

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ALGIA DO NERVO TRIGÊMEO

CORRADI, Emely¹
CAPANA, Mayara²
NEGRELLO, Barbara³
ROMÃO, Adriana⁴

RESUMO

Objetivos: Verificar o índice de algia em portadores da algia do nervo trigêmeo, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a fim de subsidiar a assistência nessa patologia. **Métodos:** Estudo desenvolvido com abordagem do tipo exploratória, descritiva em revisão interativa realizada, por meio de consulta a base de dados. A estratégia de busca utilizada foi [algia do trigêmeo] [nevralgia trigeminal], [assistência de enfermagem a portadores da algia do trigêmeo] [nervos cranianos] resultou em 17 estudos encontrados nas seguintes bases de dados: Lilacs, Scielo, Google acadêmico. Contudo, apenas cinco estudos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos e, posteriormente, foi realizada a leitura na íntegra conduzida pelos critérios de inclusão, analisados os dados referentes a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), na algia do nervo trigêmeo e como os profissionais da saúde reagem e agem perante a doença que ainda é pouco conhecida. **Resultados:** O presente estudo proporcionou observar que há necessidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), configurada para uma rotina com olhar a assistência que objetive minimizar os índices de algia do nervo trigêmeo, bem como, ampliar o conhecimento científico para a assistência de enfermagem que por sua vez ainda é desconhecida por muitos, o que acaba dificultando todo o processo de auxílio de enfermagem ao paciente que necessita da equipe de enfermagem. **Conclusão:** Conforme resultados coletados percebe-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) verificou-se a necessidade de desenvolver orientações e ações educativas que verifiquem a problemática, bem como a assistência necessária e a abordagem correta para os portadores desta patologia. Neste sentido, a abordagem apresentada pretende estimular novas reflexões e a pretensão de contribuir para a reflexão profissional e acadêmica.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência. Enfermagem. Algia.

THE SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE IN ALGIA NERVE TRIGEMINAL

ABSTRACT

Objectives: To verify the algia index in patients with localized pain of the trigeminal nerve, from the systematization of Nursing Assistance (SAE) in order to subsidize the assistance in this pathology. **Methods:** Study developed approach to exploratory, descriptive in interactive review conducted through the database query. The search strategy used was [algia trigeminal] [trigeminal neuralgia], [nursing care for patients with trigeminal algia] [cranial nerves] resulted in 17 studies found in the following databases: Lilacs, Scielo, Google Scholar. However, only five studies were selected by reading the titles and abstracts and subsequently reading in its entirety driven by the inclusion criteria was conducted, analyzed the data for the systematization of nursing care (SAE) in algia trigeminal and how health professionals react and act before the disease is still unknown. **Results:** This study provided note that there is need for systematization of Nursing Assistance (SAE), set to a routine to look over the congregation that aims to minimize the algia rates of the trigeminal nerve, as well as expand the scientific knowledge for assistance nursing which in turn is still unknown by many, which makes it difficult the whole process of nursing assistance to the patient who needs the nursing staff. **Conclusion:** As results collected realize that the Systematization of Nursing Assistance (SAE) there was the need to develop educational guidelines and actions to check the problem, as well as the necessary assistance and the right approach for patients with this pathology. In this sense, the approach presented to stimulate new thinking and pretend to contribute to the professional and academic reflection.

KEYWORDS: Assistance. Nursing. Algia.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objetivo conduzir e ampliar o conhecimento sobre a rotina do paciente portador da Nevralgia do Trigêmeo, suas dificuldades, angústias e medos, e ainda, conhecer a reação da família e da sociedade perante a patologia. Para Guyton e Hall (2002), a dor é uma experiência sensorial e emocional normalmente associada a um estímulo nocivo.

Conforme Merskey (1964), cada indivíduo aprende a aplicação do termo “dor” com base em experiências relacionadas a injúrias sofridas durante as fases iniciais da vida e, dessa maneira, a descrição de experiências estranhas torna-se particularmente difícil. Isso explica, por exemplo, porque muitos indivíduos relatam suas experiências dolorosas utilizando linguagem metafórica para designar o tipo de sensação, tais como dor do tipo agulhada, em queimação, irritante ou torturante.

De acordo com Dalon e Jacobson (1989) a dor não é lancinante nem está ligada a algum estímulo, porém, Neville et al. (2002), afirma que é uma dor aguda e lancinante e que envolvimento bilateral tem sido relatado na literatura. Para Peterson et al. (2000) esta neuralgia é encontrada geralmente em jovens de personalidade compulsiva e/ou depressiva.

Segundo o especialista em dor orofacial do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de USP, José T. Siqueira, de cada 100 mil habitantes, quatro apresentam a síndrome.

