

## ASPECTOS ATUAIS DA ENFERMAGEM NEUROPSICOCIRÚRGICA

*Maguida Costa Stefanelli\**  
*Hideko Takeuchi Forcella\*\**  
*Missae Furukawa\*\*\**  
*Evalda Cançado Arantes\*\*\*\**

STEFANELLI, M. C.; FORCELLA, H. T.; FURUKAWA, M.; ARANTES, E. C.  
Aspectos atuais da enfermagem em neuropsicocirurgia. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 14(1):83-88, 1980.

*O objetivo deste trabalho é introduzir um novo campo para a atuação da enfermeira — a enfermagem neuropsicocirúrgica. São apresentados uma breve revisão de literatura a respeito do assunto, as indicações deste tipo de cirurgia e alguns aspectos da assistência de enfermagem específica a pacientes a ela submetidos. É ressaltada a importância da mudança de atitude quanto aos resultados da neuropsicocirurgia.*

### INTRODUÇÃO

O termo psicocirurgia em geral não é bem visto pelo leigo e nem mesmo pelo pessoal que atua na área de saúde, que não está familiarizado com o desenvolvimento atingido por esta especialidade. Quando nos arvoramos em seus defensores, a expressão de incredulidade aumenta naqueles que nos ouvem. Isso é perfeitamente compreensível se nos recordarmos das seqüelas e efeitos indesejáveis da leucotomia pré-frontal de Egas, Moniz.

Segundo MARINO JÚNIOR<sup>3</sup> o termo psicocirurgia abrange o campo da neurologia funcional, que estuda o tratamento cirúrgico de distúrbios de comportamento, conseqüentes a manifestações de doença mental resistentes a todos os outros tratamentos psiquiátricos.

SALLES SILVA<sup>4</sup> é de parecer que o termo psicocirurgia oferece margem para discussão, uma vez que não se realiza cirurgia no psiquismo mas no cérebro, objetivando a remoção ou a anulação de sintomas psíquicos. Este autor distingue dois tipos de cirurgia: funcional e radical. A funcional é aquela que se realiza sobre estruturas do cérebro, aparentemente normais, como tentativa de remoção dos sintomas psíquicos. A radical é a que tenta remover áreas do cérebro com lesões demonstráveis, visando o máximo de efeito terapêutico para o paciente.

De acordo com KALLINOWSKY & HIPPIUS<sup>2</sup> o trabalho sistemático ou verdadeiramente científico da psicocirurgia foi iniciado com Egas Moniz, em Portugal, em 1935, muito embora tenhamos notícias da intervenção cirúrgica no cérebro, com o objetivo de interferir no comportamento humano, desde eras pré-históricas, como cita SALLES SILVA<sup>4</sup>. A leucotomia de Egas Moniz, hoje relegada a um plano secundário, na época teve aceitação de vários especialistas da

\* Professor Assistente da disciplina Enfermagem Psiquiátrica da EEUSP. Mestre em Enfermagem.

\*\* Auxiliar de Ensino da disciplina Enfermagem Psiquiátrica da EEUSP.

\*\*\* Enfermeira do Centro de Neuropsicocirurgia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

\*\*\*\* Professor Assistente Doutor da disciplina Enfermagem Psiquiátrica da EEUSP.

área, entre eles, Freeman, Watts, Mattos (no Brasil) como citam KALLINOWSKY & HIPPIUS<sup>2</sup>, SALLES SILVA<sup>4</sup> e MARINO JÚNIOR<sup>3</sup>, entre outros. Entretanto, devido aos resultados traumáticos para o paciente e sua família, passou a ser usada somente como o último dos recursos em casos desesperadores.

Esta cirurgia, entretanto, foi o marco inicial para que estudiosos do assunto pesquisassem sobre novas técnicas que oferecessem o máximo de efeito terapêutico com o mínimo de risco para o paciente, sendo este o objetivo da psicocirurgia atual.

Surgiram trabalhos sobre tipos de cirurgias, indicações, áreas a serem atingidas. A intensificação destes trabalhos deu grande impulso ao estudo da fisiologia e da anatomia do sistema nervoso. Surgiu o ramo da psiconeurofisiologia, que nos últimos quinze anos nos forneceu dados valiosos sobre a emoção e a localização de seu centro no sistema nervoso; a emoção passou então a ter explicação fisiológica com bases anatômicas definidas e localizadas.

