**ÍNDICE**

**1- CAPA**

**2- INTRODUÇÃO**

**3- SISTEMA NERVOSO**

**4- DOENÇAS DO SITEMA NERVOSO**

 4.01 - MENINGITE

 4.02 - POLIOMIELITE

 4.03 - NEURALGIA

 4.04 - NEURITE CIÁTICA

 4.05 - NEUROSE

 4.06 - PARALISIA

 4.07 - ESCLEROSE MÚLTIPLA

 4.08 - ATAXIA

 4.09 - LEUCEMIA

 4.10 - SÍNDROME PARKSINSONIANA

 4.11 - SÍNDROME CORÉICA

 4.12 - NEUROTUBERCULOSE

 4.13 - DERRAME

 4.14 - ANEURISMA

 4.15 - EPÍFISE

 4.16 - ANESTESIA

 4.17 - INSÔNIA

 4.18 - APNÉIA DO SONO

 4.19 - TERROR NOTURNO

 4.20 - BRUXISMO

 4.21 - ESTADO DE COMA

 4.22 - ENXAQUECA

 4.23 - NEURALGIA DO TRIGÊMEO

 4.24 - NEUROPATIA DIFITÉRICA

 4.25 - POLINEUROPATIA URÊNICA

 4.26 - NEUROPATIA ALCÓOLICA

 4.27 - ESTRESSE

 4.28 - DEPRESSÃO

 **5 - ÍNDICE DE FOTOS**

 **6 - RESUMO**

 **7 - CONCLUSÃO**

 **8 - BIBLIOGRAFIA**

 **3 - SISTEMA NERVOSO**

 O Sistema Nervoso é a rede de comunicações eletroquímicas internas do corpo. Suas principais partes são o cérebro, a medula espinhal e os nervos. O cérebro e a medula espinhal formam o sistema nervoso central (SNC), o centro de controle e coordenação do corpo. Bilhões de longos neurônios, a maioria agrupados em nervos, perfazem o sistema nervoso periférico, transmitindo impulsos nervosos entre o SNC e as demais regiões do corpo. ada neurônio possui três partes : um corpo celular, ramos dentríticos que recebem os sinais químicos de outros neurônios, e um axônio, em forma de tubo, que conduz estes sinais na forma de impulsos elétricos.

 **4 - DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO**

**4.01 - MENINGITE**

 A meningite é uma inflamação nas membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Pode ser causada por diferentes microorganismos, como bactéria *Neisséria* *meningitidis*

( meningococo ), a mais contagiosa; o *Haemophilus influenzae* tipo B e o  *Diplococo pneumoniae* ( pneumococo ). O contágio se dá pelas secreções da boca e nariz das pessoas contaminadas.

Sintomas - Febre alta, perda de apetite, convulsões, irritabilidade e rigidez na nuca.

Prevenção - As principais medidas preventivas são o isolamento dos doentes e a administração profilática de antibióticos. Para alguns tipos de meningite existe vacina.

Aumento dos casos - Durante os anos 80, a ocorrência das meningites respeitava um padrão endêmico. Nos anos 90 diminui a meningite meningocócica sorogrupo B e aumentam os casos provocados pelo sorogrupo C. Esses dois tipos afetam principalmente os Estados do Sul e Sudeste, regiões mais frias onde a concentração de pessoas em ambientes fechados facilita a propagação da doença. Dados provisórios do Ministério da Saúde para 1993 mostram que dos 22.470 casos de meningite, 46,2% são de região Sudeste; 22,4 % da região Nordeste e 5,9% da região Sul.

**4.02 - POLIOMIELITE**

 Inflamação das células do corno anterior da substância cinzenta da medula espinal. É causada por um vírus da paralisia infantil ou poliomielite, como é mais apropriadamente denominada, é um dos menores que se conhecem. O homem é afetado quase que exclusivamente, embora esses vírus possam atacar também os macacos.

 A poliomelite existe sob três formas. Muitas pessoas sofrem de poliomielite sem sequer perceber o fato, tendo contraído uma forma leve, que as imuniza aos ataques posteriores. A poliomielite pode provocar apenas diarréia, mal-estar estomacal, resfrido ou dores musculares, que duram uns poucos dias. Esta se conhece como poliomielite abortiva. Se se apresenta uma paralisia temporária nos braços e pernas, a condição é conhecida como poliomielite não paralítica. A terceira forma - poliomielite paralítica - pode provocar danos permanentes ou mesmo a morte, se por acaso forem envolvidos no processo os músculos respiratórios.

 As epidemias de poliomielite ocorrem geralmente durante os meses quentes, de julho a outubro nos Estados Unidos, e de fevereiro a abril, na Austrália, do outro lado da Terra. O vírus está presente no trato nasofaríngeo e no intestino, podendo propagar-se através dos espirros, tosse ou contaminação de água ou alimentos. Esta doença pode atacar tanto crianças como adultos. Os sintomas podem ser vagos, a princípio, incluindo febre, dor de cabeça, espasmos dos braços, pescoço, coxa e uma sensação de fraqueza.

O tratamento - que não é ainda totalmente satisfatório - consiste no exercitamento dos grupos de músculos atingidos para evitar sua atrofia por falta de uso, no emprego do pulmão de aço para que se processe a respiração quando os músculos respiratórios são atingidos, e noutras medidas de manutenção.

 Inúmeras crianças tornaram-se inválidas permanentes em decorrência de um ataque de poliomielite. A cirurgia consegue corrigir, ainda que parcialmente, algumas de tais alterações.

 A descoberta da vacina Salk (vírus mortos) e posteriormente a de Sabin (vírus vivos atenuados) constitui a salvação para as crianças e adultos. A vacina pode proporcionar imunização durante muitos anos, contra o vírus da poliomielite. É produzida por um processo que prevê o crescimento do vírus no tecido renal dos macacos.