¹Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: emy_corradi@hotmail.com

²Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: capana10@hotmail.com

³Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: barbara-negrello@hotmail.com

⁴Enfermeira, Doutora, docente da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: romao@fag.edu.br

As crises, em 74% dos casos, ocorrem na boca, levando à extração desnecessária de dentes, entre outros procedimentos cirúrgicos que resultam no aumento da dor e do sofrimento do doente. Pacientes perdem dentes, fazem próteses e, depois, descobrem que não conseguem usá-las, pois desencadeiam a temível dor do “trigêmeo”. O desconhecimento da enfermidade por parte dos profissionais da saúde, da área médica e da população retarda o diagnóstico da doença, aumentando o sofrimento dos doentes. O tratamento da neuralgia trigeminal é longo e exige acompanhamento de equipes treinadas. Em muitos casos, explicou o especialista, a neurocirurgia pode ser indicada.

Neste contexto, o referido estudo possibilita verificar o índice de algia em portadores da algia do nervo trigêmeo, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a fim de subsidiar a assistência nessa patologia. Propõe-se ainda, analisar o comprometimento diário do portador da algia do nervo trigêmeo, proporcionando a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma rotina para minimizar os índices de algia do nervo trigêmeo, bem como, ampliar o conhecimento científico para a assistência de enfermagem na nevralgia do nervo trigêmeo.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica e integrativa na literatura no período de 1995 a 2014, estruturada em seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação e análise dos dados encontrados sob a temática.

A questão a ser pesquisada foi: A Sistematização da Assistência de Enfermagem na Algia do Nervo Trigêmeo. Os critérios de inclusão foram: estudos clínicos publicados e revisões sistemáticas sobre o assunto a assistência de enfermagem na algia do nervo trigêmeo, considerado apenas artigos em português e inglês, sem restrição de período de publicação. A estratégia de busca [algia do trigêmeo] [nevralgia trigeminal], [assistência de enfermagem a portadores da algia do trigêmeo] [nervos cranianos] resultou em 17 estudos nas seguintes bases de dados: Lilacs, Scielo, Google acadêmico. Contudo, apenas cinco estudos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos e, posteriormente, foi realizada a leitura na íntegra, conduzida pelos critérios de inclusão.

Foram coletados e analisados os dados referentes à sistematização da assistência de enfermagem (SAE), na algia do nervo trigêmeo e como os profissionais da saúde reagem e agem perante a doença que ainda é pouco conhecida.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO NERVO TRIGÊMEO

Segundo Ângelo Machado (2000, p. 122), o nervo trigêmeo é um nervo misto, sendo o componente sensitivo consideravelmente maior. Possui uma raiz sensitiva e uma motora. A raiz sensitiva é formada pelos prolongamentos centrais dos neurônios sensitivos, situados no gânglio trigeminal, que se localiza no cavo trigeminal, sobre a parte petrosa do osso temporal. Os prolongamentos periféricos dos neurônios sensitivos do gânglio trigeminal (ou semilunar, ou gânglio de Gasser), que se localiza no cavo trigeminal sobre a parte petrosa do osso temporal.

A raiz motora do trigêmeo é formada por fibras que acompanham o nervo mandibular, distribuindo-se aos músculos mastigatórios. Os músculos mastigatórios se originam do primeiro arco branquial e as fibras que os inervam, são classificadas como eferentes viscerais especiais (MACHADO, 2000). O autor, ainda destaca que:

Os prolongamentos periféricos dos neurônios sensitivos do gânglio trigeminal formam distalmente o gânglio aos três ramos ou divisões do trigêmeo: nervo oftálmico, nervo maxilar e nervo mandibular, responsáveis pela sensibilidade somática geral de grande parte da cabeça, através de fibras que se classificam como aferentes somáticas gerais. Essas fibras conduzem impulsos exteroceptivos e proprioceptivos. (MACHADO, 2000)

As sensações na face são providas principalmente pelo par de grandes nervos do trigêmeo que entram no encéfalo pela ponte, que por sua vez são divididos em três nervos periféricos que inervam a face, áreas da boca, os dois terços externos da língua e a dura-máter que reveste o encéfalo (MARK, 2002).

As conexões sensoriais do nervo trigêmeo são análogas as das raízes dorsais. Os axônios sensoriais de diâmetro grande do nervo trigêmeo levam informação tátil oriunda dos mecanorreceptores da pele. Eles estabelecem sinapses com neurônios de segunda ordem do núcleo do nervo trigêmeo ipsilateral, que é análogo a um núcleo da coluna dorsal. Os axônios do núcleo do nervo trigêmeo decussam e projetam para a parte medial do núcleo VP do tálamo, a partir deste ponto, a informação é retransmitida ao córtex somatossensorial (MARK, 2002, p.410).

3.1.1 Patologia nervo trigêmeo

A nevralgia do trigêmeo é um dos problemas mais frequentes em relação ao nervo trigêmeo, manifesta-se por crises dolorosas e muito intensas no território de um dos ramos do nervo. Essa patologia causa grande sofrimento ao paciente e cujo tratamento é normalmente cirúrgico, onde é realizada a termocoagulação controlada do ramo do trigêmeo afetado, onde por sua vez destrói as fibras sensitivas (MACHADO, 2000).

