seria ter como sua área de interesse a Epilepsia.

O trabalho dos seus membros pode ser sumarizado da seguinte maneira:

- Ao médico caberia a responsabilidade pelo diagnóstico e instituição de terapêutica apropriada, sendo que encaminharia a outros profissionais do programa quando necessário;

- A assistente social teria a tarefa de detectar dificuldades sociais de qualquer natureza que inviabilizem o sucesso do tratamento e procurar removê-las;
- A enfermagem seria responsável pela triagem e consultas dos possíveis suspeitos com a condição de epilepsia, apresentação do programa e pelo fornecimento de informações básicas sobre a condição, esclarecendo as inúmeras dúvidas e questões que assaltam a mente de pacientes e seus familiares quando do diagnóstico;
- A psicóloga atua primordialmente na avaliação de distúrbios comportamentais, além de aferir as funções cognitivas ao início do tratamento e detectar precocemente alterações das mesmas caso estas se manifestem.

Assistência social, enfermagem e psicologia atuariam também conjuntamente incentivando os indivíduos epiléticos para que se reúnam em grupos. Isso além de promover a eliminação dos tabus e preconceitos que impedem o acesso do indivíduo com epilepsia a uma vida normal.

O programa de assistência a pacientes com epilepsia foi instalado com grandes esforços no PAM, no 1º andar, sala 1010, Florianópolis/SC, sendo composto por:

- Uma sala de recepção e marcação de consultas médicas e de enfermagem;
- Uma sala para psicologia e assistência social;
- Um consultório médico;
- Um consultório de enfermagem.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

Atender o indivíduo com epilepsia em suas necessidades humanas básicas estimulando o auto-cuidado.

5.2. Objetivos Específicos

1) Organizar, coordenar e dirigir o serviço de Enfermagem.

Plano de Ação.

- Fazer fichamento dos pacientes com história ou suspeita de epilepsia.
- Elaborar normas e rotinas do programa.
- Elaborar o prontuário.
- Registrar no prontuário pacientes que não participarem do programa.
- Agendar consultas de enfermagem.
- Requisitar material ou outros recursos necessários para o programa.
- Encaminhar a outros serviços, quando necessário.

Aprazamento.

- 23/08 a 13/11

Avaliação.

- Se, ao final do prazo estabelecido, o grupo conseguir realizar 80% das estratégias pré-estabelecidas.

2) Assistir o indivíduo com epilepsia dando ênfase a auto-imagem, estima, aceitação, participação, terapêutica, lazer, recreação, trabalho.

Plano de Ação.

- Apresentar-se e apresentar o programa.
- Fazer a consulta de enfermagem conforme roteiro em anexo (anexo 1).
- Orientar conforme suas necessidades humanas básicas atingidas.
- Verificar os sinais vitais.
- Encaminhar a outros profissionais do programa (assistente social, psicóloga ou médico) ou outros programas, quando necessário.
- Fazer orientação prévia de exames.

Aprazamento.

- No decorrer do estágio.

Avaliação.

- A partir do dia 23/08, sendo se cada estagiário conseguir realizar duas consultas de enfermagem diárias e as estratégias pré-estabelecidas.

3) Proporcionar ao indivíduo com epilepsia que tenha condições de manter seu auto-cuidado e conhecimento.

Plano de Ação.

- Incentivar o auto-cuidado através da orientação, discussão e informação.
- Elaborar panfletos dando orientação a respeito do auto-cuidado e conhecimento da epilepsia.
- Elaborar e realizar palestra.
- Fazer revisão bibliográfica.

Aprazamento.

- No decorrer do estágio.

Avaliação:

- Se, no decorrer do estágio, conseguirmos realizar 80% das estratégias pré-estabelecidas.

4) Assistir aos familiares do indivíduo com crises durante o aten-

dimento e/ou visitas domiciliares.

Plano de Ação.

- Orientar os familiares do indivíduo durante a consulta de enfermagem conforme suas necessidades humanas básicas atingidas.
- Estimular a integração e participação dos familiares no tratamento ao indivíduo.
- Encaminhar conforme as necessidades observadas durante a consulta de enfermagem ou visita domiciliar à psicóloga e/ou assistente social do programa, se necessário.
- Elaborar o roteiro de visita domiciliar.
- Realizar visita domiciliar.

Aprazamento.

- A partir do dia 23/08.

Avaliação.

- Se as estratégias pré-estabelecidas forem alcançadas durante o estágio e se cada estagiário executar pelo menos uma visita domiciliar.

5) Assistir o indivíduo com epilepsia e/ou familiares no atendimento durante as crises convulsivas, forma de evitar acidentes e riscos bem como levar uma vida mais normal quanto possível.

Plano de Ação.

- Orientar durante a consulta de enfermagem o procedimento correto que os familiares e/ou indivíduo devem executar diante das crises.
- Elaborar panfletos que orientem a população quanto ao procedimento diante de uma crise.
- Encaminhar o indivíduo com epilepsia à assistente social no caso de acidentes de trabalho e outros, quando necessário.



Aprazamento.

- A partir do dia 23/08.

Avaliação.

- Se conseguirmos alcançar as estratégias pré-estabelecidas no mínimo de 70%.

6) Explicar e enfatizar ao indivíduo com epilepsia e familiares a etiologia, terapêutica da doença evitando estigmas e tabus.

Plano de Ação.

- Orientar durante a consulta de enfermagem e/ou visita domiciliar a respeito da etiologia, terapêutica: efeitos colaterais sobre a dosagem da medicação aplicada.
- Relatar sobre a epilepsia e forma de tratamento aplicado no decorrer da história da humanidade, eliminando tabus e preconceitos durante a consulta de enfermagem e outros eventos promovidos pelo programa.

Aprazamento.

- A partir do dia 23/08.

Avaliação.

- Se 50% das estratégias pré-estabelecidas forem alcançadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que a elaboração deste planejamento foi de vital importância para podermos conseqüentemente realizar o estágio de uma forma sistematizada.

O planejamento, devido o seu caráter flexível, permitirá adequá-lo à realidade existente no campo de estágio, visando o alcance dos objetivos.

Esperamos que o mesmo possa causar efeito diante da sociedade, eliminando preconceitos e tabus existentes neste meio e que a assistência de enfermagem possa refletir diante de outros profissionais e ao mesmo tempo ao indivíduo com epilepsia.

Também esperamos com isso conscientizar a comunidade da importância deste programa.

Partimos para a prática com muitas expectativas e entusiasmo, apostando num crescimento pessoal, porém reconhecendo as limitações do campo de estágio e mesmo pessoais.

Com este programa a enfermagem obteve mais um avanço no campo de projetos e também na assistência.

ANEXOS

PROGRAMA DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM EPILEPSIA

PAM/CAPITAL

ENTREVISTA INICIAL

I - IDENTIFICAÇÃO

NOME:

ENDEREÇO:

CIDADE/ESTADO:

NACIONALIDADE:

INSTRUÇÃO:

ENCAMINHADO POR:

SEXO:

RAÇA:

IDADE:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

PESO:

ALTURA:

P:

PA:

T:

II - ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

1 - Tem antecedentes de epilepsia?

- | | |
|---------------|------------------------|
| a) Desconhece | f) Filhos |
| b) Não | g) Outros via paterna |
| c) Sim | h) Outros via materna |
| d) Pai | i) Mais de um familiar |
| e) Mãe | j) Quantos |

2 - Tem antecedentes de retardo mental?

- | | | |
|------------------------|------------|--------|
| a) Desconhece | b) Não | c) Sim |
| d) Mais de um familiar | e) Quantos | |

3 - Tem antecedentes de transtornos psiquiátricos?

- | | | |
|------------------------|------------|--------|
| a) Desconhece | b) Não | c) Sim |
| d) Mais de um familiar | e) Quantos | |

III - ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

1 - Pré-Natal - Infecções

- | | | | |
|-----------------------------|------------|-----|-----|
| a) Sífilis: | Desconhece | Não | Sim |
| b) Toxoplasmose: | Desconhece | Não | Sim |
| c) Traumatismo Fetal: | Desconhece | Não | Sim |
| d) Sangramento I Trimestre: | Desconhece | Não | Sim |

e) Sangramento II Trimestre:	Desconhece	Não	Sim
f) Eclampsia:	Desconhece	Não	Sim
g) Toxemia:	Desconhece	Não	Sim
h) Anormalidade Placentária:	Desconhece	Não	Sim
i) Anemia:	Desconhece	Não	Sim
j) Mãe menor de 15 anos:	Desconhece	Não	Sim
l) Rubéola:	Desconhece	Não	Sim
m) Meningoencefalite:	Desconhece	Não	Sim
n) Mãe maior de 35 anos:	Desconhece	Não	Sim
o) Primogêna:	Desconhece	Não	Sim
p) Radiação:	Desconhece	Não	Sim

2 - Peri-Natal

1. Parto Normal: a) à termo b) pré-maturo
2. Cesárea: a) eletiva b) não eletiva
 - b.1) desproporção do feto-pelve
 - b.2) falta de dinâmica no trabalho de parto
 - b.3) sofrimento fetal por parto demorado
 - b.4) não se sabe
3. Uso de Fórceps: a) não b) sim c) não sabe
4. Traumatismo obstétrico: a) não b) sim c) não sabe
5. Chorou: a) rápido b) demorou
6. Foi necessário reanimar: a) sim b) não c) não sabe
7. Oxigenioterapia: a) sim b) não c) não sabe
8. Incompatibilidade RH: a) sim b) não c) não sabe
9. Convulsão: a) sim b) não c) não sabe
10. Hemorragia Intracranial: a) sim b) não c) não sabe
11. Prematuro em peso: a) não b) menos de 2.500 grs ou mais de 2.000 grs
c) menos de 2.000 grs