O complexo anatômico-fisiológico responsável pelas manifestações emocionais do comportamento humano recebeu o nome de sistema límbico, o substrato anatômico do comportamento emocional, segundo MacLean, citado em MARINO JÚNIOR<sup>3</sup>. Segundo este, o sistema límbico é o responsável "pelas modificações do meio interno controlando as reações entre o corpo e o mundo externo".

A partir destas descobertas científicas surgiram a neurologia funcional e a cirurgia estereotáxica e, em consequência, o desenvolvimento da psicocirurgia. A cirurgia estereotáxica consiste na intervenção em uma determinada área do sistema nervoso, localizada por meios anatômicos e radiológicos (visão tridimensional). Esta localização acurada de uma determinada área permite abordar a céu fechado estruturas cerebrais inabordáveis por outros meios cirúrgicos. Nesta microcirurgia utilizam-se elétrodos de localização profunda e rádio frequência.

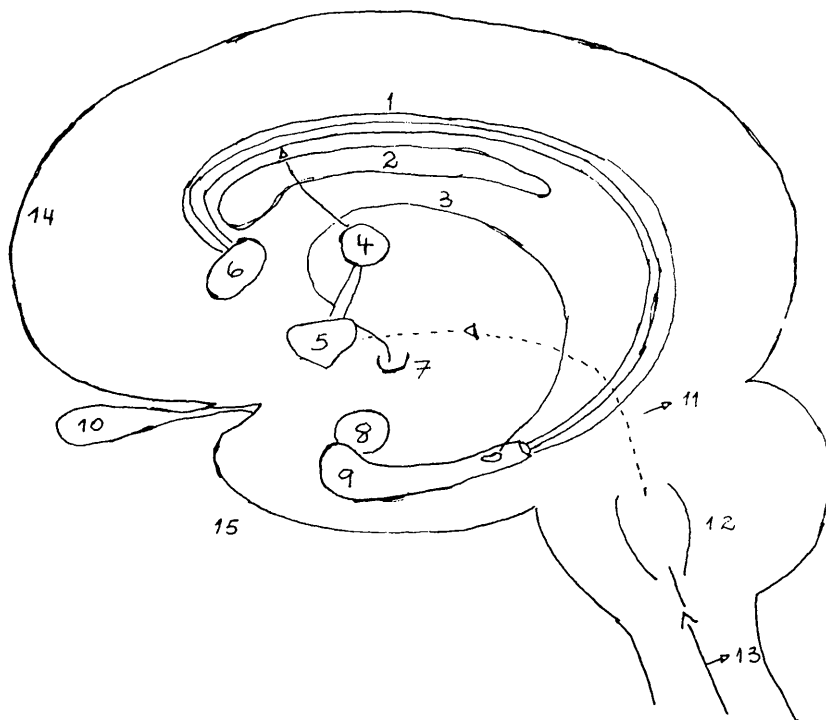
A cirurgia estereotáxica foi introduzida por Spiegel e Wycis, que realizaram uma talamotomia, destruindo o núcleo medial dorsal do tálamo. A partir de então vários tipos de cirurgia estereotáxica têm sido realizados em diferentes áreas do sistema límbico, de acordo com a psicopatologia do paciente, como recomendam Kelly e outros citados por FREEDMAN<sup>1</sup>. A cirurgia estereotáxica, segundo SARGANT & SLATER<sup>5</sup>, diminui ao mínimo o aparecimento de reações indesejáveis como hemorragias, convulsões, alterações desagradáveis da personalidade e a destruição desnecessária de substância branca. Em nosso meio a cirurgia estereotáxica é realizada no Centro de Neuropsicocirurgia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, por Marino Júnior e sua equipe.

Para melhor compreensão anatômica do chamado sistema límbico e da localização dos diferentes tipos de cirurgia, apresentamos, aqui, de modo esquemático, as estruturas anatômicas do sistema límbico (Figura).

Papez em 1937 estabeleceu as bases anatômicas da emoção envolvendo o hipotálamo, núcleo talâmico anterior, girocingulado, hipocampo, corpos mamilares e complexo amigdalóide (SARGANT & SLATER<sup>5</sup> e MARINO JÚNIOR<sup>3</sup>).

Vários outros estudos foram surgindo e, em 1952, MacLean reviu a teoria de Papez, trazendo grande contribuição ao estudo e compreensão do sistema límbico, clarificando a função de suas estruturas no comportamento emocional (FREEDMAN<sup>1</sup> e MARINO JÚNIOR<sup>3</sup>).