As lesões do trigêmeo causam por sua vez: perturbações motoras: lesão do componente motor do trigêmeo causa paralisia da musculatura mastigadora do lado da lesão. Por ação dos músculos pterigoideos do lado normal, há desvio da mandíbula para o lado paralisado. E também, causa perturbações sensitivas: ocorre anestesia da face do mesmo lado da lesão, no território correspondente aos três ramos do trigêmeo (MACHADO, 2000).

A dor é estimulada principalmente quando o paciente toca ou manipula alguma área da face, situadas ipsilateralmente à dor, essas áreas geralmente são ao redor do nariz, próximas aos lábios, que são denominadas como zona-de-gatilho (GALASSI et al., 1985; BARROS, 1995).

Quando a dor ocorre estimula frequentemente respostas como salivação, ruborização da face, lacrimejamento, ou mesmo rinorréia (GALASSI et al., 1985; GUIDETTI et al., 1979). A dor da nevralgia do trigêmeo tem como característica episódios de curta duração, mas por sua vez podem se repetir rapidamente produzindo paroxismos prolongados (NEALE et al., 1998).

Após a crise de dor, existe um período de tempo, que mesmo se as “zonas de gatilho” forem estimuladas, o processo da algia não é desencadeado (LUCENA, 1985). Este período de tempo entre uma dor e outra pode diminuir gradualmente, mas aumentando a frequência das crises de dor e também a intensidade da algia (BAYER e STENGER, 1979; LOESER, 1985).

A nevralgia do trigêmeo ainda não está totalmente esclarecida, sabe-se que é uma afecção com mecanismos fisiopatológicos (JÚNIOR et al., 1989). Ainda não foi descoberto um único fator etiológico responsável pelo surgimento da neuralgia trigeminal. A compreensão intracraniana do nervo trigêmeo por vasos periféricos geralmente artérias, é responsável por grande parte das afecções (LEPP et al., 1974; RATNER et al., 1979; ROBERTS et al., 1984; SHABER e KROL, 1980; MORITA et al., 1989; ZHANG et al., 1990).

Existem outras causas para a afecção ocorrer, por exemplo, infecções viróticas, lesões tumorais, escleroses múltiplas, aneurismas e comprometimento alveolar pós-extração dentária. (LEPP et al., 1974; RATNER et al., 1979; ROBERTS et al., 1984; SHABER e KROL, 1980; MORITA et al., 1989; ZHANG et al., 1990).

Segundo TürpeGobetti (1966), o mecanismo que estaria próximo do que realmente ocorreria seria a conjunção de processos degenerativos do envelhecimento associados à compressão vascular, agindo durante vários anos, sobre a raiz posterior do nervo trigêmeo.

O diagnóstico clínico é baseado nos sintomas descritos pelo paciente, tais como: paroxismos típicos, períodos refratários e zonas de-gatilho (TÜRP e GOBETTI, 1996). Nesta patologia, o paciente apresenta aspecto clínico como o de prostração, colocando sua mão no rosto para imobilizar a face no intuito de tentar evitar novos episódios (BAYER e STENGE, 1979).

No período em quem ocorre a crise, os portadores da nevralgia do trigêmeo tendem a cerrar o semblante (BAYER e STENGER, 1979; SHAFER, 1987). Com as fortes dores, os indivíduos geralmente negligenciam sua aparência, evitando realizar a higiene bucal e facial. Com uma alimentação inadequada, os pacientes tendem a perder peso e consequentemente evoluir a uma desidratação (BAYER e STENGER, 1979).

O tratamento para N.T tem sido muito discutido, a terapêutica clínica tem apresentado uma boa resposta em grande parte dos portadores da nevralgia do trigêmeo (NASCIMENTO, 1989).

Primeiramente, opta-se por métodos não invasivos, com medicamentos anticonvulsivantes, à base de carbamazepina e/ou difenilhidantoína (LOESER, 1985). A posologia geralmente varia muito de cada paciente e de cada caso.

O método cirúrgico é realizado após a falência do tratamento clínico ou devido a intensas crises de dor. Nesse método encontram-se muitos procedimentos variando desde as injeções de álcool nos ramos periféricos e até microdescompressão vascular (NASCIMENTO et al., 1989).

3.1.2 Contextualização da história do SUS e o cuidado

Segundo Ministério da Saúde (2015), embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes. Na verdade, o Ministério limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério. Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função

continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações.

Três anos após a criação do Ministério, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas.

Conforme Ministério da Saúde - MS, (2015), o Instituto Oswaldo Cruz, preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas. A Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência a necessitarem de pronta mobilização, sem prejuízo de sua ação executiva direta, no campo do saneamento e da assistência médico-sanitária aos estados.