3 - Pós-Natal

1. Hábitos tóxicos: a) fuma b) álcool
2. Toma psicofarmacos? _____ Qual? _____
3. Convulsão febril? a) sim b) não
4. Traumatismo craniano: a) sim b) não
5. Relato sobre as crises atualmente

IV - INÍCIO DA EPILEPSIA

1. Idade que iniciou: _____ anos; _____ meses; _____ dias
2. Forma do episódio inicial: a) crise isolada b) crises recorrentes
c) desconhece
3. Depois que apareceram as crises, quanto tempo passou até que iniciou o tratamento? a) _____ dias b) _____ meses
c) _____ anos d) nunca fez
4. Descreva a primeira crise:

V - CARACTERÍSTICAS DAS CRISES

1. Frequência do aparecimento das crises
 - a) mais de 10 dias b) de 6 a 10 dias
 - c) de 2 a 5 dias d) mais de 10 semanas
 - e) de 6 a 10 semanas f) de 2 a 5 semanas
 - g) somente uma vez por semana h) de 2 a 5 meses
 - i) somente uma vez no mês j) de 2 a 5 no trimestre
 - l) somente uma vez no trimestre m) de 1 a 2 no trimestre
 - n) de 1 a 2 anuais o) ocasionalmente
2. Fator desencadeante das crises:
 - a) estado emocional: sim não não sabe
 - b) febre: sim não não sabe
 - c) álcool: sim não não sabe
 - d) sono: sim não não sabe
 - e) insônia: sim não não sabe
 - f) menstruação: sim não não sabe
 - g) nervoso: sim não não sabe
 - h) estímulo luminoso: sim não não sabe
 - i) estímulo auditivo: sim não
 - j) leitura: sim não
 - l) alimentação: sim não
 - m) outros:

3. Duração: _____ segundos; _____ minutos

VI - FATORES PSICOSSOCIAIS (HISTÓRIA ESCOLAR)

1. Estuda atualmente: sim não

2. Grau de instrução:

3. Com que idade começou a estudar?

4. Se na escola onde estuda sabem sobre sua condição epilética: sim não

5. Na escola atualmente tem bom rendimento escolar?

Notas entre: 100 - 90 pontos _____

90 - 80 pontos _____

80 - 70 pontos _____

abaixo de 70 pontos _____

6. Repetiu alguma série? sim não

7. Causas que o fez repetir:

a) enfermidade _____

b) dificuldade no aprendizado _____

c) indisciplina _____

d) troca de escola e de professor _____

e) outras _____

8. A enfermidade começou depois de estar freqüentando a escola (na troca de atendimento e aproveitamento escolar): a) sim b) não

9. Considera que atualmente seu relacionamento e suas possibilidades de encontrar solução aos problemas que requerem esforço mental é igual, menor ou pior que antes da enfermidade? a) igual b) menor
c) pior

10. Depois de começar o tratamento anticonvulsionante considera que seu aproveitamento e suas possibilidades de encontrar solução para os problemas requerem um esforço mental igual, menor ou pior que antes do tratamento? a) igual ____ b) menor ____ c) pior ____

11. Se é analfabeto (qual foi a causa?)

a) retardo mental b) epilepsia

c) problemas sócio-econômicos d) outros _____

12. Como é sua relação com seus companheiros?

a) aceitação b) repulsa c) indiferença

d) zombaria e) superproteção f) outro _____

13. E com seus professores?

a) aceitação b) repulsa c) indiferença

d) zombaria e) superproteção f) outro _____

VII - OCUPAÇÃO

1. Ocupação: a) desocupado b) estudante c) profissão _____
d) não precisa e) impedido físico e mental

5. BIBLIOGRAFIA

1. Aula expositiva da Prof^a Ledivina Horr, fornecidos no primeiro semestre do ano letivo (90/01) do curso de graduação de Enfermagem da VII^a UC.
2. BECKER, Fernando da et alii. Apresentação de Trabalhos Escolares. Porto Alegre : Prodil, 1986.
3. BELAND, I. & JOYCE, P. Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. 3.ed. São Paulo : EPU, 1978.
4. BRUNNER, L. S. & SUDDART, D. S. Nova Prática de Enfermagem. 3.ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1985.
5. Dados colhidos de projetos e relatórios de semestres anteriores (89-90/1).
6. GILROY, J. & HOLLIDAY. Neurologia. 1.ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1985. p. 59-70.
7. GUYTON, A. C. Fisiologia humana e mecanismos das doenças. 3.ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1986.
8. HORTA, W. de A. Processo de Enfermagem. São Paulo : EPU, EDUSP, 1979.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO
A PACIENTES COM EPILEPSIA
(PAM - CAPITAL)

MARIA DE FÁTIMA MACHADO
MARIA SEBASTIANA MOTA MACHADO
RAQUEL LEAL FERREIRA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
VIII UNIDADE CURRICULAR - INT 1108
ORIENTADOR: PROF. JOSEL MACHADO CORREIA
SUPERVISOR: PROF. JOSEL MACHADO CORREIA

FLORIANÓPOLIS
NOVEMBRO - 1990

"A criatura mais fraca, ao concentrar sua força num único ser ou objeto, pode realizar alguma coisa; ao passo que a mais forte, ao despertar sua força, pode não conseguir realizar nada".

(Thomas Carlyle)

AGRADECIMENTOS

- A Deus por nos dar força.
- Aos familiares que nos apoiaram nos momentos de agústia e desânimo.
- Às companheiras que realizaram este projeto, nos momentos de satisfação, limitação, prazer, companheirismo, ideais como sentimos a força desta palavra, que nos fez acreditar que o amanhã existe e depende de nós a sua conquista.
- Ao coordenador do Programa de Epilepsia Dr. Paulo César Trevisol Bittencourt, por nos permitir realizar este projeto.
- A todos os participantes do programa de epilepsia, pelo seu coleguismo.
- Aos professores que nos apoiaram e ajudaram diante de nossas limitações: Prof. Wilson Kraemer de Paula, Prof^a Nelcy Terezinha C. Mendes e Prof. Edmam.
- À enfermeira Salete, do Hospital Universitário, que nos permitiu fazer o atendimento de nossos pacientes durante a greve da instituição.
- E, principalmente, aos pacientes, pois sem eles não poderíamos realizar este projeto.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. RESULTADOS DA PROPOSTA DE AÇÃO.....	06
2.1. <u>Objetivo Geral</u>	06
2.2. <u>Objetivos Específicos</u>	06
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NÃO PLANEJADAS.....	15
4. CONCLUSÃO.....	17
5. BIBLIOGRAFIA.....	18
6. ANEXOS.....	19

1. INTRODUÇÃO

O referente relatório terá por objetivo descrever as atividades realizadas pela equipe de enfermagem que executou o projeto de 8ª fase na Implantação do Programa de Atendimento a Pacientes com Epilepsia (PAPE), instalado no INAMPS (PAM), rua Esteves Júnior, 74, 1º andar, sala 1080, no município de Florianópolis/SC. Deu-se início das atividades dia 23 de agosto de 1990 estendendo-se até 13 de novembro de 1990.

Relataremos as atividades efetuadas com referência à implantação deste atendimento juntamente com outros profissionais, visto que os objetivos foram discutidos com a equipe multiprofissional do programa.

Referimos também as atividades desenvolvidas não planejadas durante a execução do projeto.

Para Mendonça "a atenção primária à saúde traz implícita, em sua concepção básica, uma estratégia de mudança que deve significar muito mais do que o benefício imediato da prestação de serviços de saúde à população. A sua prática deve, de fato, permitir que a participação da população venha a ter um valor educativo, entendida a prática educativa como um compromisso com a transformação da realidade".

Entendemos que os problemas de saúde, de grande importância para as pessoas, constituem motivos para que a população favorável para a prática da educação em saúde, de forma permanente, baseando-se numa interação respeitosa com a cultura popular e a maneira como a população percebe seus problemas de saúde.

2. RESULTADOS DA PROPOSTA DE AÇÃO

2.1. Objetivo Geral

Atender o indivíduo com epilepsia em suas necessidades humanas básicas estimulando o auto-cuidado.

Os pacientes foram atendidos a nível ambulatorial. O atendimento foi realizado através da metodologia de Wando Aguiar Hortar, através de agendamento de consulta de enfermagem baseadas no roteiro de consulta inicial em anexo com as entrevistas de outros profissionais, formando assim o prontuário do paciente (anexo 1).

Observamos no contexto das necessidades humanas básicas o auto-cuidado, auto-imagem, imagem, estima, auto-estima, terapêutica e gregária particularmente muito afetadas nesses pacientes. Colocamo-nos a disposição através das consultas e orientações e conversas eventuais com os mesmos procurando deixá-los o mais a vontade possível para uma conversação e tentar sanar os eventuais problemas.

Organizamos o programa na parte administrativa, cadastrando, agendando, encaminhando, fazendo solicitações, abertura de prontuários, conseguindo melhoras de recursos humanos através de solicitação de um agente administrativo. Como também a distribuição de atribuições específicas. Com a atuação de enfermagem mostrou-se a necessidade de uma sala de enfermagem. Implantamos normas e rotinas (anexo 4).

2.2. Objetivos Específicos

- 1) Organizar, coordenar e dirigir o serviço de enfermagem.