 O vírus é então atenuado ou morto, tornando-se inócuo para a injeção em seres humanos. Embora com vírus atenuado, a vacina pode provocar no organismo humano a reação que consiste na criação de substâncias resistentes, ou anticorpos, contra poliomielite.

**4.03 - NEURALGIA**

 Mal caracterizado pela sensação de dor no trajeto de um nervo ou na parte do corpo inervada por ele, sem mudanças físicas correspondentes.

 Distinguem-se numerosos tipos de neuralgia, conforme o nervo afetado. São especialmente propensos à irritação, com consequente dor, os intercostais que ocorrem entre as costelas, os do couro cabeludo e o ciático. O mais frequentemente afetado é o quinto nervo craniano, conhecido também por trigêmeo, que enerva a fronte, o rosto e a mandíbula e pode adquirir uma tal sensibilidade que uma corrente de ar frio no rosto ou ligeira pressão de dedo sobre ele baste para produzir dor aguda.

 Nos casos graves de neuralgia, ou quando falha o tratamento clínico, uma intervenção cirúrgica, que destrua as raízes do nervo, proporcionaria alívio permanente com muitos riscos, mesmo para doentes idosos. Em toda neuralgia, o médico determinará primeiro a zona nervosa envolvida e em seguida tomará as medidas cabíveis para impedir que a sensação de dor percorra o trajeto do nervo correspondente. Para isto, pode empregar sedativos, injetar anestésicos locais ou álcool. O diagnóstico é mais difícil quando a sensação de dor tem origem psíquica, mais do que física.

**4.04 - NEURITE CIÁTICA**

 Também chamada de ciática, é a inflamação do nervo que tem esse nome, o maior do corpo, que desce da parte inferior da coluna vertebral ao longo das pernas pela face posterior das coxas. O termo ciático é empregado frequentemente para designar uma série de disturbios que nada tem a ver com o nerco ciático. A verdadeira dor ciática é a neurite ciática, cuja dor se sente na coxa e outras zonas enervadas pelo nervo ciático. A dor ciática acompanha numerosos quadros quadros anátomo-patológicos e pode obedecer a uma série de fatores que afetam adversamente o nervo ciático.

 A parte da medula espinhal onde nasce o nervo, por

exemplo, pode ser afetada pela ruptura ou hérnia de um disco ou por inflamação dos ossos das vértebras. Qualquer anormalidade que afete a um vaso sanguíneo próximo pode forçá-lo a comprimir o nervo. Circustâncias externas como uma queda, uma forte torsão do corpo ou uma prolongada exposição ao frio ou à umidade, podem precipitar a apresentação de um distúrbio do nervo ciático.

 Dadas as múltiplas causas e as numerosas ramificações possíveis da neurite ciática, esta representa, da mesma forma que a dor de cabeça e dor nas costas, uma moléstia aparentemente simples que mascara uma sistuação potencialmente complicada. O diagnóstico da causa específica de um caso concreto de neurite ciática exige cuidado médico. A dor é apenas um sintoma cuja causa terá de ser determinada antes de se estabelecer o tratamento adequado. O médico deverá averiguar, primeiro, se a dor se origina de uma anomalia do nervo ciático ou de alguma sacrilíaca, a coluna dorsal em busca de algum desvio, as costas, para verificar se há

algum osso deslocado, e as pernas, para descobrir possíveis espasmos e outras perturbações musculares ou teciduais.

 O tratamento pode começar com algumas medidas simples

tendentes a aliviar o problema imediato: repouso no leito, colocação do corpo em postura que exija o mínimo esforço das partes afetadas ou o emprego de calor para reduzir a dor. Tem importância fundamental o uso dos colchões duros, desde que os colchões muito macios possibilitam instabilidade da coluna durante o repouso. O médico estudará a dieta e atividades diárias do paciente, assegurando-se de que aquela é adequada e de que o trabalho, exercícios e o ambiente em geral, do doente, não agravam seu mal. A um doente que trabalhe, por exemplo, em local frio e úmido, pode-se recomendar que mude de atividade. A injeção de uma ou várias substâncias medicinais no nervo ciático ou zonas adjacentes é, às vezes, aconselhável e pode dar bons resultados, embora temporários. Existem outros tipos de tratamento, aplicáveis a casos especiais.

**4.05 - NEUROSE**

 Transtorno psíquico que não se faz acompanhar de grave desintegração da personalidade. Refere-se ao tipo da adaptação que uma pessoa realiza a certas situações, às quais inconscientemente atribui a capacidade de gerar inquietação e ansiedade. O tipo de adaptação constitui a natureza da neurose. A causa é de ordinário a existência, dentro da pessoa, de um conflito emocional, desejos contraditórios, em geral de natureza muito complexa.

 Quanto a caracterização positiva, as neuroses se

expressam, em primeiro lugar, por sintomas específicos e inespecíficos. Os sintomas inespecíficos ou acessórios podem existir não só nas neuroses mas também em quaisquer doenças orgânicas ou psíquicas : depressão, hipocondria, irritabilidade, insônia, dores de cabeça, vertigens, taquicardia ou prisão de ventre, dores e espasmos em qualquer parte do corpo, tremores, paralisias, cegueira, convulsões, etc. Apesar de acessórios, são muito constantes nas neuroses, às vezes dominando o quadro clínico, de modo a mascarar ou encobrir os sintomas específicos; quando isso acontece, podendo mesmo as queixas se referirem a um determinado órgão da vida vegetativa, fala-se de um organoneuroses (neurose cardíaca e neurose gástrica).

 Eis os sintomas específicos ou essenciais, realmente típicos das neuroses : angústia, fobias, obsessões, conversões e certas inibições (a impotência sexual,p.ex.). A angústia ou ansiedade é a tensa, desagradável e absorvente expectativa fisiopsíquica de um perigo iminente, cuja fonte é imaginária, desconhecida ou exageradamente avaliada. É o medo vago, sem causa, indefinível, que parece vir “de dentro da alma”.Há gradações, da simples intranquilidade até a angústia terrível e catastrófica. A angústia é, de fato, o fenômeno básico da neurose.