No início dos anos 60, a desigualdade social, marcada pela baixa renda percapita e a alta concentração de riquezas, ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento e de melhorias conduziu o que alguns pesquisadores intitularam como a grande panaceia dos anos 60 - o planejamento global e o planejamento em saúde. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada tiveram marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde na gestão do então ministro, Estácio Souto-Maior, em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade do Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Outro marco da história da saúde no âmbito ministerial ocorreu em 1963, com a realização da III Conferência Nacional da Saúde (CNS), convocada pelo ministro Wilson Fadul, árduo defensor da tese de municipalização. A Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Em 1964, os militares assumem o governo e Raymundo de Brito firma-se como ministro da saúde e reitera o propósito de incorporar ao MS a assistência médica da Previdência Social, dentro da proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde segundo as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde fosse o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel. Dessa forma, foram estabelecidas as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária.

O Ministério da Saúde passou por diversas reformas na estrutura. Destaca-se a reforma de 1974, na qual as Secretarias de Saúde e de Assistência Médica foram englobadas, passando a constituir a Secretaria Nacional de Saúde, para reforçar o conceito de que não existia dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica. No mesmo ano, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM - passa à subordinação direta do Ministro do Estado, para possibilitar-lhe maior flexibilidade técnica e administrativa, elevando-se a órgão de primeira linha. Foram criadas as Coordenadorias de Saúde, compreendendo cinco regiões: Amazônia, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, ficando as Delegacias Federais de Saúde compreendidas nessas áreas, subordinadas às mesmas. As Delegacias Federais de Saúde deixavam, assim, de integrar órgãos de primeira linha. Criou-se também nesta época, a Coordenadoria de Comunicação Social como órgão de assistência direta e imediata do Ministro de Estado, e instituído o Conselho de Prevenção Antitóxico, como órgão colegiado, diretamente subordinado ao Ministro de Estado.

No final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema.

O termo cuidado de enfermagem compreende a articulação entre os sistemas gerencial e assistencial onde compõem o trabalho do enfermeiro nos diversos campos de atuação. E tem sido utilizado para caracterizar, as atividades visando à realização de melhores práticas do cuidado nos serviços de saúde e por meio desses planejamentos das ações de cuidado, e de recursos necessários para assistência e das interações entre os profissionais da equipe, visando uma atuação mais articulada, onde envolve o cuidar gerenciando e educando e busca a melhor qualidade do cuidado (SANTOS, 2013).

Segundo Freitas (2013) o contexto do mundo globalizado, onde a ciência, a tecnologia e a informação estão ao alcance de muitos, as profissões, e em específico a enfermagem, se deparam com a necessidade de aprimorar seus processos de trabalho com vistas à garantia de cuidados com qualidade aos pacientes.

Para o mesmo autor, a enfermagem tem consciência da sua responsabilidade diante da qualidade do cuidado que presta ao paciente, à instituição, à ética, às leis e às normas da profissão, assim como da contribuição do seu desempenho na valorização do cuidado e satisfação dos pacientes. Nesse sentido, ouvir o que os pacientes têm para relatar sobre o cuidado que lhe é prestado e sobre sua satisfação pode ser uma chance de construção de um indicador de resultado que aponte aos gestores alguns caminhos decisórios de transformações e inovações.

O processo de cuidar no processo saúde-doença vem por meio da utilização de cuidados competentes, humanizados, éticos e eficazes, o cuidado de enfermagem tem objetivo na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na recuperação e reabilitação da saúde, por meio de ações de cuidado, envolvendo o zelo, bem-estar, confiança, amor, assim auxiliando o homem e suas necessidades, a viverem mais saudáveis e obtendo resultados satisfatórios (VALE, 2010).

3.1.3 Contextualização da história da sistematização da assistência de enfermagem (SAE)

Segundo Gonçalves (2009), a preocupação da enfermagem com a questão teórica nasce com Florence Nigthingale, que afirmava que a enfermagem requeria conhecimentos distintos dos da medicina. Ela definiu as premissas em que a profissão deveria se basear estabelecendo um conhecimento de enfermagem direcionado a pessoa á condições nas quais ela vivia e em como o ambiente poderia atuar, positivamente ou não, sobre a saúde das pessoas.

Florence Nigthingale (1989) idealizou uma profissão embasada em reflexões e questionamentos, tendo por objetivo edificá-la sob um arcabouço de conhecimentos científicos diferentes do modelo biomédico.

Apesar da forte influência de Florence Nigthingale, a enfermagem acabou por assumir uma orientação profissional dirigida para o imediatismo, baseando-se em ações práticas, de modo intuitivo e não sistematizado. Alguns enfermeiros acostumaram a exercer a profissão sob a mesma ótica de profissionais médicos, centralizando suas ações mais na doença do que no cliente. Desse modo, ocorreu uma quase estagnação da enfermagem centrada no modelo biomédico, que perdurou por muitas décadas (SOUZA, 1984).