Todos os pacientes que procuraram e/ou foram encaminhados ao programa foram devidamente cadastrados. Atualmente encontram-se aproximadamente 320 pacientes cadastrados. Inicialmente estes pacientes eram cadastrados pela equipe de enfermagem e outros profissionais do programa (psicóloga e assistente social). Posteriormente, com a vinda de um agente administrativo, foi-lhe incumbido esta função.

Elaboramos normas e rotinas para uma melhor organização do serviço. Foram baseadas em estudos e pesquisa de dados, situações vividas durante um período do estágio e adaptadas de forma prática (anexo 7).

A elaboração dos prontuários foi adaptada de maneira criativa devido a falta de recursos materiais. Improvisamos a guarda destes prontuários através de envelopes oficiais colocando o nome do paciente e o número do prontuário. Eram guardados em divisórias de plástico sobre uma estante. Isto dificultava a procura. Posteriormente, foi-se adaptando para facilitar o seu manuseio.

Hoje, estes prontuários encontram-se registrados em livro e colocados separadamente por ordem alfabética.

O agendamento de consulta de enfermagem foi de maneira inicial pela equipe. Posteriormente, esta tarefa passou a ser atribuída ao agente administrativo. Dependendo da necessidade a enfermagem também faz o agendamento.

Na implantação do programa foi requisitado recursos materiais de vital importância, como materiais permanentes fixos e não fixos. Mas o caso em relação aos serviços de saúde oferecidos pelo nosso Estado e pela Nação nos deixou muito a desejar ao adquirir os mesmos. Os materiais adquiridos foram adaptados para melhor utilização tendo em vista que todos eram materiais antigos e usados.

Foram realizados vários encaminhamentos, como para hospitais, ambulatórios de atendimento psiquiátricos, hipertensos, diabéticos, exames como eletroencefalograma, tomografia computadorizada, raio X e outros.

Conseguimos organizar, coordenar e dirigir o serviço de enfermagem inteiramente.

2) Assistir o indivíduo com epilepsia dando ênfase a auto-imagem, estima, aceitação, participação, terapêutica, lazer, recreação e trabalho.

O programa era apresentado pela consulta de enfermagem inicial e posteriormente como foi mudado o atendimento sendo que, primeiramente, era a enfermagem que tinha o primeiro contato com o paciente e, verificando, observando as situações ocasionadas pelo atendimento mudou-se a rotina. Atualmente a assistente social é que faz representação visto que, através de discussões dos profissionais do programa, foi considerada a mais adequada para estas funções.

Nossa apresentação foi realizada de forma objetiva, identificando-nos como acadêmicas de enfermagem, o nosso objetivo no atendimento e o nosso envolvimento no programa.

Através de vários estudos realizados em textos, roteiros de consultas de outras instituições brasileiras e de outros países como Cuba e pela metodologia que empregamos foram feitos os roteiros de consulta de enfermagem que encontram-se em anexo (anexo 1) e que foi aperfeiçoado durante o estágio.

O roteiro da consulta inicial que se encontra em anexo (anexo 1 e 2), foi aplicado em todos os pacientes do programa, no entanto, o outro roteiro de consulta de enfermagem na evolução do paciente foi aplicado somente nas primeiras consultas, devido ao surgimento da greve da Instituição e, após o retorno desta, demos prioridade no atendimento aos pacientes que já

estavam agendados anteriormente. O agendamento já estava completo até dezembro.

Mesmo com o aparecimento da greve, a estratégia não foi prejudicada, pois conseguimos atender alguns pacientes no ambulatório da Ala B do Hospital Universitário e também a média de consultas diárias realizadas foi satisfatória. Durante este período encaminhávamos, quando necessário, à assistente social e psicóloga os casos mais de emergências.

Através de informações e observações detectadas durante a consulta de enfermagem ou em outros contatos, orientamos e encaminhamos conforme as suas necessidades humanas básicas.

As orientações prévias de exames e o local onde seriam feitos foram realizados sempre que possível durante a atuação do estágio. Sempre ao realizar a consulta de enfermagem também realizávamos a verificação dos sinais vitais e, principalmente, os que tinham correlação aos efeitos colaterais da terapêutica medicamentosa (peso, pressão arterial, pulso e temperatura).

Todas as estratégias pré-estabelecidas deste objetivo foram realizadas considerando assim que o mesmo foi alcançado 100%.

3) Proporcionar ao indivíduo com epilepsia que tenha condições de manter seu auto-cuidado e conhecimento.

Incentivamos o auto-cuidado através da orientação, discussão e informação acerca da epilepsia, dentro da auto-imagem, auto-estima, segurança, terapêutica e gregária em todas as oportunidades e/ou questionamentos dos pacientes durante a consulta de enfermagem ou de encontros ocasionais com os mesmos. Foi enfatizado a importância da terapêutica de modo geral, para que o mesmo consiga sua independência no auto-cuidado.

Elaboramos, com muita dificuldade, um panfleto a respeito de ques-

tionamentos da epilepsia que foram os mais solicitados pelos pacientes, tentando, assim, facilitar o aprendizado destes conhecimentos. Os impressos foram adquiridos através do auxílio da Vice-Diretora da direção geral do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, Professora Nelcy Terezinha C. Mendes, que nos pode confeccionar 2000 cópias (anexo 5).

Foram também adquiridos livretos sobre a epilepsia de fornecimento gratuito e de fácil entendimento pelo Laboratório de Medicamentos da SANOFI, através de pedidos feitos pela nossa equipe aos representantes do mesmo em eventuais encontros (congresso ao qual participamos e de encontros em nosso programa).

Elaboramos e realizamos quatro palestras na Escola Municipal de Canasvieiras, nas turmas de 5ª a 8ª série do 1º grau, do período vespertino. Tendo a duração de uma aula. As palestras tiveram como objetivos esclarecer o que é epilepsia, sua história no contexto social, mostrar os tabus e preconceitos errôneos da sociedade acerca da doença, os cuidados que devem ser prestados de maneira correta ao presenciar uma convulsão.

A palestra foi bastante proveitosa pois despertou o interesse não só dos alunos como também dos professores que relataram a falta do conhecimento e a divulgação sobre esta condição e por já terem presenciado várias convulsões tanto na escola como na comunidade e não souberam prestar um atendimento adequado por não terem tal conhecimento.

Durante todo o nosso estágio, procuramos aprimorar o nosso conhecimento científico através de estudos e pesquisas, principalmente sobre assuntos controversos da epilepsia como álcool e epilepsia, gravidez e epilepsia, etc.

Através de vários esforços foi alcançado este objetivo.

4) Assistir aos familiares do indivíduo com crises durante o atendimento e/ou visitas domiciliares.

Durante a consulta de enfermagem e encontros ocasionais com os familiares dos pacientes orientamos conforme suas necessidades humanas básicas atingidas, principalmente a aceitação, estima, imagem, terapêutica e gregária, comum nesta condição.

Foi também solicitado por alguns dos familiares que nos procuraram ajuda e orientação no ajuste familiar e diante de conflitos apresentados por pessoas que sofrem desta condição, mas que não fazem parte do programa, ao qual nos colocamos a disposição.

Tentamos, através de nossas consultas, estimular a presença dos familiares em ocasião mostrando a importância dos mesmos durante a realização para obtenção de dados vivenciados e presenciados pela família, a verificação de alguns efeitos colaterais que podem ser observados pelos mesmos quanto a agressividade, nervosismo, etc. assim, proporcionando uma melhor aceitação e integração familiar. Todos os familiares que apresentaram necessidades encaminhamos a assistente social e psicóloga.

Em referência a visita domiciliar, foi elaborado o roteiro através de pesquisa e diante do objetivo do programa (anexo 6). Foi somente realizada uma visita domiciliar com a participação de todos os profissionais do programa. A visita foi na casa de uma paciente que sofre de esclerose múltipla e epilepsia. Nesta foi detectada a situação real da paciente em seu convívio familiar. Depois da realização da mesma foram feitos encaminhamentos a vários serviços, pois apresentava várias carências por ser uma pessoa acanhada, com deficiência visual, paraplégica e com suas conseqüências diversas da esclerose múltipla. Sendo que, através destes encaminhamentos, conseguimos que uma ambulância fosse removê-la toda a semana para a realização de exames e consultas eventuais com o médico, o fisioterapeuta e na realização

de exames. Também foi marcado uma pequena cirurgia para a mesma, visto que encontrava com o seu pé esquerdo lesionado, progredindo para a necrose.

Foram dadas orientações aos familiares acerca da sua condição e medidas preventivas em relação a escara e outras conseqüências de sua situação.

O transporte utilizado foi fornecido pelo INAMPS. A visita foi realizada no mês de agosto no período vespertino, tendo a duração de quatro horas.

Não foram realizadas outras visitas domiciliares por vários fatores: a necessidade da mesma, não apresentada pelos pacientes e observadas pela equipe; o meio de transporte, visto a dificuldade apresentada durante a greve e aquisição de verbas; o tempo disponível, com a greve houve acumulação de atendimentos.

Consideremos este objetivo atingido, sendo que consideramos uma prioridade a visita domiciliar facilitando a integração de nós, profissionais, com a situação real vivenciada pelo paciente e familiares.

5) Assistir o indivíduo com epilepsia e/ou familiares no atendimento durante as crises convulsivas, forma de evitar acidentes e riscos bem como levar uma vida mais normal quanto possível.

Através de observações pela equipe durante a consulta de enfermagem e/ou questionamentos quanto ao procedimento executado diante das crises pelos familiares, foram assim orientados no sentido de minimizar a angústia e frustração que os pacientes passam ao reiniciar uma crise. Foi enfatizado nas consultas que epilepsia não é contagiosa, que não diminui o intelectual e que não é sinônimo de deficiência mental. Os procedimentos executados na maioria pelos familiares eram realizados de forma errônea, como: tentavam interromper a crise movimentando o paciente; administravam líquidos para be-

ber (água, etc) durante a crise e compressas de álcool para cheirar, etc.