 Os sintomas específicos e os acessórios se mesclam, em cada caso, sob proporções variáveis, bastante individualizadas. Muitas vezes, porém certos sintomas dominam o quadro clínico de tal modo que se pode falar em formas especiais de neuroses. Já foram referidas as organoneuroses. Quando o quadro clínico é dominado por sintomas específicos, tem-se as psiconeuroses: neurose de angústia, neuroses fóbicas, neurose obsessiva, histeria. A neurastenia se caracteriza, entre outras manifestações, por dor de cabeça, tonteiras, insônia, irritabilidade, hipocondria, astenia ou cansaço fácil, intolerância aos ruídos, impot6encia.

 O tratamento de neuroses pode ser caráter somático (pelo uso de sedativos, tranquilizantes, fisioterapias e, sobretudo, a sonoterapia) e psicoterápicos (sugestão, persuação, hipnose e, principalmente, a psicanálise e métodos dela derivados). As psicoterapias de grupo constituem processos já efetivos e com maiores perspectivas futuras.

**4.06 - PARALISIA**

 Perda temporal ou permanente da função, sensação ou movimento voluntário dos músculos, originada geralmente por lesão dos nervos ou destruição das células nervosas que regulam a função dos músculos ou tecido muscular atingido. Um exemplo de paralisia constitui a secção de um nervo motor, como pode ocorrer no caso de lesão no pulso ou antebraço. Os músculos estimulados por aquele nervo deixam de funcionar e começam a degenerar. A menos que a cirurgia seja capaz de propiciar a união das extremidades seccionadas e que as fibras nervosas voltem a se desenvolver na antiga raiz, tais músculos permanecerão inativos para sempre.

 A lesão das células ou fibras nervosas pode originar-se por doenças, pressão ou lesão destrutiva do cérebro ou medula espinhal, qualquer uma das quais pode ocasionar uma paralisia parcial ou total de vários músculos.

**4.07 - ESCLEROSE MÚLTIPLA**

 Um dos distúrbios mais comuns do sistema nervoso. Caracteriza-se pela dificuldade de movimentos musculares, os quais, ao cabo de algum tempo, são totalmente perdidos. A degeneração e endurecimento do tecido nervoso se produz muito lentamente e só gradualmente, ao fim de alguns anos, manifestam-se os sintomas exteriores da esclerose múltipla. Os sintomas dependem de como e onde foi lesado o sistema nervoso.

 Os sisntomas consistem, frequentemente, em uma falha gradual no controle dos músculos das pernas. Os movimentos destas se tornam espasmódicos e com tempo chega-se à paralisia. Outro sistema comum é a lentidão no falar. A pessoa atingida fala com monotonia e emite cada sílaba com dificuldade e esforço. As mãos tremem, especialmente quando se tenta um determinado movimento. Algumas vezes, a cabeça também torna-se trêmula. Os doentes de esclerose múltipla geralmente conservam a lucidez mental, mesmo quando a doença está em estao avançado. Às vezes, sofrem depressões e distúrbios mentais e emocionais, mas não é fato comum.

 A velocidade com que se desenvolve o processo varia de caso para caso. Contudo, à medida que progride, afeta as funções fundamentais como a vista, a audição e a digestão, fazendo-se necessária a atenção constante ao doente. Às vezes, demora anos até atingir esse ponto.

 Até hoje não se conhece nada que possa deter o processo.

Não obstante, a atenção adequada pode influir consideravelmente no estado do doente. Para assegurar-lhe algum alívio, deve-se protegê-lo contra as circustâncias que prejudiquem especialmente seu estado. Até o momento é apenas com isto que pode contar para reduzir os distúrbios básicos.

 Continuam as investigações no sentido de se determinar a causa da esclerose múltipla. Não se encontrou ainda nenhum organismo ao qual se possa atribuir o estabelecimento da doença. Há casos em que ela aparece depois do parto ou de uma intervenção cirúrgica de certa gravidade, mas aparentemente, trata-se apenas de coincidência. Parece que intervêm na esclerose fatores hereditários especiais. Geralmente aparece antes dos quarenta anos.

**4.08 - ATAXIA**

 Perturbação da coordenação muscular, na qual o movimento é controlado apenas parcialmente. É mais um sintoma, do que uma doença.

 Uma das ataxias mais conhecidas é a “doença de São Vito (Coréia), na qual a normalidade do sistema nervoso, motivada talvez por infecção estreptocócica, produz constantes espasmos ou sacudidas em várias partes do corpo. Em outra ataxia, a esclerose múltipla, há degenerescência de partes do sitema nervoso, formando-se tecidos cicatriciais que, entre outros sintomas causam paralisia parcial.

 A doença de Parkinson, também denominada paralisia agitante, manifesta-se por tremor e perda de força dos músculos. A ataxia locomotora, caracterizada especialmente por desorganização muscular e sensação desornenada, provém de infecção da medula ou de sífilis. Existem várias outras ataxias especiais, entre elas a que afeta as crianças que padecem de paralisia cerebral.

 Qualquer sintoma, como perda do controle de certos movimentos musculares e aparição de espasmos não costumeiros e involuntários, deve receber imediata atenção médica, se possível de neurologista. Ainda que temporária, qualquer perturbação importante do sistema nervoso deve ser considerada seriamente. O médico verifica o tipo da ataxia e, no caso de ser degenerativa, adota as medidas necessárias para retardar ou mesmo deter o avanço da perturbação.

 Algumas ataxias são hereditárias e aparecem repetidamente na mesma família. Estas ataxias resultam de desenvolvimento defeituoso de alguma parte do sistema nervoso e podem afetar não apenas o movimento muscular, mas também os sentidos do tato, gosto, olfato, visão e audição.