Segundo Gonçalves (2009), por conta disso, a enfermagem acostumou-se a depender de conhecimentos e de conceitos pré-existentes que lhe ditassem o que fazer e como fazer, e na maioria das vezes não refletia sobre por que fazer e quando fazer. Porém, sob a influência de vários fatores, tais como guerras mundiais, revoluções femininas, desenvolvimento das ciências e da educação, modificações socioeconômicas e políticas, as enfermeiras começaram a questionar o status da prática de enfermagem e a refletir sobre ela.

Souza (1984) confirma essa ideia ao relatar que a percepção da necessidade de condições menos servís para a profissão levou enfermeiras norte-americanas a questionarem e refletirem sobre a situação profissional em que se encontravam inseridas. A partir desse evento, surgiu a consciência de que era necessário que as enfermeiras fossem mais bem preparadas, por meio do aprimoramento da educação em enfermagem, de modo a alcançarem, a melhoria da qualidade do cuidado prestado a população. Como isso, percebeu-se a necessidade de se desenvolver um corpo específico e organizado de conhecimentos sobre a enfermagem, difundindo-se a preocupação com o significado da enfermagem e com o seu papel social.

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), as primeiras atividades em que a enfermagem incluía inúmeras funções de outras áreas profissionais, e o foco de atenção da enfermeira era voltado para medidas de alívio e manutenção de um ambiente higiênico (limpo e organizado).

Hickman (2000) apresenta uma descrição da evolução das teorias de enfermagem relatando que nos anos 1940, com a introdução dos estudos psicossociais nos currículos, o cuidado de enfermagem começou a ser enfatizado como um processo interpessoal.

Para Gonçalves (2009), nos anos 1950, iniciou-se o foco na assistência holística da enfermagem. A visão dominante quanto ao cuidado vinculado apenas aos sistemas biológicos começa a ser enriquecida como um novo enfoque do ser humano. Surge, então, a ênfase no cuidado de enfermagem como um processo interpessoal, centralizando a assistência de enfermagem não mais na patologia, mas na pessoa e na promoção da sua integridade, percebendo-se o doente como pessoa com necessidades a serem atendidas pelas enfermeiras.

O autor ainda relata que, as transformações advindas da Segunda Guerra Mundial fizeram com que as enfermeiras norte-americanas se organizassem em associações e iniciassem discussões sobre as necessidades e as dificuldades relativas à profissão. Foi um período caracterizado por uma grande busca de identidade própria, uma vez que despertou as enfermeiras para a necessidade de desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específicos e organização para a enfermagem.

Nos anos 1950, as teóricas Hildegard E. Peplau, Virginia Henderson, Faye Glenn Abdellah e Dorothea E. Johnson enfocavam o papel dos enfermeiros quanto as necessidades dos doentes, e naquela época já se sugeria que os diagnósticos de enfermagem deveriam ser diferentes dos diagnósticos médicos. Na década de 1960, as teorias de enfermagem procuravam relacionar fatos e estabelecer as bases para uma ciência de enfermagem, constituindo uma nova fase da evolução histórica da profissão (GONÇALVES, 2009).

Para o mesmo autor, nos EUA, naquela época, ocorreu a liberação de verbas federais para estudos em doutorado em enfermagem, aumentando desse modo os esforços para desenvolver o conhecimento da profissão. O objetivo dos teóricos daquela época, representados por Ida Jean Orlando e Ernestine Wiedenbach, torna-se mais amplo, uma vez que enfatiza o relacionamento entre enfermeiros e clientes.

Segundo Rossi e Carvalho (2002), esses modelos teóricos de enfermagem foram elaborados para retratar conceitos, descrever, explicar, prever o fenômeno e determinar o campo de domínio da profissão. As autoras descrevem que existiu uma busca por respostas para questões acerca de quem é o enfermeiro, quem é a pessoa-alvo do cuidado,

quais conceitos devem orientar o modelo da assistência de enfermagem e como se pode torná-la clínica mantendo a consonância com as políticas das instituições de saúde.

Na segunda metade dos anos 1960, Wanda de Aguiar Horta, primeira enfermeira brasileira a falar de teoria no campo profissional, embasou-se na teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow para elaborar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, e propôs as enfermeiras brasileiras uma assistência de enfermagem sistematizada que introduziu no Brasil uma nova visão de enfermagem (HORTA, 1979).

Nos anos 1970, a literatura sobre as teorias teve grande impulso, ensejando uma maior reflexão sobre o assunto. Nos anos 1980 e 1990, as pesquisas que expandiam o conhecimento em enfermagem aumentaram ainda mais, e muitas teorias passaram a subsidiar a assistência de enfermagem em instituições de saúde (GONÇALVES, 2009).

3.1.4 Contextualização da história de enfermagem

A profissão de enfermagem era muito conhecida desde antes de Cristo, mesmo sem ter esse nome. Eram aqueles homens e mulheres abnegados que cuidavam dos doentes, idosos e deficientes, garantindo a sua sobrevivência (PEZZA, 2008).