No panfleto que elaboramos foram colocadas orientações quanto ao procedimento correto diante de uma crise (anexo 5).

Vários pacientes sofrem várias lesões durante as crises. Os casos detectados como acidentes de trabalho foram encaminhados conforme a necessidade à assistente social para avaliar a gravidade da situação e na sua integração com o seu trabalho.

A medida do aparecimento destes eventuais problemas, ao qual acometidos quase que diariamente em alguns pacientes, consideramos que este objetivo foi alcançado através de nossos encaminhamentos e orientações.

6) Explicar e enfatizar ao indivíduo com epilepsia e familiares a etiologia, terapêutica da doença evitando estigmas e tabus.

Constatamos durante o nosso estágio a falta de esclarecimento e conhecimento a respeito da etiologia pelos nossos pacientes e familiares. A terapêutica foi o que mais enfatizamos ao paciente, visto que na sua grande maioria não sabiam relatar o nome da droga e nem seus efeitos colaterais.

Durante as consultas de enfermagem foi observado a grande variedade de estigmas e tabus diante desta condição. No roteiro de consulta inicial (anexo 2) no item referente ao tratamento alternativo, verificou-se o grande contingente de pacientes referindo que sua condição provinha de espíritos e/ou trabalhos espirituais realizados. Orientamos e ressaltamos a respeito da etiologia tentando assim não influenciar no seu credo, mas eliminando estes estigmas impregnados em nossa sociedade.

Consideramos que o objetivo foi alcançado através das estratégias concluídas durante o estágio.

Finalizando o projeto, colocamos em anexo (anexo 6) as atividades desenvolvidas não planejadas.

A interação com a equipe multiprofissional do programa foi de grande crescimento como futuras profissionais. Conseguimos manter uma relação de profissional para profissional, acreditando no valor de cada indivíduo e no seu trabalho, independente de suas ideologias e sim, objetivando uma melhor integração e trocas de idéias para o aprimoramento do atendimento aos pacientes e fazendo-nos amadurecer como indivíduos e profissionais.

Semanalmente nos reunimos com a equipe multiprofissional onde discutíamos o andamento do programa, bem como utilizávamos para pesquisas e trocas de conhecimentos científicos acerca desta condição.

Realizamos reuniões com o nosso supervisor e orientador cinco vezes durante o estágio, fora os contatos quase que diariamente por via telefônica e eventuais encontros.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NÃO PLANEJADAS

1) Participação na XV Reunião Anual da Liga Brasileira de Epilepsia e Simpósio Internacional de Neurologia Comportamental

Realizado em Curitiba nos dias 20 a 23 de agosto. Somente foi possível a participação de uma das acadêmicas de enfermagem, visto que na mesma data teríamos que fazer apresentação do planejamento do projeto.

Sentimo-nos satisfeitas, pois nos ajudou a aprimorar nossos conhecimentos científicos. No mesmo evento foi possível entrar em contato com profissionais e laboratórios que nos ajudaram na melhoria do programa, inclusive com o envio de medicamento gratuito que foram distribuídos aos pacientes.

2) Participação na APAE.

Através do Dr. Paulo César Trevisol Bittencourt o programa começou a realizar alguns atendimentos na APAE. Após vários contatos com o pediatra desta instituição, iniciamos em conjunto um trabalho de pesquisa e atendimento destes pacientes.

3) Participação na formação da Associação Catarinense de Epilepsia.

Sentindo a necessidade de uma associação ou de um grupo ao qual pudesse atingir e apoiar a população e na eliminação de tabus e preconceitos, foi formada uma chapa para a eleição da Associação Catarinense de Epilepsia, sendo que uma das acadêmicas, Raquel Leal Ferreira, participará como presidente se a mesma for eleita. A abertura e eleição ocorrerá na data de 30/11/90 no auditório do INAMPS/Capital.

Para a realização deste evento a participação foi efetiva de nós acadêmicas. Foram feitas várias solicitações como: solicitação de hospedagem

e alimentação, ao qual a direção geral do CCS, da UFSC, nos forneceu para trazer na posse a ex-presidente da Associação Brasileira de Epilepsia Kuniko Matsui, que seria de vital importância na abertura deste evento. Foi solicitado em vários lugares as passagens da vinda da mesma.

Também foram enviados convites a vários pacientes com epilepsia e personalidades da nossa sociedade. Solicitações também foram feitas aos meios de comunicação para a divulgação de tal evento.

4. CONCLUSÃO

Ao concluirmos este projeto, abrimos caminhos para nossa vida profissional, vivendo uma realidade frustrante em nossa área, mas com ideais fortes e firmes para um aprimoramento e mudanças na Saúde de nosso país a qual tem se limitado e vítima de descaso por nossos governantes e alguns profissionais. Foram grandes as dificuldades encontradas, visto que, a nova política de saúde ainda encontra-se muito insegura.

O programa de epilepsia promete grandes expectativas, pois apesar de ser recente já consegue atingir os seus objetivos. Nós, acadêmicas, nos sentimos satisfeitas por podermos participar e colaborar na implantação do mesmo. Ressaltamos que para as acadêmicas foi de extrema importância a interação obtida por cada cliente assistido durante o estágio. A assistência a eles prestada foi planejada a partir de suas necessidades humanas básicas afetadas, de modo a possibilitar o conhecimento acerca de seus problemas e torná-lo capaz para o auto-cuidado.

Acreditamos firmemente que a base da profissão do enfermeiro seja a crença no valor da pessoa através do respeito ao atendimento das necessidades básicas do paciente e, para tanto, é imprescindível identificar seus problemas tendo amplos e atualizados conhecimentos fisiopatológicos e psicossociais, sem os quais sua atuação será desnecessária e, muitas vezes, prejudicial.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Aula expositiva da Prof^a Ledivina Horr, fornecidos no primeiro semestre do ano letivo (90/01) do curso de graduação de Enfermagem da VII^a UC.
2. BECKER, Fernando da et alii. Apresentação de Trabalhos Escolares. Porto Alegre : Prodil, 1986.
3. BITTENCOURT, Paulo César T. Dados do Programa de Assistência no Epilético.
4. BRUNNER, L. S. & SUDDART, D. S. Nova Prática de Enfermagem. 3.ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1985.
5. Dados colhidos de projetos e relatórios de semestres anteriores (89-90/1).
6. GUYTON, A. C. Fisiologia humana e mecanismos das doenças. 3.ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1986.
7. HORTA, W. de A. Processo de Enfermagem. São Paulo : EPU, EDUSP, 1979.

ANEXOS

PROGRAMA DE ATENDIMENTO

À PACIENTES COM EPILEPSIA

(PAM - CAPITAL)

PROGRAMA DE ATENDIMENTO Á
PACIENTES COM EPILEPSIA

(PAM = CAPITAL)

I) Identificação:

- 1) Nome: _____ 2) Sexo: _____
3) Endereço: _____
4) Estado civil: _____ 5) Raça: _____ 6) Idade: _____ 7) D.N.: _____
8) Nacionalidade: _____ 9) Instrução: _____ 10) Profissão: _____
11) Filiação: _____
12) Encaminhado Por: _____
13) Por quê você procurou o programa? _____

L4) O que você espera do Programa (Suas expectativas)? _____

II) História Mórbida Familiar:

- 1) Epilepsia? _____
2) Retardo mental? _____
3) Doença psiquiátrica? _____
4) Outros _____

LII) História Mórbida Pregressa:

- 1) Sofrimento Pré - Peri Natal _____

2) Infecções SNC _____
3) T.C.E _____
4) Convulsões Febris _____
5) Doença Vascular Cerebral: Isquêmica? Hemorrágica? _____

6) Neurocirurgia _____
7) Outros _____

IV) Doença associada ? Internações em hospitais Psiquiátricos?

V) Está fazendo uso de droga que não seja D.A.E?

VI) Tratamentos Anteriores: Especificar inicio e fim de cada um. Drogas empregadas; doses diárias, efeitos colaterais e respostas .

VII) Idade e descrição da 1ª crise:

VIII) Intervalo entre 1º ,2º e 3º crise

IX) Especificar tempo de duração da 1º,2º e 3º crise

Foram Iguais ?

X) Última crise: Data e descrição

XII) Frequência das crises e descrição

Menores

Maiores

XIII) Tratamentos Alternativas ? Quais? Descreva:

XIV) Performance Intelectual

1) Boa _____

2) Má. (Neste caso há relação cronológica com o início de D.A.E. Se Sim, qual a D.A.E. e sua ação.

XV) Alteração comportamental ? Há relação com D.A.E.? Qual ?