 Na paralisia cerebral, é notável a falta de coordenação,

quase sempre unida à fraqueza muscular geral. O Tratamento consiste em exercícios de fortalecimento e coordenação muscular.

**4.09 - LEUCEMIA**

 Doença de causa desconhecida e curso fatal, caracterizada pela multiplicação exagerada e disseminação de glóbulos brancos do sangue e seus precursores nos tecidos do corpo. É considerada como alteração neoplásica dos órgãos formadores de sangue. De acordo com o tipo de glóbulo branco acometido, as leucemias podem ser agrupadas em : mielóide, linfática e monocítica. A leucemia mielóide é, primariamente, uma doença da medula óssea; nesta, a infiltração dos gânglios por células mielóides representa fenômeno secundário. A leucemia monocítica tende a evoluir de maneira aguda, produzindo frequentemente intumescimento e hemorragia da mucosa da boca. As lesões da pele são também mais comuns do que nos outros tipos de leucemia. No tratamento das leucemias, tem-se lançado mão, com resultados variados, de medicamentos como myleran, uretana, antagonista do ácido fólico, ACTH, corticosteróides, mostarda nitrogenada, TEM, 6-mercaptopurina, P32 e de radioterapia.

**4.10 - SÍNDROME PARKINSONIANA**

 O chamado mal de Parkinson caracteriza-se principalmente

pela oligocinesia, ou diminuição da atividade motora espontânea, resultando em lentidão de movimentos; pela rigidez muscular, tipo especial de hipertonia; denominada plástica, na qual os membros mantêm passivamente as posições em que são colocados; e pelo tremor, que surge ou se intensifica quando o paciente assume postura estática.

**4.11 - SÍNDROME CORÉICA**

 Suas manifestações clínicas mais importantes são hipercinesia e tremor. O movimento coréico, de início brusco e arrítmico, desaparece durante o sono; predomina na face, pescoço e membros superiores. Observam-se dois tipos de coréia: a aguda, compreendendo a coréia de Sydenhan (dança-de-são-vito ou de dança-de-são-guido) e a gravídica; e a crônica, compreendendo uma forma vascular, senil e outra degenerativa (coréia de Huntigton).

**4.12 - NEUROTUBERCULOSE**

 Resulta do comprometimento do sistema nervoso central e seus envoltórios pelo bacilo de Koch. Manifesta-se sobretudo nas crianças, entre três meses e três anos. Há as formas meningítica, encefálica e tumoral, sendo a primeira a mais frequente.

**4.13 - DERRAME**

 Dano causado ao cérebro pela interrupção de fornecimento de sangue, que por sua vez pode ser causada por um coágulo sanguíneo ( trombose) ou hemorragia cerebral. Os fatores que precipitam o derrame incluem a arteriosclerose, alta pressão sanguínea, aneurisma cerebral e consumo excessivo de álcool. Os sintomas do derrame dependem da área e da extensão do dano; o ataque costuma ser repentino. Os sintomas do derrame são geralmente limitados ao lado oposto do corpo onde ele ocorre; portanto, o lado esquerdo do corpo será afetado pelo derrame que ocorre no lado direito do cérebro. A paralisia é um sintoma comum; paralisia parcial, hemiplegia, perda sensorial e dano visual podem acontecer, como também a perda abrupta da consciência, que pode levar ao coma e à morte.

 Anormalidades residuais são comuns após a

recuperação inicial e nelas estão incluídas a paralisia, a incontinência e dificuldades de fala. O tratamento é direcionado no sentido de reaver algumas das funções perdidas.

**4.14 - ANEURISMA**

 Dilatação localizada de uma artéria seguida do enfraquecimento de sua parede. Os aneurismas são instáveis e tendem a crescer até a sua ruptura. Podem ocorrer na aorta, a principal artéria do corpo, e são consequência de arteriosclerose e pressão alta; mais raramente, podem ser causados por sífilis ou por ferimento. O aneurisma cerebral ocorre nas artérias que circulam no cérebro; costuma ser múltiplo, e a consequência da ruptura é um derrame. A fraqueza das artérias cerebrais em geral é congênita.

**4.15- EPÍFISE**

 Glândula pineal, pequeno núcleo esférico de tecido ligado ao cérebro dos vertebrados. Em alguns deles, como rãs e tubarões, esse órgão contém células sensoriais que respondem à luz e agem como um terceiro olho sob a superfície da pele. Nos mamíferos, é aparentemente destituída de células nervosas e consiste em células secretoras que são ativadas por fibras do sistema nervoso autônomo. As células contém serotonina, que é convertida nun hormônio, a melatonina. As quantidades de melatonina na glândula, nos fluidos do cérebro e no plasma flutuam num ritmo de 24 horas, chegando ao máximo durante a noite. Em alguns animais, a melatonina impede o crescimento e a atividade das gônadas (testículo, ovário), agindo sobre o hipotálamo ou a pituitária. Sua função no homem tem sido objeto de recentes discussões.

**4.16 - ANESTESIA**

 Perda parcial ou completa de sensação, incluindo a dor, o que pode ser causado por uma doença do sistema nervoso ou induzido por drogas anéstesicas ou outros métodos tais como a cupuntura ou a hipnose, quando procedimentos dolorosos têm de ser feitos. Executa o bloqueio dos nervos que conduzem os impulsos da sensação ao cérebro.

 Anestesia local é a perda de sensação em uma parte específica do corpo, provocada pelo uso de anestésico local em procedimentos cirúrgicos menores, do tipo dentário, por exemplo.

 Anestesia geral é a perda de sensação e consciência provocada pela aplicação de um anestésico geral que atua sobre o cérebro.

**4.17 - INSÔNIA**

 A insônia é a redução do tempo total do sono, seja por dificuldade para iniciá-lo ou para mantê-lo (frequência no despertar noturno), seja na forma de um despertar precoce.