Segundo o conselho regional de enfermagem, em outro momento a prática domiciliar de partos e a atuação pouco específica de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes, são as práticas de saúde no período mágico-sacerdotal.

Com o surgimento dos princípios filosóficos e matemáticos que ocorreu por volta do século V a.C. houve a separação gradual da saúde da religiosidade e iniciando o período do alvorecer da ciência, para saúde, o período hipocrático, porém a história da enfermagem ficou oculta na história das práticas de saúde nos primórdios da humanidade (VERCILLO et al., 2014).

Nas épocas medievais a enfermagem aparece como uma prática leiga, na época renascentista a enfermagem não era atrativa para mulheres de classe social elevada, pois os hospitais eram conhecidos como depósitos de doentes independentemente do gênero e idade, ficavam todos alocados no mesmo espaço físico. Com a progressão do capitalismo foi dada mais importância à enfermagem considerando como uma atividade profissional majoritariamente exercida por mulheres, onde as pessoas com alto poder aquisitivo eram cuidadas em casa enquanto que nos hospitais os pobres eram tratados em benefícios dos ricos, pois os mesmos eram muitas vezes utilizados como “cobaias” na experimentação de novo tratamento. A enfermagem passa a ter maior atuação quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos na Guerra da Criméia onde os soldados se encontravam em abandono e a mortalidade era de 40%. Florence e mais 38 voluntárias foram atuar no atendimento aos soldados ingleses feridos, e com a sua ação a mortalidade caiu de 40% para 2% foi chamada pelos soldados de “anjo da guarda” e ficou conhecida como “Dama da Lâmpada”, pois conforme relato de vários soldados ingleses a noite Florence com a lâmparina na mão saía percorrendo as enfermarias atendendo os doentes (VERCILLO et al., 2014).

A partir da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram principalmente, de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais.

As práticas de saúde no mundo moderno analisam as ações de saúde e em especial as de enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista. Ressaltam o surgimento da enfermagem como atividade profissional institucionalizada. Esta análise inicia-se com a Revolução Industrial no século XVI e culmina com o surgimento da enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX (VERCILLO et al., 2014).

Após a guerra, Florence fundou uma escola de enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. É uma profissão eminentemente feminina, pois Florence queria uma opção para o papel da mulher na sociedade, não só esposa dedicada e mãe afetuosas, e sim uma profissão no qual a mulher pudesse sobreviver e participar de sua relação com o mundo em crescente expansão. No Brasil somente com a iniciativa do então diretor Carlos Chagas, e com a cooperação da Fundação Rockefeller, chegou ao Rio, em 1921, um grupo de enfermeiras norte-americanas visitadoras que iniciou um curso intensivo para a formação das primeiras enfermeiras brasileiras no padrão nightingaleano e assim, é fundada a Escola de enfermagem Anna Nery que posteriormente passa a ser padrão nacional de qualidade no ensino de enfermagem, e é copiada em todo o Brasil. (VERCILLO et al., 2014).

A partir daí, foram definidos padrões para a profissão e a ANA (American Nurses Association) definiu que o objetivo principal do trabalho da Enfermagem é o de cuidar dos problemas de saúde, educar para saúde, ter habilidades em prevenir doenças e o cuidado do paciente (PEZZA, 2008).

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise obtida foi relacionada de acordo com os autores que corroboram com a temática e são apresentadas segundo a característica dos autores envolvidos e da metodologia adotada, optando-se em apresentar os resultados

encontrados na tabela - 01, e para demonstrar o estudo da arte. A Tabela - 01 demonstra a análise do método que abordam para a temática: “A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ALGIA DO NERVO TRIGÊMEO”.

Tabela 01 - Estudo da Arte

AUTORES/do período de 1995 a 2014	TIPO DE ESTUDO
LEOCÁDIO	PESQUISA QUALITATIVA
ALVES	REVISÃO INTEGRATIVA
BRITO	REVISÃO INTEGRATIVA
OLIVEIRA, BAAKLINI, ISSY, SAKATA	RELATO DE EXPERIÊNCIA
QUESADA, BAPTISTA, PEDROSO, FLORES	REVISÃO INTEGRATIVA

Fonte: LEOCÁDIO (2014); ALVES (2004); BRITO (1995); OLIVEIRA, BAAKLINI, ISSY, SAKATA (2009); QUESADA, BAPTISTA, PEDROSO, FLORES (2005).