XVI) Fale do seu relacionamento com os médicos que lhe atenderam anteriormente:

1) Qual o diagnóstico que lhe deram ? _____

2) Qual o prognóstico que lhe deram? _____

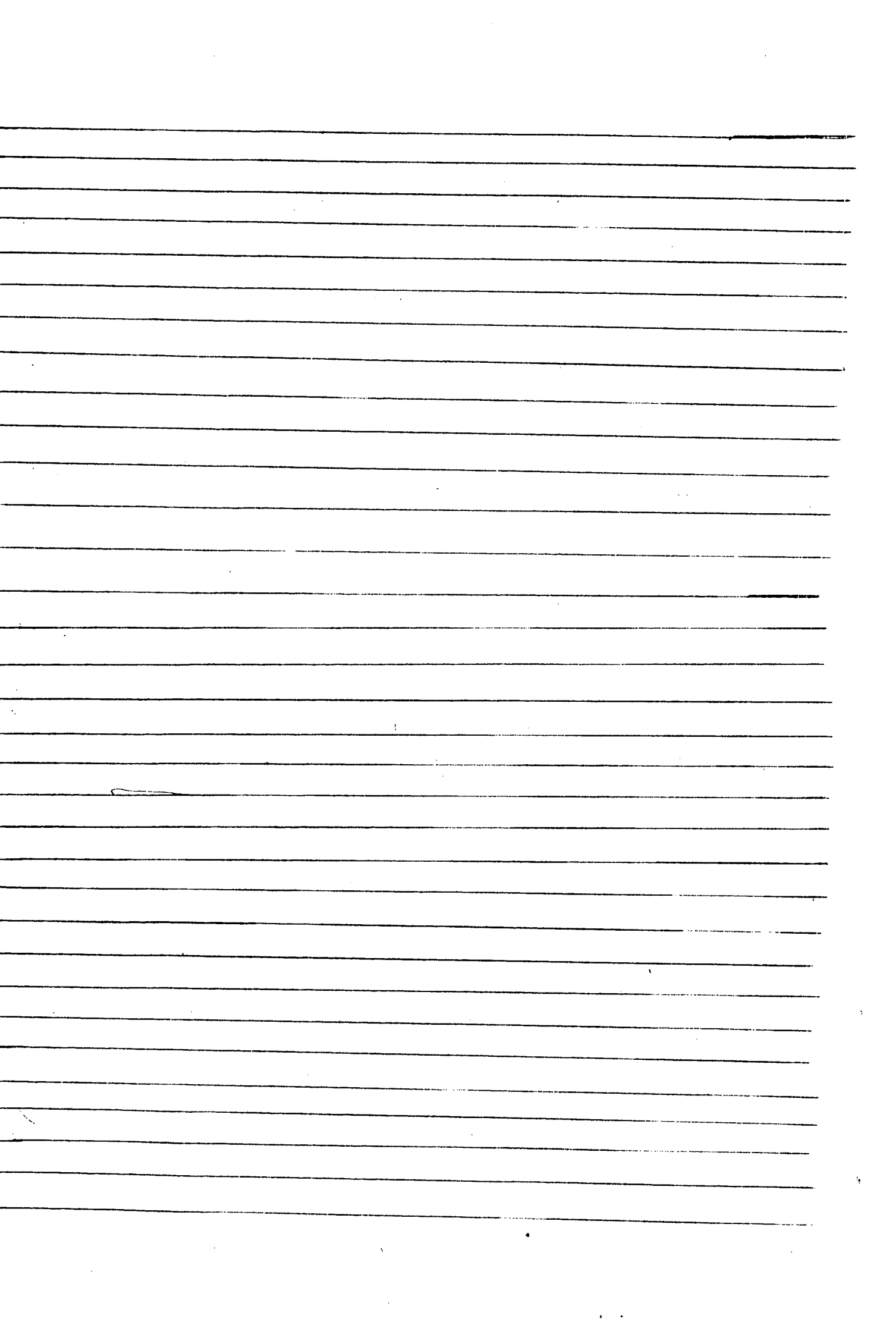
3) Qual a recomendação em relação ao álcool , maconha, comida, participação em festas ...? _____

4) Lhe pareceram educados e compreensivos ou hostis ?

5) Recebeu alguma orientação quanto ao tipo de trabalho que foste desempenhar ?

XXII) Terapeutica:

Lined paper template with 30 horizontal lines.



XXIII) CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES:

1- Generalizada

A) Tônico - Clônica: _____

B) Ausência: _____

C) Mioclônica: _____

D) Tônica: _____

E) A Tônica: _____

OBS: _____

2- Parciais

A) SIMPLES

Motora: _____

Sensitiva: _____

Autonômica _____

Psíquica: _____

B) COMPLEXAS

A) Início como Parcial Simples: _____

B) Consc. ao início: _____

C- PARCIAL SIMPLES COM GENERALIZAÇÃO 2º : _____

D- PARCIAL SIMPLES COMPLEXAS COM GENERALIZAÇÃO 2º : _____

E- fatores precipitantes das crises

F- Relação das crises com o ciclo vigília-sono

G- Relação das crises com o ciclo menstrual

Ausente _____ Presente _____ Descrever: _____

Relação das crises com a gravidez

Frequência - aumentada - diminuída ; inalterada - exclusivamente no período gestacional : _____

PROCOLO DE ESTUDOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À PACIENTES COM
EPILEPSIA - PAM - CENTRO - FLORIANÓPOLIS /SC

I - IDENTIFICAÇÃO NA RECEPÇÃO

- 1 - NOME: _____
- 2 - SEXO: _____ 3 - RAÇA: _____
- 4 - DATA DE NASCIMENTO: _____ 5 - NATURALIDADE: _____
- 6 - PROCEDÊNCIA: _____
- 7 - FILIAÇÃO: _____
- 8 - NÍVEL DE INSTRUÇÃO: _____
- 9 - PROFISSÃO: _____
- 10 - LOCAL DE TRABALHO: _____
- 11 - ESTADO CIVIL: _____
- 12 - ENDEREÇO E TELEFONE PARA CONTATO: _____
- 13 - RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: _____
- 14 - QUEM ESTÁ ACOMPANHANDO O PACIENTE? _____
- 15 - PACIENTE FOI ENCAMINHADO PARA ENTREVISTA INICIAL COM:
ASSISTENTE SOCIAL, PSICÓLOGA, ENFERMEIRA; MARCADA PARA O
DIA _____

III - PSICOLOGIA

1 - O QUE VOCÊ ACHA QUE TEM? _____

2 - COMO VOCÊ ENCARA SUA CONDIÇÃO? (SENTE-SE INFERORIZADO POR ELA?) _____

3 - COMO SEUS FAMILIARES (PAIS EM PARTICULAR) ENCARAM? _____

4 - COMO SEUS AMIGOS ENCARAM? _____

5 - COMO SEUS EMPREGADORES ENCARAM? _____

6 - COMO VOCÊ REAGE FRENTE A POSIÇÃO DESTAS PESSOAS _____

7 - COMENTE SEU RELACIONAMENTO COM OS MÉDICOS QUE LHE ATENDERAM NO PASSADO. ELES LHE ORIENTARAM EM RELAÇÃO AS ATIVIDADES QUE VOCÊ PODERIA EXERCER? _____

8 - QUAL A SUA EXPECTATIVA NA VIDA? SEUS PROJETOS PESSOAIS? _____

- 9 - VOCÊ ACHA QUE SUA CONDIÇÃO É IMPECILHO PARA ALCANÇAR ISSO?

- 10 - JÁ PENSOU EM COMETER SUICÍDIO? POR QUE? _____

- 11 - QUAL O SEU DESEMPENHO EM ATIVIDADES INTELECTUAIS? _____

- 12 - SUA CONDIÇÃO E/OU SEU TRATAMENTO ALTEROU SEU COMPORTAMENTO

- 13 - SUA CONDIÇÃO E/OU TRATAMENTO ALTEROU SUA ATIVIDADE SEXUAL?
CASO AFIRMATIVO ELA AUMENTOU OU DIMINUIU? _____

- 14 - COMENTE SEU CICLO DE SONO: _____

- 15 - VOCÊ JÁ FOI VÍTIMA DE, REJEIÇÃO, DISCRIMINAÇÃO, MAUS TRA -
TOS, ABUSO SEXUAL? _____

- 16 - COMO SÃO HABITUALMENTE SEUS FINAIS DE SEMANA E FERIADOS?

- 17 - EM RELAÇÃO A SUA CONDIÇÃO QUEIRA COMENTAR QUAL FOI A SUA
MELHOR EXPERIÊNCIA E TAMBÉM A SUA PIOR EXPERIÊNCIA RELACIO
NADA A ELA: _____

- 18 - O QUE É EPILEPSIA? _____

19 - OUTRAS OBSERVAÇÕES QUE JULGAR PERTINENTE: _____

20 - SUMARIZE SUA IMPRESSÃO DO PACIENTE: _____

II - SERVIÇO SOCIAL

- 1 - NÚMERO DE FILHOS? QUANTOS SÃO DEPENDENTES? RENDA PESSOAL E FAMILIAR EM SALÁRIOS: _____

- 2 - QUAL A ATIVIDADE QUE VEM EXERCENDO NO MOMENTO? _____

- 3 - VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM ELA? _____

- 4 - QUAIS AS ATIVIDADES QUE TEVE NO PASSADO? _____

- 5 - VOCÊ JÁ TEVE ALGUM ACIDENTE DE TRABALHO? NO CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA, DESCREVA-O _____

- 6 - CASO ESTEJA RECEBENDO ALGUM BENEFÍCIO, ESPECIFICAR DE ONDE DESDE QUANDO, QUAL O SEU VALOR E A RAZÃO DO MESMO: _____

- 7 - CASO TENHA SIDO APOSENTADO, ESPECIFICAR QUANDO ISSO SE DEU E QUAL FOI O MOTIVO: _____

- 8 - CASO TENHA SIDO DEDITIDO ALGUMA VEZ NO PASSADO, QUAL FOI O MOTIVO QUE JUSTIFICOU: _____

- 9 - SUA CONDIÇÃO TEM PROVOCADO INTERRUPÇÃO NA SUA ATIVIDADE ?