 As insônias ocorrem de forma variada e podem ser classificadas, de acordo com a duração, em *transitória*, *crônica* e *intermitente*. De acordo com a origem, em *psicológica*, *fisiológica* e *ambiental.*

 Podem ocorrer associadas a outros distúrbios e ser ainda classificadas de acordo com o momento da noite em que ocorrem (início, fase de manutenção ou despertar precoce).

 Na avaliação diagnóstica da insônia é importante observar os componentes que podem desencadeá-la ou estar interferindo, como causa. Os mais frequentes são os fatores ambientais, fisiológicos e emocionais.

 A avaliação clínica inclui:

- A avaliação ambiental, que aborda questões como temperatura, tipo de dormitório, presença ou ausência de barulho.

- A avaliação corpontamental, que se completa através de vários instrumentos ou abordagens como *entrevista com o paciente*, averiguando a forma de instalação, estilo de vida, as características do humor, drogas consumidas e *entrevista com o companheiro*.

- Diário do sono.

- Questionário.

- Avaliação psicológica (tipo de personalidade, grau de tensão e problemas emocionais graves e recentes).

- Avaliação clínica, pelo exame clínico completo para afatar problemas orgânicos (neurológicos, endócrinos, respiratórios e outros).

**4.18 - Apnéia do Sono**

 O sono tem influência em todos os processos fisiológicos e, de forma particular, no controle da respiração. A síndrome da apnéia do sono é frequente e ocorre por distúrbio no controle respiratório durante o sono.

 Pode ser do tipo obstrutivo, apnéia central ou apnéia mista. No tipo central, o fluxo aéreo na boca e narinas cessa por ausência dos movimentos torácicos e abdominais. Na apnéia do tipo obstrutivo, o fluxo aéreo na boca e narinas cessas cessa por obstrução das vias aéreas, principalmente ao nível da faringe persistindo os movimentos toracoabdominais. A apnéia mista se origina de uma apnéia central, tornando-se de uma apnéia central, tornando-se obstrutiva quando o indivíduo tenta retomar a ventilação.

 O diagnóstico clínico é feito pela história clínica, geralmente baseada na descição do companheiro de quarto, que na maioria das vezes relata episódios de roncos, que sugerem obstrução das vias aéreas. Geralmente está associada à redução da saturação de O2. Os epsódios de obstrução aérea chamam a atenção do companheiro de quarto por se manifestarem com parada respiratória e roncos de intensidade sonora elevada, alternados com períodos de silêncio. A frequência e a duração dos períodos de apnéia e a intensidade dos roncos podem ser exarcebadas principalmente pela ingestão de álcool e aumento do peso.

 Pacientes com apnéia grave podem ter epsódios prolongados acompanhados de cianose e, muitas vezes, roncos estridentes e vocalizações, que consistem em murmúrios e sons desconexos. Raramente ocorre morte súbita. Outros pacientes, principalmente idosos, despertam durante apnéia e passam a apresentar queixas de insônia e cansaço. Com a evolução da doença, os pacientes podem queixar-se de cefaléia, tonturas, distúrbios de coordenação e das funções cognitivas ou sonolência excessiva irresistível no decorrer do dia.

 A apnéia ocorre em qualquer idade, desde a infância até a velhice, sendo mais frequente em homens entre 40 e 60 anos.

 A tendência familiar é descrita, mas na maiora dos pacientes não se reconhecem fatores hereditários predisponentes. As causas mais encontradas são aumento de peso, hipertrofia tonsilar e anormalidades crânio-faciais.

 O diagnóstico é comprovado pela realização da poligrafia. Períodos de apnéia superiores a 10 segundos de duração são considerados significativos. Os mais típicos duram entre 20 e 40 segundos. Em alguns pacientes chegam a durar minutos. Ocorrem mais frequentemente durante os estágios 1 e 2, são mais raros durante os estágios 3 e 4 de sono NREM, mas podem ocorrer somente durante período REM. Vários epsódios apnéicos podem ter um componente central inicial seguido por um componente obstrutivo, caracterizando-se como apnéia mista.

**4.19 - TERROR DO SONO**

 O terror noturno tem como sinônimos pavor noturno, descargas autonômicas severas e terror do sono. É caracterizado por epsódios nos quais o paciente adormecido torna-se subitamente agitado, senta-se na cama, gritando ou chorando, com os olhos arregalados e com expressão de terror. Desconhece as pessoas a sua volta, mostra-se desorientado e raramente desperta. Durante o epsódio, há atividade autonômica intensa com taquicardia, midríase, aumento do tônus muscular, sudorese profusa, taquipnéia e piloereção. Dura em média 10 a 20 segundos. Em seguida, o paciente relaxa e volta a dormir calmamente. Pode estar associado a outras parassonias, principalmente com sonambulismo. Na maioria das vezes há amnésia destes epsódios, embora, em raros casos, o paciente se recorde de fragmentos ou de curtos períodos de sonhos. Raramente se acompanham de micção e vocalização. É observado em crianças de 4 a 12 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade.

 O terror noturno sugere nos estágios 3 e 4 do sono NREM, sendo mais frequente no primeiro terço da noite. Quando se realiza a poligrafia do sono, observa-se que tais episódios são precedidos de surtos de atividade delta.

 Os distúrbios desaparecem espontaneamente próximo da adolescência, estes distúrbios não constituem anormalidade orgânica ou mental.

**4.20 - BRUXISMO**

 O bruxismo é um distúrbio do sono caracterizado por ranger dos dentes, produzido por contrações rítmicas dos masseteres e outros músculos. Pode durar segundos ou ser mais longo e repetir-se várias vezes durante a noite, provocando um som desagradável, que frequentemente desperta o companheiro de quarto.