Tabela 02 - Eixos Temáticos

EIXOS TEMÁTICOS	NÚMEROS DE ESTUDO
Eixo 1: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ALGIA DO NERVO TRIGÊMEO	2

Fonte: Autoras,(2015)

Observando os estudos selecionados, podemos analisar que a neuralgia do trigêmeo é uma dor facial e grave, trazendo algia facial ao paciente, em um ou mais nervos, podendo ocasionar um quadro algico com grande intensidade devido à compressão de um vaso sanguíneo anômalo na maioria dos casos. Baseado em anamnese o profissional busca características para o diagnóstico diferencial. As crises variam de cada paciente, sendo assim, o tratamento pode ser de clínico a cirúrgico, muitos casos evoluem para neurocirurgia, pelo fato de que o tratamento clínico tenha sido ineficaz. Sendo assim, cada paciente necessita de uma assistência humanizada, ressaltando a importância da sensibilidade e experiência do profissional para um diagnóstico e um tratamento adequado (LEOCÁDIO, 2014).

O tratamento clínico e a terapia medicamentosa são de primeira escolha, buscando avaliar a eficácia, segurança de diversos efeitos de analgésicos e tratamentos farmacológicos em pacientes com neuralgia do trigêmeo, com o objetivo de diminuir a intensidade da dor. O anticonvulsivante carbamazepina tem se destacado com sua eficácia para o tratamento, com relato de pacientes que apresentou ausência da dor durante a terapia. Considerando alguns fármacos indicados para o tratamento da neuralgia do trigêmeo, buscando compreender a ação e efeitos adversos da droga onde se faz necessário à avaliação de outras drogas para futuras opções de terapêuticas. O tratamento cirúrgico deve ser considerado quando o paciente não responde a alguma ação medicamentosa (ALVES, 2004).

A neuralgia do trigêmeo na maioria das vezes acomete pessoas com mais de 30 anos, iniciando com dor intensa, lancinante, de curta duração, paroxística, desencadeada pela estimulação das zonas de gatilho. Por isso que estes doentes evitam que lhes toquem no rosto, assim lavar, barbear, mastigar ou outro qualquer um estímulo desencadeia a algia. Desde o século XVII algumas substâncias têm sido usadas para o tratamento da algia, os quais incluem cicuta, arsênio, venenos de abelhas e cobras, metais, tiamina, vasodilatadores, ferro e cobre. O maior avanço terapêutico ocorreu quando utilizou carbamazepina sendo mais eficiente. Quando se verificam sinais depressivos que podem levar o

doente ao suicídio deve cessar o tratamento medicamentoso e iniciar o cirúrgico, sempre com consentimento do paciente e familiar. Basicamente o tratamento cirúrgico divide-se em três grupos: cirurgia periférica, neurocirurgia Minor e neurocirurgia Major. A cirurgia periférica usualmente é realizada com anestesia local, com a infiltração do anestésico pelas zonas de gatilho, e assim alcoolizando o nervo. A cirurgia Minor atua na raiz sensitiva do trigêmeo e compreende a técnica de termocoagulação do gânglio do Gasser pela radiofrequência e a injeção de glicerol no cavum de Meckel. Na Cirurgia Major o campo de atuação e o trato descendente que abrange a descompressão microvascular (técnica de Jannetta) é uma técnica cirúrgica muito invasiva (craniotomia) com bons resultados no alívio da dor e sem perda de sensibilidade facial sendo a mais indicada para os doentes mais jovens, cuja terapêutica médica não ocorreu melhora, no entanto, ela envolve complicações muito sérias que vão desde o risco de compromisso de outros nervos craneanos (IV, VII e VIII) até a morte (BRITO, 1995).

Na neuralgia do trigêmeo unilateral a incidência anual é de 4,3 em 100.000 na população geral, tendo manifestação bilateral em apenas 3% desses casos. Em um relato de caso raro de neuralgia do trigêmeo primário bilateral, podemos observar um paciente de 61 anos, casado, do lar, que em seis anos relata algia intensa em região lateral do nariz e mandíbula, com piora ao falar, mastigar e com diminuição da temperatura do lado esquerda da face, com duração de 5 a 10 segundos. Já utilizou Clorpromazina (3 mg a cada oito horas) e Carbamazepina (200 mg a cada oito horas) durante seis meses sem alívio da algia. Passou a usar Gabapentina (1.200 mg ao dia) com alívio parcial da dor.

Foi então aumentada a Gabapentina para 1500 mg ao dia e introduzida Amitriptilina 12,5 mg à noite. Evoluiu com dor leve e esporádica e em 10 meses de tratamento apresentou diminuição da intensidade da dor, sendo reduzida progressivamente a Gabapentina para 600 mg ao dia e mantida a Amitriptilina 12,5 mg ao dia. Após um ano, começou a apresentar dor de característica semelhante em região mandibular à direita, tendo melhorado com aumento de Gabapentina para 900 mg ao dia. Não apresentava exames alterados de tomografia ou ressonância magnética de encéfalo.

Neste sentido, é possível observar que a Carbamazepina é o fármaco de primeira escolha para tratamento de neuralgia trigeminal, porém a gabapentina tem sido cada vez mais utilizada como primeira medida farmacológica ou em casos refratários à terapia convencional (OLIVEIRA, BAAKLINI, ISSY, SAKATA, 2009).

Para o mesmo autor, o diagnóstico da neuralgia do trigêmeo fundamenta-se na história, no modo de apresentação, caráter, localização, padrão, fatores de melhora e piora e os sinais e sintomas associados, relatados num exame clínico minucioso, descartando outras formas de patologias, normalmente idiopática. Nervo trigêmeo, não tem anormalidades neurológicas associadas e ausência de alterações aos exames laboratoriais. Resultado de exames complementares como radiografias, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou avaliação oftalmológica, otorrinolaringológica e/ou odontológica e o resultado dos bloqueios de anestésicos devem ser cuidadosamente analisados antes de serem validados para não ocorrer erro no diagnóstico e tratar a patologia errada. A radiografia simples do crânio pode estar alterada quando lesões tumorais atingem grande volume, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética podem demonstrar tumores, placas de esclerose múltipla, acidentes vasculares, cistos ou granulomas encefálicos, vasos anômalos comprimindo a zona de entrada da raiz dos nervos sensitivos da face.

Os pacientes durante a crise ficam deprimidos e devido à dor há a impossibilidade de comunicação, mastigação, ações habituais como higiene bucal e facial, levando o indivíduo a pensar em suicídio (QUESADA, BAPTISTA, PEDROSO, FLORES, 2005).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou a verificação do índice de portadores da algia do nervo trigêmeo, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a fim de subsidiar a assistência nessa patologia. Os autores que corroboram com a temática, demonstram a dificuldade do diagnóstico para a patologia, o desconhecimento no âmbito científico, e pouco desenvolvimento na assistência de enfermagem, o que de certa forma pode-se verificar a dificuldade dos profissionais perante a patologia, a demora do diagnóstico, com isso o sofrimento do paciente devido a sua patologia ser pouco conhecida.

Neste contexto, percebe-se que a sistematização da assistência de enfermagem na algia do nervo trigêmeo necessita ser ampliada para assistir a clínica do paciente minimizando seu sofrimento.

Diante destes resultados, conclui-se que ainda há necessidade de desenvolver orientações e ações educativas que verifiquem a problemática, bem como a assistência necessária e a abordagem correta para os portadores desta patologia. Neste sentido, a abordagem apresentada pretende estimular novas reflexões e a pretensão de contribuir para a reflexão profissional e acadêmica.

REFERÊNCIAS

ALVES, Túlio César Azevedo; AZEVEDO, Giselli Santos; CARVALHO, Emannuela Santiago de. Tratamento Farmacológico da Neuralgia do Trigêmeo: Revisão Sistemática e Metanálise. **Rev Bras Anestesiol.** (2004).

ANDRADE, M. M. **Introdução a Metodologia do Trabalho Científico: Elaboração de Trabalhos na Graduação**. 7ª Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

BEAR, Mark F. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. Mark F Bear; Barry W. Connors e Michael A. Paradiso; coord, trad. Jorge Alberto Quilfeldt... (et al.). 2.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRITO, Alvimira J. Nevralgia do trigêmeo, 1999. <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/2144/1586>. Acesso em: 20/05/2015.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica**. 5ª Edição. São Paulo: Editora Pearson Prentice Hall, 2002.

GIL, Antônio Carlos, **Gestão de Pessoas Enfoque nos Papéis Profissionais**. 1ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2011.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 10ª Edição. São Paulo: Atlas, 2010.

LANGE, E. P. S. **Apostila de Pesquisa Aplicada às Ciências Empresariais**. Cascavel, 2007.

LEOCÁDIO, Jéssica de Cássia Marques; SANTOS, Lucas Cardoso; SOUSA, Maiani Conrado de Almeida; GONÇALVES, Neylon José de Castro; CAMPOS, Ilton Canêdo. Neuralgia do trigêmeo – Uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical**. Jun – Ago, 2014.

MACHADO, Ângelo. **Neuroanatomia Funcional**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

OLIVEIRA, Caio Marcio Barros de; BAAKLINI, Luis Gustavo; ISSY, Adriana Machado; SAKATA, Rioko Kimiko. Neuralgia do Trigêmeo Relato de Caso. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rba/v59n4/en_10.pdf. Acesso em: out. 2015.

PESSINI, L.B.C. **Problemas atuais de bioética**. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo, 1996. 527 p.

PEZZA, Célio. Duas mulheres marcaram a história da enfermagem, 2011. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/novo/noticias/duas-mulheres-marcam-a-historia-da-enfermagem.php>. Acesso em: 24/05/2015.

SIQUEIRRA, S. **O Trabalho e a Científica na Construção do Conhecimento**. Governador Valadares: UNIVALE, 2002.

VERCILLO, Luciane Alves; SANTOS, Iza Cristina dos; MOURA, Jacira Florencia de Paula de; GUIMARÃES, Tereza Cristina Felipe, 2014. A história de enfermagem descrita pelos discentes do curso de graduação de enfermagem. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/cafsj/index.php/cafsj/article/viewFile/63/pdf>. Acesso em: 20/05/2015.