Figura



**LEGENDA:**

- |                    |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|
| 1. Cingulum        | 9. Hipocampo                        |
| 2. Corpo caloso    | 10. Lobo olfativo                   |
| 3. Fórnix          | 11. Fascículo prosencefálico medial |
| 4. Tálamo anterior | 12. Área límbica mesencefálica      |
| 5. Hipotálamo      | 13. Impulsos aferentes              |
| 6. Septo           | 14. Lobo frontal                    |
| 7. Corpo mamilar   | 15. Lobo temporal                   |
| 8. Amígdala        |                                     |

Com o conhecimento do sistema límbico e das técnicas estereotáxicas de cirurgia, a neuropsicocirurgia já pode ser indicada individualmente. A cirurgia estereotáxica permite que se faça uma ou várias intervenções no sistema límbico, de acordo com as manifestações de comportamento do paciente, pois apesar do sistema límbico funcionar como um todo, podem ser localizadas funções em áreas específicas do sistema.

No Centro de Neuropsicocirurgia (CENESPSI) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP são realizadas cirurgias a céu aberto, da epilepsia, e a céu fechado, as estereotáxicas. Dentre as cirurgias estereotáxicas temos a cingulotomia e a amigdalectomia.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Para se obter assistência de enfermagem efetiva é necessário que a enfermeira desenvolva atitude positiva em relação à indicação da neuropsicocirurgia, como tratamento psiquiátrico, e a recuperação do paciente submetido a ela.

A assistência de enfermagem individualizada baseia-se na observação de comportamento. Essa observação precisa ser constante e a sua anotação deve estar sempre atualizada, a fim de fornecer elementos para a assistência de enfermagem, evolução clínica, tratamento e prognóstico do paciente. Deve-se ter um roteiro para a observação inicial, que precisa abranger todo o comportamento do paciente; a descrição deste servirá como parâmetro para se acompanhar sua evolução.

O primeiro relato geral da observação de comportamento deve ser seguido de outros específicos para cada paciente, de acordo com suas manifestações de comportamento. O roteiro para esses relatos deve ser sistemático, diário e conter dados quantitativos e qualitativos.

Quando há na história do paciente alusão a crise convulsiva, tem-se que estar atenta ao seu aparecimento. Esta deve ser minuciosamente descrita, pois um detalhe mínimo pode ser fundamental para a localização da lesão. Caso esta ocorra após o ato cirúrgico, deve-se seguir o mesmo rigor na sua descrição, para possibilitar ao médico distinguir se é um provável insucesso da cirurgia, uma seqüela desta ou uma intercorrência da mesma.

O preparo para o tratamento do paciente tem sempre que incluir o paciente e seus familiares. Este preparo deve começar desde o momento em que é decidido o tratamento e internação do paciente.

Tanto o paciente como seus familiares têm o direito de saber o que se pretende fazer, como vai ser feito e o que pode acontecer — tanto sucessos como riscos. A enfermeira deve, desde o início, estabelecer relacionamento terapêutico com o paciente e seus familiares, com o objetivo de obter a confiança destes. Dependendo da orientação de cada serviço, esse preparo pode ser efetuado por médico, psicólogo ou enfermeira, desde que habilitado para tal. É importante conhecer as expectativas do paciente e seus familiares em relação ao tratamento, para se evitar frustrações.

O relacionamento terapêutico deve ser mantido, tanto com o paciente como com os familiares, ao longo de todas as fases do tratamento: antes, durante e após a cirurgia inclui também o seguimento ambulatorial e a reintegração do indivíduo na comunidade. Se não houver oportunidade para a mesma enfermeira acompanhar o paciente, esta deverá avisá-lo e prepará-lo para o evento.

O preparo para a aceitação da cirurgia é fundamental para que paciente e seus familiares não esperem “milagres” da cirurgia. O resultado desta falsa expectativa poderá ser negativo; nesta situação são freqüentes os abandonos de seguimento ambulatorial e perda de controle do paciente. Às vezes, no pós-operatório, o paciente passa por um período de depressão, havendo, então, risco de suicídio. Os familiares têm que ser alertados para agir adequadamente.

O preparo físico para a cirurgia não difere daquele comum a toda cirurgia cerebral. Inclui recomendações gerais quanto a sinais vitais, jejum, resultados de

exames necessários para a intervenção cirúrgica, peso do paciente, tricotomia do couro cabeludo, higiene corporal e assepsia do local.

Durante o ato cirúrgico são dispensados ao paciente os cuidados de rotina em sala de cirurgia, porém, no caso da neuropsicocirurgia, ele deverá ser acompanhado pela enfermeira que o preparou porquê durante este ato ele terá que, muitas vezes, colaborar com os membros da equipe cirúrgica, descrevendo suas sensações, e esta descrição deverá ser solicitada por uma pessoa que ele compreenda e que também compreenda seu falar.