 Há estreita relação com estresse e tensão emocional, mas pode ocorrer sem nenhuma correlação com estes fatores. Alguns estudos sugerem que elementos anatômicos podem predispor ao seu aparecimento, tais como má-oclusão, deformidade da mordedura e da articulação têmporo-mandibular.

 Estudos mostram que 50% da população apresentam bruxismo pelo menos uma vez durante a vida, caracterizando-se como problema clínico em apenas 5% dos casos, mais frequentes em crianças e adultos do que em idosos.

 Experiência clínica sugere relação familiar para o bruxismo, mas não há estudos comprovando fator genético.

 O bruxismo pode ocorrer em qualquer estágio do sono, sendo mais frequente no estágio 2. O diagnóstico é feito pelo relato do companheiro de quarto, ou por um exame odontológico que evidencia anormal desgaste das cúspides dentais.

**4.21 - ESTADO DE COMA**

 Coma é um estado de inconsciência, habitualmente prolongado (com duração de horas, semans ou meses), do qual o paciente pode ou não emergir. Esse estado de incosciência não pode ser revertido pelos estímulos externos comuns, critério que permite distinguir o coma do estado de inconsciência do sono fisiológico.

 O coma é a expressão sindrômica de uma falência das funções encefálicas, podendo ser deteminado por lesões estruturais do parênquima encefálico, por disfunções metabólicas e por intoxicações exógenas com repercussão no sistema nervoso central.

 A atividade funcional e a integridade anatômica do encéfalo dependem basicamente de seu metabolismo energético. Por sua vez, a produção de energia no encéfalo depende da disponibilidade do substrato (glicose), oferta de oxigênio e integridade da cadeia respiratória (sistemas enzimáticos celulares). Qualquer fator que interfira com este tipo de metabolismo - estrutural, metabólico ou tóxico - pode determinar sofrimento encefálico e coma.

 Considerando-se a vulnerabilidade dos centros nervosos a múltiplos agentes nocivos, compreende-se que o coma seja uma síndrome relativamente frequente nos serviços de emergência.

**4.22 - ENXAQUECA**

 A enxaqueca é uma doença comum na qual a cefaléia é um dos principais sintomas. Apenas excepcionalmente pode se iniciar após os 30 anos, acometendo principalmente o sexo feminino. Em cerca de dois terços dos casos a dor é unilateral, mas alternante. Cefaléias unilaterais que ocorrem sempre do mesmo lado não devem ser enxaqueca. A enxaqueca é paroxística, com ataques durado de 4 a 72 horas, intercalados por períodos assintomáticos. Cefaléias diárias e contínuas têm poucas chances de ser puramente enxaqueca. A dor é pulsátil, de intensidade moderada a severa, piorando com exercícios físicos leves. Há também foto e fonofobia, náuseas e eventualmente vômitos. Assim, durante os ataques de enxaqueca, os pacientes procuram repouso em local tranquilo e pouco iluminado. A história familiar é frequentemente reveladora de outros casos, sobretudo em mulheres.

 As enxaquecas descritas acima, as mais frequentes,

são chamadas enxaquecas sem aura (antiga enxaqueca comum). Caso as crises sejam de alguma forma associadas a distúrbios neurológicos focais, a possibilidade de enxaqueca com aura (antigamente denominada enxaqueca clássica, oftalmoplégica, hemiplégica, afásica, complicada) deve ser considerada. A aura da enxaqueca se caracteriza por sintomas neurológicos focais indicativos de alterações no córtex ou tronco cerebral, que se desenvolvem durante 5 a 20 minutos e duram menos de 60 minutos.

A cefaléia, geralmente de duração mais curta que na enxaqueca sem aura e acompanhada de fono/fotofobia, náuseas e vômitos, usualmente surge até 1 hora após a aura. Pode ser que a aura surja durante ou depois da dor, ou ainda isoladamente, sem que haja cefaléia. Ataques de enxaqueca sem aura e com aura em um mesmo paciente são frequentes. Na enxaqueca com aura prolongada (antiga enxaqueca complicada), as alterações neurológicas focais duram mais de 60 minutos e menos de 1 semana. Exames complementares de neuroimagem são obrigatórios no sentido de se fazer o diagnóstico diferencial com outras afecções intracranianas.

 Crises de enxaqueca podem ser desencadeadas em alguns pacientes por determinados alimentos, como queijos, chocolate, frutas cítricas e vinho. Em alguns casos as crises podem acompanhar os ciclos mestruais.

**4.23 - NEURALGIA DO TRIGÊMEO**

 Afecção unilateral da face, a neuralgia do trigêmeo caracteriza-se por ataques breves do tipo choque elétrico na distribuição de um ou mais ramos deste nervo. As dores são intensas e intercaladas por períodos assintomáticos. As mulheres são mais acometidas que os homens, sendo mais comum em idosos.

 A dor pode ser desencadeada por estímulos superficiais em área sensíveis, tais como ao pentear-se, barbear-se, escovar os dentes ou mastigar, ou pelo simples toque. Ataques espontâneos podem ocorrer. Os ramos inferiores são mais acometidos que o primeiro ramo, sendo que a dor, estereotipada em cada paciente, permanece sempre ao mesmo lado. Caso há onde a sintomatologia é provocada por compressões do nervo trigêmeo por estruturas vasculares ou por lesões centrais, tais como na esclerose múltipla ou no infarto do tronco cerebral. Este diagnóstico sempre deve ser lembrado em pacientes que sofram de dores faciais de curta duração com as características descritas acima, posto que muitos são submetidos a tratamentos inadequados pela falta do diagnóstico desta condição que é de fácil reconhecimento.

**4.24 - NEUROPATIA DIFTÉRICA**

 A neuropatia diftérica constitui uma das complicações da infecção pelo *Corynebacterium diphteriae*. É consequente aos efeitos diretos da ação da exotoxina liberada pelo bacilo no sistema nervoso periférico.