- 10 - CASO AFIRMATIVO, QUAL É A FREQUÊNCIA QUE ISTO ACONTECE? _____

- 11 - NO CASO DE TER INTERROMPIDO SEUS ESTUDOS, DETALHAR QUANDO E POR QUE: _____

- 12 - NO CASO DE JÁ HAVER UTILIZADO D.A.E. NO PASSADO COMO AS
OBTINHA? _____

- 13 - CASO AS COMPRASSE QUAL ERA O IMPACTO NO SEU SALÁRIO?
(EXPRESSAR EM PORCENTAGEM) _____

- 14 - CASO RECEBESSE DA CEME, ALGUMA VEZ ELAS FALTARAM? NESSE
CASO QUAL FOI A SUA CONDUTA: REDUZIU A DOSE DIÁRIA DA
DROGA PARA ECONOMIZAR? COMPROU? ABANDONOU O TRATAMENTO? _____

- 15 - NO CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA À PERGUNTA ACIMA, SUA CON-
DIÇÃO DETERIOROU? FICOU INALTERADA? _____

- 16 - VIVE EM CASA PRÓPRIA? CASO NÃO CORRELACIONAR VALOR DO ALU-
GUEL X RENDA FAMILIAR: _____

- 17 - QUAL A SUA RELIGIÃO? SUA RELIGIOSIDADE? _____

- 18 - VOCÊ TEM CARTEIRA DE HABILITAÇÃO E NORMALMENTE DIRIGE? CA-
SO SIM, JÁ ESTEVE ENVOLVIDO EM ALGUM ACIDENTE? _____

- 19 - JÁ FOI VÍTIMA DE ALGUM ACIDENTE DE TRÂNSITO? EM CASO AFIR-
MATIVO COMENTE: _____

- 20 - VOCÊ JÁ TEVE CONTATO COM A POLÍCIA DEVIDO ALGUMA DAS SUAS
CRISES? CASO SIM, COMENTE COMO OS POLICIAIS SE PORTARAM :

- 21 - POR QUE VOCÊ PROCUROU O PROGRAMA E QUAL A SUA EXPECTATIVA

22 - COMENTE A REALIDADE SÓCIO-ECONÔMICA-CULTURAL DO PACIENTE
E SUA FAMÍLIA: _____

IV - ENFERMAGEM

1 - DESCREVA SUA ÚLTIMA CRISE COM O MÁXIMO DE DETALHES. DATA.

2 - DESCREVA SUA 1ª CRISE COM O MÁXIMO DE DETALHES. DATA.

3 - QUAL O INTERVALO ENTRE A 1ª, 2ª E 3ª CRISE? A 2ª E A 3ª FORAM IDÊNTICAS A 1ª? CASO NÃO, DESCREVA-AS.

4 - QUANTOS TIPOS DE CRISE VOCÊ APRESENTA? _____

5 - QUAL A FREQUÊNCIA DAS SUAS CRISES? _____

6 - VOCÊ TEM ALGUM TIPO DE AVISO ANTES DAS SUAS CRISES? DESCREVA NO CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA: _____

7 - QUANTO TEMPO EM MÉDIA DURAM SUAS CRISES? _____

8 - VOCÊ COSTUMA SE FERIR DURANTE AS MESMAS? _____

9 - QUAL A CONDUTA DE SEUS FAMILIARES DURANTE AS CRISES?

10 - N A SUA OPINIÃO O QUE FAZ AS CRISES APARECEREM? _____

11 - RELAÇÃO DAS CRISES COM O CICLO VIGÍLIA-SONO: _____

12 - CASO MULHER: COMENTE O COMPORTAMENTO DA SUA CONDIÇÃO DURANTE O CICLO MENSTRUAL E DURANTE O PERÍODO DE GRAVIDEZ. _____

13 - COMENTE SEUS TRATAMENTOS ANTERIORES:

A - DROGAS UTILIZADAS:

DROGA						
DOSAGEM						
RESPOSTA						
EFEITOS COLATERAIS						
DURAÇÃO						
MOTIVO INTERRUÇÃO						

B - USOU AS D.A.E EM MONO OU POLITERAPIA? CASO TENHA USADO VÁRIAS DROGAS SIMULTANEAMENTE, DESCREVA OS ESQUEMAS, AS RESPOSTAS AOS MESMOS E EFEITOS COLATERAIS: _____

14 - QUAIS OS TRATAMENTOS ALTERNATIVOS JÁ TENTADOS? CASO AFIRMATIVO COMENTE INDIVIDUALMENTE: _____

15 - QUANTOS MÉDICOS VOCÊ JÁ PROCUROU DEVIDO A SUA CONDIÇÃO ? SE POSSÍVEL APONTE SUAS ESPECIALIDADES E QUAIS FORAM OS DIAGNÓSTICOS E PROGNÓSTICOS QUE LHE DERAM: _____

16 - FOI-LHE RECOMENDADO ALGUM TIPO DE DIETA? (ÁLCOOL, CAFÉ, COCA...) _____

17 - HÁ ALGUMA DOENÇA ASSOCIADA? CASO AFIRMATIVO QUAL? _____

18 - ESTÁ USANDO DROGA NÃO ANTI-EPILETICA? _____

19 - É TABAGISTA? ETILISTA? DROGADITO? _____

20 - HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA:

- CONDIÇÕES DE PARTO (HOUE SOFRIMENTO?) _____

- INFECÇÕES DO S.N.C. _____

- T.C.E (COMENTAR) _____

- CONVULSÃO FEBRIL (IDADE, N° DE CRISES, DURAÇÃO E TRATAMENTO): _____

- DOENÇA VASCULAR CEREBRAL. (QUANDO) _____

- NEUROCIRURGIA (QUANDO E PORQUE) _____

- STATUS EPILEPTICUS (QUANDO?) _____

21 - INTERNAÇÕES NO PASSADO? CASO AFIRMATIVO DESCREVA-AS: _____

22 - INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS? DESCREVA MOTIVO,
DURAÇÃO E RESULTADO: _____

23 - HISTÓRIA MÓRBIDA FAMILIAR:
- EPILEPSIA: _____

- RETARDO MENTAL: _____

- DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS: _____

- OUTRAS DOENÇAS: _____

24 - EPIDEMIOLOGIA PARA CISTICERCOSE? _____

25 - CASO MULHER E TENHA USADO D.A.E. DURANTE A GESTAÇÃO HOU-
VE EFEITO TERATOGÊNICO? _____

26 - QUEIXAS RELACIONADAS A OUTROS APARELHOS E SISTEMAS: _____

27 - EXAMES COMPLEMENTARES JÁ REALIZADOS ANTERIORMENTE. DES-
CREVA-OS: _____

28 - OUTRAS OBSERVAÇÕES QUE JULGAR PERTINENTE: _____

29 - DADOS VITAIS + PESO + ALTURA: _____

V - MÉDICO

1 - EXAME CLÍNICO:

A - GERAL: _____

B - NEUROLÓGICO: _____

2 - CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES:

A - GENERALIZADAS:
- TÔNICO-CLÔNICAS: _____

- TÔNICA: _____

- MIOCLÔNICA: _____

- ATÔNICA: _____

- AUSÊNCIA: _____

OBSERVAÇÃO: _____

B - PARCIAIS

B1. SIMPLES:

- MOTORA: _____

- SENSITIVA: _____

- PSIQUICA: _____

- AUTONÔMICA: _____

B2. COMPLEXAS:

- INÍCIO COMO P.S.: _____

= COMPROMETIMENTO DA CONSCIÊNCIA NO INÍCIO: _____

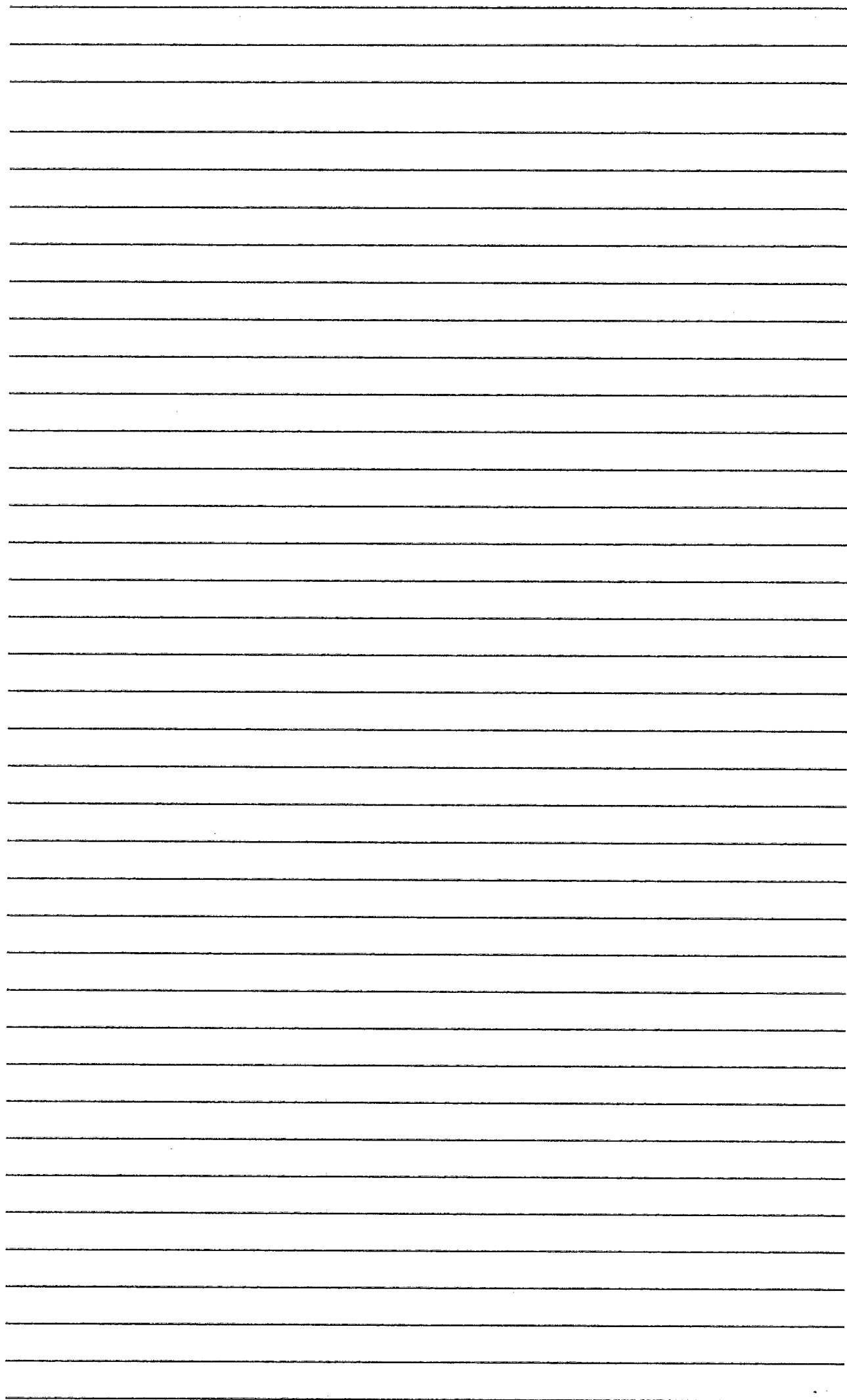
B3. PARCIAIS COM GENERALIZAÇÃO SECUNDÁRIA: _____