A base para a assistência de enfermagem após a cirurgia é a observação de comportamento, que deve ser feita seguindo o roteiro específico elaborado de acordo com as condições de cada paciente.

Não nos deteremos aqui nos cuidados físicos, que são comuns a qualquer cirurgia realizada no cérebro (sinais vitais, avaliação do nível de consciência, sinais e sintomas de hemorragia e vigilância). Vamos nos ater aos cuidados em relação à parte psicológica do paciente.

A enfermeira deve ter experiência prévia em enfermagem psiquiátrica para saber atuar adequadamente em cada nova situação.

Como a nossa experiência em enfermagem neuropsiquiátrica é recente e a bibliografia a respeito do assunto é escassa, temos que começar a nos desenvolver no assunto. Estamos numa situação privilegiada pois temos um dos Centros de Neuropsicocirurgia à nossa disposição. A enfermeira precisa ter "mente aberta", em constante alerta, pois a neuropsicocirurgia, como é feita atualmente, é uma experiência nova. Ela provoca mudança de comportamento. É hora de pensarmos sobre como atuar, o mais terapeuticamente possível, para proporcionar o condicionamento de novos padrões de comportamento mais aceitos pela sociedade. É verdade que a intervenção pode remover ou aliviar sintomas como agressividade, depressão e fobia. O indivíduo, entretanto, tem manifestações de comportamento que foram condicionadas pelos sintomas, às vezes ao longo de anos, e pode tornar-se difícil para ele enfrentar a nova situação. Por exemplo: o indivíduo com manifestações de comportamento fóbico resistente a tratamentos não cirúrgicos, de repente vê-se livre da fobia, porém pode manter outros padrões de comportamento diretamente relacionados à fobia em si, como continuar isolado e não passar em determinados locais. Faz-se necessário, neste caso, que ele seja submetido a um processo de reeducação.

Outro aspecto a ser abordado é o problema da reintegração do paciente na família e na comunidade. Tendo em vista que estes pacientes tiveram vivência de rejeição ou superproteção, e podem até ter sido alvo de galhofa em razão de suas manifestações de comportamento, tem-se então que preparar o paciente para enfrentar esta situação e, também sua família e seu círculo de amigos, para apoiá-lo e ajudá-lo na sua recuperação e reintegração.

O plano tem que ser específico para a situação de cada paciente, a longo prazo e ensinado aos familiares para que dêem continuidade ao mesmo.

Como toda mudança em qualquer área, a Neuropsicocirurgia também requer, para sua aceitação, modificação de atitude por parte dos que nela trabalham.

Só depois que a enfermeira acreditar que este tratamento é realmente benéfico e não mutilante, é que ela estará apta a prestar assistência de enfermagem efetiva ao paciente e a seus familiares. Salientamos *familiares* novamente, porque a recuperação deste paciente depende quase inteiramente da sua cooperação.

STEFANELLI, M. C.; FORCELLA, H. T.; FURUKAWA, M.; ARANTES, E. C.  
Present aspects of neuropsychosurgery nursing. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 14(1): 83-88, 1980.

*A brief review of the medical literature, on neuropsychosurgery and the specific aspects of nursing care are presented. Emphasis is given to the importance of an objective attitude towards the results of this type of surgery.*

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FREEDMAN, A. M. et alii. *Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry/II*. 2. ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1977. p. 995-6.
2. KALINOWSKY, L. B. & HIPPIUS, H. Psicocirurgia. In: ———— *Tratamentos somáticos en psiquiatria*. 2. ed. Barcelona, Científico-Médica, 1972. cap. V, p. 351-94.
3. MARINO JÚNIOR, R. *Fisiologia das emoções*. São Paulo, Sarvier, 1975. 101 p.
4. SALLES SILVA, P. Outros métodos de tratamento em psiquiatria. In: GUZ, I. *Terapêuticas biológicas nos distúrbios mentais*. São Paulo, Artes Médicas, 1974. p. 171-8.
5. SARGANT, W. & SLATER, E. Leucotomia pré-frontal. In: ———— *Introdução aos métodos de tratamento físico em psiquiatria*. 5. ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1978. cap. 4, p. 85-120.

#### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- POROT, A. *Dicionário de psiquiatria*. 3. ed. Barcelona, Labor, 1977. p. 962-8.
- REES, W. L. L. Métodos físicos. In: ———— *Compêndio de psiquiatria*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979. cap. 34, p. 375-8.