 Cerca de 4 a 4,5% dos pacientes afetados pela doença morrem em consequência da neuropatia periférica. Cerca de 8% são acometidos por neuropatia grave, outros 8% apresentam acometimento moderado ou discreto do SNP.

 Dois aspectos fundamentais chamam a atenção nos estudos necroscópicos e em animais experimentais com relação a patologia da neuropatia diftérica : a topografia das lesões e o caráter desmielinizante das mesmas.

 As lesões se concentram nos gânglios do sistema nervoso periférico e em suas proximidades. Em relação aos nervos somáticos, a desmielinização situa-se nas raízes dorsais, nas regiões adjacentes a seus gânglios, nas raízes ventrais e nas raizes espinhais mistas. Essas lesões ocorrem inicialmente. Mais tarde, podem ser encontradas lesões desmielinizantes de localização mais distal ao longo dos nervos periféricos. O gânglio nodoso do nervo vago é intensamente afetado. O sistema simpático é relativamente poupado quando comparado ao parassinpático.

 O período de incubação da difteria varia de 1 a 7 dias, mas em geral situa-se entre 2 e 4 dias.

 A difteria faucial é a forma clínica mais comum. Está associado a grande toxicidade. A elevação da temperatura corporal, em geral, não é intensa e não ultrapassa

38o C. Há taquicardia intensa e queda da pressão arterial. Entre 2 e 6 semanas, mais frequentemente na terceira ou quarta, pode haver paralisia e hipoestesia do palato ou faringe. Em consequência dessas alterações, ocorre voz anasalada e regurgitação de líquidos pelas narinas.

 Quando o acometimento é extenso, entre

uinta e sétima semanas, pode associar-se paralisia da faringe, laringe e diafragma. As consequências se fazem notar, além da dificuldade de engolir, rouquidão ou afonia.

**4.25 - POLINEUROPATIA URÊMICA**

 A polineuropatia urêmica está associada à presença de insufiência renal crônica. Trata-se de polineuropatia com manifestações iniciais de caráter sensitivo: sensações de picadas e de queimação, de predomínio nos pés. O componente motor é de predomínio distal, podendo observar-se a síndrome das pernas inquietas. Cãibras são referidas.

 Trata-se de polineuropatia de caráter axonal e presume-se que alguma substância tóxica não filtrada pelos rins seja a responsável pela neuropatia. O peso molecular é, provavelmente maior do que o da uréia e do creatinina, e a terapêutica considerada capaz de reverter a neuropatia é o transplante renal. Esta reversão pode ser incompleta, de acordo com a extensão do dano axonal e a perda de corpos celulares ocorrida ao nível dos gânglios das raízes posteriores ou da coluna cinzenta ventral. Diálise peritonial ou hemodiálise não são consideradas eficazes para a reversão da polineuropatia.

**4.26 - NEUROPATIA ALCÓOLICA**

 A polineuropatia alcóolica é encontrada com grande frequência e, em geral, a sintomatologia inicial corresponde a hiperestesias e disestesias nos membros inferiores, com predomínio na planta dos pés. Além das sensações anormais encontra-se, ao exame da sensibilidade, hipoestesia termoalgésica de predomínio distal. As sensibilidades discriminadas são afetadas menos intensamente.

 O comprometimento do nervo vago e do sistema simpático é evidenciado por rouquidão, paralisia de cordas vocais, disfagia e hipotensão arterial.

 Quando há alterações das sensibilidades vibratória, de posição segmentar e tátil discriminativa, deve ser considerado, como alternativa o diagnóstico de síndrome cordonal posterior. O comprometimento motor conduz à paresia ou plegia de predomínio distal, com hipotonia e ausência ou redução da intensidade da resposta dos reflexos de estiramento. O padrão centrípeto, que pode levar a uma tetraparesia, o predomínio de lesão de fibras finas, presumível pelo quadro clínico, a ausência de redução da velocidade de condução nervosa e evidência anatômica de que há maior redução axonal distalmente no mesmo nervo são sugestivos de que a polineuropatia alcóolica seja secundária à degeneração axonal.

 A sobreposição de desmielinização segmentar ocorreria quando há associação de deficiências vitamínicas à polineuropatia alcóolica.

**4.27 - ESTRESSE**

 Estresse é um termo retirado da física, e significa qualquer força que aplicada sobre um sistema, leva à sua deformação ou destruição. Aplicando-se o termo ao homem vê-se que estresse é qualquer estímulo que afeta negativamente a pessoa humana. Aí surge a pergunta: o que é afetar negativamente o homem? Na verdade, existem vários tipos de estímulos.Para nossos objetivos, dividimos os estímulos em absolutos e realtivos:

 \* Absolutos - como ruído , falta de oxigênio, pressão física.

 \* Relativos - como todas as nossas dificuldades

no dia a dia. São relativos porque não dependem tanto de “quanto”ou mesmo da “natureza”do problema, mas sim da ,maneira como são interpretados.

 Em geral o estresse se manifesta de tres formas distintas :

\* a primeira, a chamada Reação Aguda ao Estresse, é desencadeada sempre que nosso cérebro, independentemente de nossa vontade, interpreta alguma situação como ameaçadora.

\* a segunda, chamada de Fase de Resistência, acontece quando a tensão se acumula, e sua principal característica são flutuações no nosso modo habitual de ser e maior facilidade para termos novas reações agudas.

\* a terceira, chamada Fase de Exaustão, há uma queda acentuada de nossos mecanismos de defesa.

 Todas as vezes que enfrentamos desafios, que nosso cérebro independentemente de nossa vontade encara a situação como potencialmente perigosa, nosso organismo se prepara para lutar ou fugir da situação. Essa era a estratégia que nossos ancestrais do período pleistoceno (a idade da pedra) usavam para escapar dos perigos efetivos que tinham que enfrentar no seu dia a dia. Nosso mundo mudou, mas ainda possuímos estruturas cerebrais que respondem como nossos ancestrais.