OBSERVAÇÕES: _____

3 - SÍNDROME EPILÉTICA: _____

4 - PLANO TERAPÊUTICO: _____

5 - EVOLUÇÃO: _____



ROTEIRO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1) IDENTIFICAÇÃO

a) Nome, idade, sexo, raça

b) Queixa principal

2) EVOLUÇÃO

2.2) Mantém o controle das crises

a) Concorda com o esquema medicamentoso

b) Qual o nome dos medicamentos que toma atualmente, dosagem?

c) Verbaliza a necessidade de tomar o medicamento anti-epilético prescrito: consegue relatar os perigos da suspensão do medicamento

d) Administra o medicamento conforme a prescrição (toma nos horários corretos)

e) Consegue encontrar o medicamento no mercado

f) Adota um estilo de vida saudável:

1 - Dorme bem

2 - Faz refeições a intervalos regulares para evitar a hipoglicemia

g) Tem tido crises depois da última consulta médica? Foram iguais (descreva-as)

h) Qual a frequência?

i) Qual a duração em média?

j) Descreva sobre sua última crise (caso tenha ocorrido após a última consulta médica)

2.2) Tem melhorado seu ajustamento psicossocial

a) Tem alguma ocupação atualmente? (estuda, trabalha, aposentou)

b) Verbaliza que não lhe podem negar acesso à educação, recreação et com base nas crises

2.3) Lida satisfatoriamente com os problemas emocionais

a) Identifica um membro amigo/familiar com quem possa falar

b) É capaz de discutir os sentimentos atuais

c) Identifica maneiras de lidar construtivamente com a raiva/frustração

d) Admite estar com epilepsia

e) Verbaliza o desejo de participar de alguma associação ou de um grupo para o controle do interesse

3) EXAME FÍSICO

- Temperatura:

- Pulso:

- Pressão arterial:

- Peso:

- Altura:

Verificar os efeitos colaterais: obesidade, náuseas, vômitos, anorexia, discrasias sangüíneas, cefaléia, sonolência, fadiga, ataxia, depressão, tremor, erupção cutânea, diplopia,

nervoso, edema facial, sangramento gengival, hiperplasia de gengiva, distúrbios gastrointestinais, dermatite, hiperirritabilidade, alopecia transitória, hipersalivação.

4) PROBLEMAS DETECTADOS

5) PLANO DE AÇÃO

6) ORIENTAÇÕES ACERCA DA EPILEPSIA (O QUE É, TABUS E ESTIGMAS, PRECONCEITOS, ÁLCOOL E EPILEPSIA, GRAVIDEZ E EPILEPSIA, ETC)

7) ENCAMINHAMENTOS

8) OBSERVAÇÃO QUE ACHAR OPORTUNA ACERCA DA IMAGEM, AUTO-IMAGEM, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR

- 1) Identificação (nome, idade, endereço)

- 2) Meio de transporte e horário da visita

- 3) Quais os profissionais do programa que foram executá-la?

- 4) Aspecto geral do local da visita

- 5) Quais os familiares presentes durante a visita?

- 6) Registro de queixas e problemas detectados durante a visita

- 7) Plano de ação

- 8) Orientações

9) Encaminhamentos

10) Observações que acharem pertinentes

AMINAS E OS ALIMENTOS QUE CONTÊM MUITAS
CRISES EPILEPTICAS?
o há provas disto. Uma alimentação sadia e adequada oferece as vitaminas e minerais ne-
s que toda pessoa precisa. Pessoas com epilepsia não necessitam de mais vitaminas e mi-
to que outras quaisquer.

**CRIANÇAS EPILEPTICAS PODEM FREQUENTAR ESCOLAS
MALMENTE?**

m. Podem e devem frequentar aulas regularmente em classe comum, desde que não te-
outros distúrbios (deficiências) associados à epilepsia.

**EPILEPTICO PODE EXERCER QUALQUER TIPO DE ATIVIDADE
PROFISSIONAL?**

m. Com prudência e responsabilidade, de um modo geral, o epilético pode fazer de tudo.
recomendam atividades próximas ao fogo, operação de máquinas de risco, direção de
s em caráter profissional e trabalhos em lugares altos.

**CONSELHÁVEL MANTER AS CRIANÇAS E OS ADULTOS QUE
TEM DE EPILEPSIA EM CASA PARA EVITAR ACIDENTES?**

ção. Atividade recreativa e ocupacional são saudáveis, tanto para os epiléticos como para
outra pessoa. Uma pessoa ativa e ocupada tem tendência a apresentar menos crises.

**QUANDO A PESSOA CAMINHA DURANTE UMA CRISE, O QUE
DEVE SER FEITO?**

mantenha-se calmo e oriente as outras pessoas. Informe-lhes que é crise de epilepsia e não
e drogas ou de alcoolismo.
tire com cuidado os objetos que possam lhe causar ferimentos e machucar.
que ao lado da pessoa até que ela "desperte" e esteja totalmente alerta.

o baseado no Panfleto da Associação Brasileira de Epilepsia)

GRAMA DE EPILEPSIA - PAPE

: ESTEVES JUNIOR, 84 - 1º Andar

AMPS = FLORIANÓPOLIS/SC

TELEFONE: 246744-2184

EPILEPSIA TEM CURA

O QUE É EPILEPSIA?

A epilepsia é um distúrbio do cérebro que se expressa por crises epilépticas repetidas.

COMO PODEM SER AS CRISES EPILEPTICAS?

As crises epilépticas podem se manifestar de diferentes maneiras:

A crise convulsiva é a forma mais conhecida pelas pessoas e é identificada como "ataque epiléptico". Nesse tipo de crise a pessoa pode cair ao chão, apresentar contrações musculares em todo o corpo, mordedura da língua, salivação intensa, respiração ofegante e, às vezes, até urinar.

A crise do tipo "ausência" é conhecida como "desligamentos". A pessoa fica com o olhar fixo, perde contato com o meio por alguns segundos. Por ser de curtíssima duração, muitas vezes não é percebida pelos familiares e/ou professores.

Há um tipo de crise que se manifesta como se a pessoa estivesse "alerta", mas não tem controle de seus atos, fazendo movimentos automaticamente. Durante esses movimentos automáticos involuntários, a pessoa pode ficar mastigando, falando de modo incompreensível ou andando sem direção definida. Em geral, a pessoa não se recorda do que aconteceu quando a crise termina. Esta é chamada de crise parcial complexa.

Existem outros tipos de crises que podem provocar quedas ao solo sem nenhum movimento ou contrações ou, então, ter percepções visuais ou auditivas estranhas ou, ainda, alterações transitórias da memória.

QUAL É A CAUSA DA EPILEPSIA?

A causa pode ser uma lesão no cérebro, decorrente de uma forte pancada na cabeça, uma infecção (meningite, por exemplo), neurocisticercose ("ovos de solitária" no cérebro), abuso de bebidas alcoólicas, de drogas, etc. Às vezes, algo que ocorreu antes ou durante o parto. Muitas vezes não é possível conhecer as causas que deram origem à epilepsia.

QUANTAS PESSOAS SOFREM DE EPILEPSIA?

As epilepsias são muito frequentes. Entre cada cem pessoas, uma a duas são epilépticas.

O QUE VOCÊ DEVE FAZER FRENTE A UMA CONVULSÃO?

1. Mantenha-se calmo e procure acalmar os demais.
2. Coloque algo macio sob a cabeça da pessoa para protegê-la.
3. Cuide para que não ocorram ferimentos.
4. Deite-a suavemente de lado para que a saliva escorra livremente e para facilitar a sua respiração.
5. Não coloque nada em sua boca.
6. Não tente segurar-lhe a língua.
7. Não tente reanimá-la, jogando água ou dando-lhe algo para beber ou cheirar.
8. Não tente conter os seus movimentos.
9. Fique ao seu lado até que a sua respiração se normalize e ela se levante.
10. Ofereça-lhe ajuda para levá-la para casa, caso não se sinta segura no lugar onde se encontra, pois algumas pessoas sentem-se confusas depois de uma crise.

PERGUNTAS MAIS COMUNS SOBRE A EPILEPSIA

COMO OS MÉDICOS SABEM QUE UMA PESSOA SOFRE DE EPILEPSIA?

Pela descrição das crises, que podem ser narradas pelo próprio indivíduo e/ou familiares.

Às vezes, é necessário recorrer a exames como eletroencefalografia, raios X, tomografia computadorizada e outros.

O QUE PODE FACILITAR UMA CRISE EPILEPTICA?

Algumas vezes uma luz forte ou intermitente (luzes que se acendem e apagam), o cansaço físico, a privação de sono e o "nervosismo".

Na maioria das vezes não é possível identificar os fatores que facilitam a manifestação das crises, mas a interrupção ou o uso irregular de medicamentos é o que mais frequentemente provoca crises.

AS CRISES EPILEPTICAS PODEM CAUSAR DANOS AO CÉREBRO?

Caso a crise epiléptica se repita uma logo após a outra ou se durar mais de 10 minutos, recomenda-se procurar um serviço médico para evitar a possibilidade de ocorrência de danos ao cérebro.

O EPILEPTICO PODE MORRER DURANTE UMA CRISE?

Não. As crises epilépticas são episódios de curta duração, de segundos a alguns minutos. Cessada a crise, algumas pessoas podem apresentar um estado de confusão mental momentânea, cansaço, sonolência ou dores de cabeça, que tendem a passar sem medicação alguma.

UMA PESSOA PODE CAUSAR DANOS A ALGUÉM DURANTE UMA CRISE EPILEPTICA?

Não. Se a pessoa estiver sonolenta ou confusa, durante ou após uma crise, e for segurada, ela poderá reagir. Muitas vezes esta reação é confundida com agressividade.

EPILEPSIA É UMA "DOENÇA DE FAMÍLIA" OU "DOENÇA HEREDITÁRIA"?

Na maioria das vezes, ocorre sem que nenhum outro membro da família tenha tido epilepsia. Mas, como a epilepsia é muito frequente, pode haver mais de um caso na família.

A EPILEPSIA É UMA DOENÇA MENTAL?

Não. A epilepsia e a doença mental são condições diferentes.

A EPILEPSIA PODE CONDUZIR AO RETARDO MENTAL?

Não. Contudo, uma grande lesão cerebral pode provocar as duas coisas em uma mesma pessoa.

OS EPILEPTICOS SÃO MAIS "NERVOSOS" QUE OUTRAS PESSOAS?

A vida cotidiana pode ser mais difícil para essas pessoas e isso pode afetá-las e torná-las mais nervosas.

A EPILEPSIA PODE SER CAUSADA POR UM ESPÍRITO MALIGNO?

Não. A epilepsia é semelhante a qualquer outro problema de saúde. A crise epiléptica ocorre devido ao funcionamento elétrico anormal do cérebro durante um curto período de tempo.

A EPILEPSIA PODE SER UM "CASTIGO" POR ALGUM MAL QUE A PESSOA FEZ OU QUE OS SEUS PAIS FIZERAM NO PASSADO?

Não. Bons sentimentos e atitudes positivas podem favorecer uma vida mais saudável e tranqüila para todas as pessoas.

NORMAS E ROTINAS

"Normas são guias que definem claramente as obrigações. As normas dão orientação geral para tomada de decisão".

"Rotina descreve as etapas que deverão ser seguidas para executar uma norma, ou seja, operacionalização de normas".

Acreditamos que para uma assistência qualificada, bem como para uma administração e organização do programa é de fundamental importância e conscientização destes dois conceitos.

- 1 - Agendar consultas de enfermagem anteriormente a do médico.
- 2 - Todo paciente deverá ser submetido à consulta de enfermagem.
- 3 - Todas as consultas agendadas, deverão passar primeiramente pela assistente social, onde serão colhidas identificação pessoal, situação sócio-econômica e encaminha aos profissionais do programa (enfermeiro, médico e psicólogo)
- 4 - Verificar e anotar sinais vitais, pesar e medir durante a consulta de enfermagem
- 5 - Registrar no livro de registro pacientes que farão parte do programa.
- 6 - Prestar assistência ao paciente quando apresentar crise.

OBSERVAÇÃO: Estas normas e rotinas estão sujeitas a mudanças ou aperfeiçoamentos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / DIRETORIA DE MEDICINA
AMBULATÓRIO DE EPILEPSIA - DISCIPLINA DE NEUROLOGIA

Prezado Paciente.

Para que o tratamento de sua condição tenha sucesso pedimos observar as seguintes recomendações:

1º. Compareça nos dias de consulta previamente marcados. Caso por algum motivo de força maior não for possível a sua presença, você (ou algum membro da sua família ou algum amigo) deve comunicar com antecedência ao ambulatório o motivo da sua ausência (através de contato pessoal, telefone ou carta), solicitando uma nova data.

2º. Obedeça rigorosamente a prescrição do seu médico. Caso tenha alguma dúvida e/ou sinta algum efeito desagradável da medicação que está usando, entre imediatamente em contato com seu médico assistente (NÃO SUSPENDA A MEDICACÃO ATÉ QUE CONVERSE COM O MESMO).

3º. Caso sua medicação esteja acabando antes da sua próxima visita ambulatorial, você deve procurar seu médico assistente para obter nova receita. Para isso não há necessidade de ter consulta marcada. Entretanto, se você residir em alguma cidade do interior, solicite a receita ao médico que lhe assiste em sua cidade.

4º. Frequentemente os pacientes não usam a medicação conforme lhes é recomendado e em consequência não melhoram, familiares ou amigos podem comentar com você que: "Tu estais tomando remédio demais" ou "Este remédio não está te intoxicando?", e assim por diante. Lembre nessas situações que, essas pessoas, apesar de suas boas intenções, acabarão lhe prejudicando, pois o estimulam a não cooperar com o médico que está empenhado em livrá-lo dessa condição desagradável. Tais conselhos são muito comuns, por isso nós lhe pedimos que:

1. Mantenha a orientação recebida.

2. Convide as pessoas que estão questionando a sua medicação para acompanhá-lo na próxima visita ao seu médico, ^{de consulta de enfermagem} assim as dúvidas de seus familiares ou amigos serão esclarecidas e eles não mais lhe perturbarão com seus "bons conselhos".

Confie em nós, pois estamos preocupados com você e temos a certeza de poder lhe ajudar, no entanto, para que isso se torne realidade a sua colaboração é imprescindível.

NOME DO MÉDICO:

CRM:

ASSINATURA:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / DIRETORIA DE MEDICINA
AMBULATÓRIO DE EPILEPSIA / DISCIPLINA DE NEUROLOGIA

Prezado Paciente:

Abaixo são citados os principais efeitos negativos dos medicamentos mais frequentemente empregados para o tratamento das Epilepsias, Eles habitualmente não se manifestam, entretanto, caso você esteja sentindo algum deles, deve comunicar ao seu médico para orientação. A medicação não deve ser interrompida até que um contato seja feito. Telefone, se necessário.

Ao lado do nome da droga estão os seus respectivos nomes comerciais:

1. CARBAMAZEPINA (TEGRETOL)

- visão dupla (visualizar dois objetos ao invés de um)
- Dor de cabeça
- "Tontura" (andar como se estivesse embriagado)
- Tremor nas mãos

2. FENITOÍNA (EPELIN/HIDANTAL)

- Crescimento da gengiva
- Acne (espinhas pelo corpo)
- Surgimento de pelo no rosto
- "Tontura" (andar como se estivesse embriagado)

3. FENOBARBITAL (EDHANOL/GARDENAL/MYSOLINE)

- Dificuldade no aprendizado
- Sonolência
- Alteração de comportamento (agressividade/depressão)
- Diminuição da memória

4. VALPROATO DE SÓDIO (DEPAKENE/VALPAKINE/VALPRIN)

- Náuseas e vômitos
- Aumento de peso
- Queda de cabelo

5. CARBAMAZEPINA (TEGRETOL)

- visão dupla (visualizar dois objetos ao invés de um)
- Dor de cabeça
- "Tontura" (andar como se estivesse embriagado)
- Tremor nas mãos

C O N V I T E

A Equipe Multiprofissional do Programa de Atendimento a Pacientes Epiléticos, que visa proporcionar uma conscientização diante da sociedade à respeito da Epilepsia, convida Vossa Senhoria e seus familiares para a solenidade de instalação da Associação Brasileira de Epilepsia que realizar-se-á na data de 30 de Novembro de 1990, as 19:00 horas, no Prédio do INAMPS (PAM-Capital) - Rua Esteves Júnior, 74, no auditório do 6º Andar.

Na oportunidade será eleita a 1ª Diretoria desta Associação e haverá uma palestra proferida pela Assistente Social Kuniko Matsui, ex-presidente da extinta Associação Brasileira de Epilepsia, sobre a importância de uma entidade que trate de questões relacionadas a Epilepsia, como "os preconceitos, os conceitos errôneos, os tabus existentes, etc..."

Sua presença é importante!

PROGRAMA DE EPILEPSIA



INAMPS

POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

RUA ESTEVES JÚNIOR 84 — FPOLIS

PROFISSIONAL		Nº DE ORDEM
Consulta de Enfermagem		1
		DIA DA CONSULTA
		05
		12
		90
NOME DO PACIENTE	RUBRICA DO SERVIDOR	
SE O PACIENTE NÃO COMPARECER NO DIA E HORA MARCADOS, PERDERÁ A CONSULTA		

SRM-54