 Há dois grupos de sintomas : os musculares e os vegetativos. Os sintomas musculares incluem tensão muscular que mantém os dentes cerrados ou rangendo, dores nas costas (especialmente nos ombros e nuca), dores de cabeça (em geral como um capacete), sensação de peso nas pernas e braços.

 Já os sintomas vegetativos incluem episódios de diarréia, suores frios, sensação de calor intercalada com frio, mãos geladas, transpiração abundante, aumento do número de batimentos cardíacos, respiração rápida e curta, má digestão.

 **6 - RESUMO**

 Quando um nervo sofre lesão, a parte separada da célula nervosa sofre degeneração. A regeneração pode ocorrer com o tempo, dependendo da extensão da lesão. Mas quando as fibras do cérebro ou da medula espinhal são afetadas, não há regeneração. Certas drogas, como os brometos e os novos tranquilizantes, podem diminuir a atividade das células nervosas. Outras drogas podem aumentá-la. Efeitos semelhantes são produzidos pelas toxinas de vários germes infecciosos. Em alguns casos, as células nervosas podem ser exterminadas. Lesões físicas podem também danificar o tecido nervoso.

 O sistema nervoso é o sistema coordenador do organismo.

  **7 - CONCLUSÃO**

 ESTE TRABALHO FOI MUITO PROVEITOSO PARA NÓS, POIS ELE NOS FEZ VIAJAR PELA CIÊNCIA DE NOSSO CORPO, EXPLORANDO O SITEMA NERVOSO E SUAS DOENÇAS.

 SISTEMA ESSE, RESPONSÁVEL POR MUITAS

DE NOSSOS ATOS, COMO A FALA, O ANDAR, O RACIOCÍNIO, ETC.. POIS É ELE QUE COORDENA AS ATIVIDADES DO CORPO, ASSEGURANDO QUE AS PARTES FUNCIONEM EM HARMONIA.

 GOSTARÍAMOS DE AGRADECER A NOSSA PROFESSORA ROSÂNGELA POR ESTA OPORTUNIDADE.

 **8 - BIBLIOGRAFIA**

 \* Exame Psiquiátrico -

 Páginas : 1175,1177,1178,1184,1186,1254 e 1277.

 Autores : Marco Antônio Alves Brasil

 Heloíza Helena Alves Brasil

\* Enciclopédia Ilustrada Para o Ensino Fundamental

 Página : 122

\* Enciclopédia Mirador -

 Volume 19 - Páginas : 10479 á 10487

\* Enciclopédia Barsa -

 Volume 11 - Páginas : 303 á 304

 Volume 14 - Páginas : 305 á 315

\* Guia Prático do Estudante -

 Como o Corpo Humano Funciona

 Páginas : 06 á 25

\* Almanaque Abril/97 - CD-ROM

\* O Corpo Humano - CD-ROM

\* Enciclopédia da Ciência - CD-ROM

\* Internet : www.achei.com.br

 www.ced.ufsc.com.br

 www.softar.com/mistoquente/pe

  **5 - ÍNDICE DE FOTOS**

\* Fig.01 - Sistema Nervoso Central e Periférico

\* Fig.02 - Estrutura do Sistema Nervoso

\* Fig.03 - Localização dos Nervos

\* Fig.04 - Mapa Funcional do Cérebro

\* Fig.05 - Anatomia do Encéfalo

\* Fig.06 - Sistema Motor Voluntário

\* Fig.07 - Sistema Endócrino

\* Fig.08 - Anatomia da Medula Espinhal

\* Fig.09 - Ligações do Cérebro com o Corpo

\* Fig.10 - Nervo Óptico

\* Fig.11 - Nervos da Visão

\* Fig.12 - Neurose

\* Fig.13 - Eletrocardiograma

\* Fig.14 - Nervos Espinhais

\* Fig.15 - Sistema Nervoso em Ação

\* Fig.16 - Interior de um Nervo

\* Fig.17 - Células Nervosas

\* Fig.18 - Esclerose Múltipla

**4.28 - DEPRESSÃO**

 De acordo com os estudos mais recentes, a depressão é uma disfunção com causa biológica.

 Fatores genéticos e sociais podem contribuir para o aparecimento da doença. A depressão está associada à redução do número de neurotransmissores no cérebro. Mais particulamente com a serotonina e norepinefrina.

 Esses mensageiros químicos ajudam a regular várias funções, pensamentos e até o estado de humor. Os anti-depressivos bloqueiam a reabsorção de serotonina, normalizando o fornecimento de estímulos químicos para o cérebro.

 O diagnóstico da depressão só deve ser estabelecido pelo profisional de saúde, e ainda assim por um especialista que conheça bem as chamadas doenças mentais.

 Depressão é uma doença diferente de tristeza, depressão clínica é diferente de estado depressivo.

 As principais características que fazem a tristeza ou estado depressivo passageiro se tornarem uma depressão são :

 1-Persistência -Quando não há retrocesso nestes estados emocionais citados.

 2-Incapacitação -Quando esses os estados emocionais referidos

incapacitão para as atividades normais.

 3-Desproporção -Ou seja, um nível exarcebado do sentimento em relação a fatos que podem ser considerados comuns ou de pequena importância.

 Os principais sintomas da depressão são:

- Tristeza persistente.

- Ansiedade ou sensação de vazio.

- Sentimentos de culpa, inutilidade e desamparo.

- Perda de interesse ou prazer.

- Insônia, despertar matinal precoce.

- Sonolência excessiva.

- Perda de apetite e pêso.

- Excesso de apetite e ganho de pêso.

- Diminuição da energia, fadiga.

- Idéias de morte ou suicídio.

- Inquietação, irritabilidade.

- Dificuldade para concentrar-se e decidir.

- Sintomas físicos persistentes sem diagnóstico.

 **TRABALHO DE CIÊNCIAS**

 **DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO**