

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME UNDER NURSING CARE

Adriana Verli de Souza

Michelle A. Ferreira de Souza

Faculdade do Futuro

Resumo

A síndrome de Guillain Barré (SGB) é uma neuropatia periférica progressiva auto-imune, que afeta os músculos do organismo humano. O objetivo deste estudo é sistematizar a assistência de Enfermagem aos portadores da SGB, ressaltando os cuidados necessários a estes clientes. A pesquisa foi elaborada mediante um levantamento e seleção de materiais já publicados, livros periódicos e artigos científicos, de forma descritiva e qualitativa. A síndrome de Guillain Barré é uma doença de etiologia desconhecida, envolvendo os nervos cranianos, espinhais e periféricos. O principal aspecto patológico da SGB é a desmielinização dos nervos periféricos, o que impede a transmissão normal dos impulsos elétricos. A SGB causa inflamação e alterações degenerativas nas raízes nervosas sensoriais e motoras. O indivíduo com SGB produz anticorpos contra sua própria mielina. Como resultado deste processo inflamatório, existirá um severo acometimento muscular, levando à atonia e até paralisia dos músculos. Após descrever algumas características da SGB e analisar as complicações que acometem os portadores desta síndrome, foi realizado um plano de cuidados de enfermagem baseados nas necessidades que estes clientes possuem, e para uma melhor qualidade de vida destes.

Palavras-chave: Cuidados, Síndrome, Guillain Barre, Enfermagem.

Abstract

Guillain Barré Syndrome is a self-immune progressive peripheral neuropathy which affects muscles of human organism. The objective of this study is to systematize nursing assistance for Guillain Barré Syndrome patients, focusing the necessary care. The research was accomplished through a survey and selection of published material, periodical books and scientific articles in descriptive and qualitative ways. The Guillain Barré Syndrome is a disease with unknown etiology involving cranial nerves, spinal nerves and peripheral nerves. The main pathological aspect is desmyelination of peripheral nerves, what obstruct the normal transmission of electric impulses. The Guillain

Barré Syndrome causes inflammation and degenerative disorder in the sensorial and motor neural roots. The individual with SGB produces anti-myelin antibodies. As a result of this inflammatory process there will be a severe muscular damage, leading to atonia and muscle paralysis. After describing some of the characteristics of SBG and analyzing complications that occur in patients it was elaborated a plan for nursing care, based on patients needs and for life quality improvement.

Key-words: Care, Syndrome, Guillain Barre, Nursing.

Introdução

O sistema nervoso é o sistema orgânico que coordena todas as funções corpóreas. Este complexo sistema permite que uma pessoa se adapte às alterações dentro de seu corpo e no ambiente. Este consiste em: - Sistema nervoso central (SNC), que inclui o cérebro e a medula espinhal – Sistema nervoso periférico, que inclui os nervos cranianos, nervos espinhais e sistema autônomo⁷.

Segundo Jean B.O. Landry, em 1859 a síndrome de Guillain Barré (SGB) foi descrita como um distúrbio dos nervos periféricos que paralisava os membros, o pescoço e os músculos respiratórios. Em 1916, três médicos parisienses: Georges Guillain, Jean Alexander Barré e André Strohl, demonstraram a anormalidade característica do aumento das proteínas com celularidade normal, que ocorria no líquido dos clientes acometidos pela doença. Desde então, vários investigadores se interessaram pela síndrome, colhendo informações adicionais sobre o distúrbio, e demonstrando que outros músculos, além do grupo muscular dos membros e da respiração, poderiam ser afetados, como os da deglutição, os do trato urinário, do próprio coração e dos olhos. Os nomes alternativos da doença são: polineurite idiopática aguda, polineuropatia inflamatória aguda, polineurite infecciosa, síndrome de Guillain Barré¹⁰.

A principal preocupação na SGB é quanto à manutenção da permeabilidade das vias aéreas, visto que os músculos intercostais e o diafragma podem ser acometidos originando uma insuficiência respiratória por fadiga muscular. As neuropatias podem, muitas vezes, levar a lesões irreversíveis, necessitando de

tratamento e cuidados intensivos por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros e fisioterapeutas⁹.

Normalmente, o processo de recuperação desses clientes é lento e requer uma internação prolongada passível de complicações. Por isso, a equipe multidisciplinar, principalmente a de enfermagem, precisa estar atenta a quaisquer sinais de instabilidade para detectar precocemente as intercorrências.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivos, sistematizar a assistência de Enfermagem aos portadores da SGB. Realizar uma revisão bibliográfica a respeito desta síndrome, ressaltando as complicações que estes clientes desenvolvem ao longo da doença e os cuidados de Enfermagem necessários a eles. Trata-se de um processo clínico personalizado e sistematizado do cuidar, considerando multifatores condicionantes de agravos ao doente e sua família, e na perspectiva de oferecer uma melhor qualidade do cuidado.

Metodologia

Barros e Lehfeld¹, conceituam a metodologia como uma disciplina que confere os caminhos necessários para o auto-aprendizado em que o aluno é sujeito do processo, aprendendo a pesquisar e a sistematizar o conhecimento obtido.

Segundo Oliveira⁸, a metodologia é entendida como “processo em que se aplicam diferentes métodos, técnicas e materiais, como instrumentos e equipamentos para coleta de dados...”. A autora reforça que a metodologia engloba todos os passos realizados para a construção do trabalho científico, que vai desde a escolha do procedimento para obtenção de dados, perpassam a identificação dos métodos, técnicas, materiais, instrumentos de pesquisa e definição de amostras, até a categorização e análise dos dados coletados.

Considerando-se do ponto de vista dos objetivos, pode-se denominar que este estudo é de caráter descritivo, e é definido por Barros e Lehfeld¹ como um tipo de pesquisa, em que não há a interferência do pesquisador, isto é, ele descreve o objeto de pesquisa. Procuram descobrir a freqüência com que um

fenômeno ocorre, sua natureza, características, causas, relações e conexões com outros fenômenos.

Como a pesquisa descritiva engloba a pesquisa bibliográfica e/ ou documental, vale ressaltar que este estudo trata de uma revisão bibliográfica que segundo Barros e Lehfel¹, é a pesquisa que se efetua tentando-se resolver um problema ou adquirir conhecimentos a partir do emprego predominante de informações advindas de material gráfico, sonoro e informatizado.

Para realizar uma pesquisa bibliográfica, reforça Barros e Lehfel¹, é fundamental que o pesquisador faça um levantamento dos temas e tipos de abordagens já trabalhados por outros estudiosos, assimilando os conceitos e explorando os aspectos já publicados. A pesquisa foi elaborada mediante o já citado levantamento e seleção de materiais publicados, livros e artigos científicos disponibilizados na internet, sobre o tema.

Na análise final, a pesquisa estabeleceu articulações entre as retratações da problemática e os referenciais teóricos na pesquisa, respondendo às questões da pesquisa em seu objetivo.

Revisão de Literatura

Conceito/ patologia

A síndrome de Guillain Barré é uma neuropatia periférica progressiva auto-imune, que afeta os músculos do organismo humano. A SGB é habitualmente caracterizada por fraqueza ou paralisia que acomete mais de um membro; em geral, é simétrica e associada à perda dos reflexos tendinosos e aumento da concentração de proteína no líquido cefalorraquidiano⁴.

A síndrome de Guillain Barré é uma síndrome clínica rapidamente progressiva, de etiologia desconhecida, envolvendo os nervos cranianos, espinhais e periféricos².

O principal aspecto patológico da síndrome de Guillain Barré é a desmielinização segmentar dos nervos periféricos, o que impede a transmissão normal dos impulsos elétricos ao longo das raízes nervosas sensoriomotoras. A

SGB causa inflamação e alterações degenerativas nas raízes nervosas posteriores (sensoriais) e anteriores (motoras). Por isto é que os sinais de perdas sensoriais e motoras ocorrem de modo simultâneo. Além disso, a transmissão nervosa autônoma pode ser prejudicada⁷.

Fisiopatologia

As lesões fisiopatológicas predominantes desta síndrome resultam da infiltração multifocal da bainha de mielina por células inflamatórias mononucleares ou da destruição da bainha de mielina mediada por anticorpos autoimunes. O indivíduo com SGB produz anticorpos contra sua própria mielina (membrana de lipídeos e proteínas que envolvem os nervos e facilita a transmissão do estímulo nervoso) dos nervos periféricos e às vezes de raízes nervosas proximais e de nervos cranianos (nervos que emergem de uma parte do cérebro chamada tronco cerebral e supre as funções específicas da cabeça, região do pescoço e vísceras).

Geralmente, este quadro inflamatório é precedido de um processo infeccioso severo que acomete a sinapse (união das células nervosas) que ocorre entre a raiz motora e os nervos periféricos. Como resultado deste processo inflamatório, existirá um severo acometimento muscular, levando à paralisia destes, atonia muscular, déficit de força distal, perda dos reflexos, diminuição da sensibilidade da pele na porção inferior da perna e nas mãos.

A doença ocorre em todas as partes do mundo, em qualquer época do ano, afetando adultos e crianças, independente da classe social e dos hábitos de vida. A incidência anual é de 2-4 casos por 100.000 habitantes, sendo a etiologia desconhecida. Um estudo realizado na Índia, demonstrou a associação da doença com a malária, relatando 11 casos da síndrome após 1 a 2 semanas da infecção aguda pelo *Plasmodium sp.* Outros eventos precedentes incluem: procedimentos cirúrgicos, vacinações, doenças linfomatosas (particularmente linfoma Hodgkin) e doenças auto-imunes¹⁰.

Algumas séries mostram homens mais susceptíveis que as mulheres em torno de 1,25: 1⁶. Em muitas pessoas, o início é precedido por infecção de vias respiratórias altas, de gastroenterite aguda, portadores de HIV, HTLV, CMV, herpes

(zoster), câncer, lupus e num pequeno número de casos por vacinação especialmente contra gripe e em raras ocasiões contra hepatite B¹⁰.

Nos EUA, vários casos da síndrome ocorreram no inverno de 1976, após programa de imunização em massa da população com a vacina contra o vírus da influenza. Um estudo recente demonstrou que o risco relativo de ocorrência da doença após o uso de vacinas atuais contra o vírus é baixo: cerca de 1,7 por milhão de pessoas vacinadas¹⁰.

Segundo Goldman⁴, os sintomas da doença são: sensação de formigamento dos membros, principalmente na porção inferior da perna e nas mãos, atonia muscular, diminuição dos reflexos, diminuição da sensibilidade, movimentos incoordenados, dor muscular, visão embaçada, dificuldade para respirar, tontura, taquicardia, dificuldade para urinar ou incontinência urinária, causados pela secreção inapropriada de ADH, intestino preso, desmaio, dificuldade para engolir e déficit de força distal.

As complicações podem ser sérias, e resultar em morte. A diminuição dos impulsos nervosos, e acometimento dos nervos podem acarretar em contraturas musculares involuntárias. As contraturas ocorrem porque os músculos estão finos, uma vez que não estão sendo utilizados. Como os músculos estão finos, atrofiados, e contraindo e relaxando involuntariamente, isto acarreta em uma exaustão muscular. Podem ocorrer em associação alterações em articulações causadas pela falta ou impossibilidade de movimento.

Pode haver uma falta de movimentação em certas áreas afetadas. Poderemos observar a formação de hematomas ou coágulos no local em que não existe mais movimentação muscular. Existe uma maior facilidade para desenvolver um quadro de pneumonia, pela dificuldade para respirar, acarretando em uma maior chance de aspiração de um corpo estranho ou fluído para os pulmões.

A doença progride por três ou quatro semanas até atingir um platô com período de duração que pode variar de semanas a meses para então entrar na fase de recuperação que pode durar anos. Geralmente, o máximo da recuperação da força muscular e dos reflexos acontece após 18 meses do início dos sintomas.

Segundo Brunner e Studarth², a síndrome de Guillain Barré é considerada uma emergência médica, sendo o paciente tratado em uma unidade de terapia intensiva. A natureza potencialmente fatal da doença está relacionada à dificuldade na deglutição (podendo ocorrer broncoaspiração), à desregulação autônoma e, principalmente, ao potencial de falência respiratória. A recuperação clínica do cliente é variável.

O diagnóstico deve ser feito através de um exame neuromuscular realizado por um profissional especializado, em que será observada a função tanto dos nervos quanto dos músculos do corpo. Ele também checará os sinais vitais do indivíduo, procurando por dificuldades respiratórias ou para deglutir. Existe um teste chamado de velocidade de condução nervosa, que mostrará se existe desmielinização. A desmielinização ocorre quando existe pouca mielina recobrimo os nervos, e se isto ocorrer, o nervo está perdendo sua função.

Existe outro teste, chamado eletromiograma, que mostra a atividade dos nervos e músculos. Este exame auxilia o profissional a decidir se as alterações estão sendo provocadas pela doença de Guillain Barré, ou por outra patologia. Um procedimento chamado plasmaferese é de bastante ajuda caso seja utilizado no início da evolução da doença. Ele remove anticorpos que estão presentes na corrente sanguínea, e adicionam fluídos ou plasma de volta na circulação sanguínea, só que desta vez, sem os anticorpos. Basicamente, o tratamento é o que chamamos imunossupressão. Cerca de 95% dos indivíduos com esta doença sobrevivem. Cerca de 75% se recuperam completamente. Para alguns, a doença continuará para o resto da vida. Esta doença pode ser fatal em alguns casos, devido à dificuldade de respiração que alguns clientes adquirem. Podemos esperar recuperação completa naqueles clientes em que os sintomas desaparecem em três semanas. A necessidade de ventilação mecânica e a ausência de melhora funcional nestas três semanas após a doença ter atingido o pico máximo são sinais de evolução mais grave.

Caso haja a necessidade de transfusão sanguínea, existe o risco de transmissão de doenças como hepatite ou outras doenças infecciosas. Os corticóides possuem inúmeros efeitos colaterais como dores de estômago, insônia

e ganho de peso. Entretanto, os riscos da transfusão são maiores que os riscos dos efeitos colaterais da medicação.

Deve ser feita a monitorização por um especialista da saúde. No início da doença, provavelmente o cliente necessitará acompanhamento médico intra-hospitalar, principalmente se houver dificuldade respiratória e de deglutição envolvida no quadro agudo, entretanto, uma vez que os sintomas estejam diminuindo, a doença pode ser monitorizada em casa, com o auxílio de um enfermeiro especializado, e visitas periódicas ao médico.

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Com Florence Nightingale, a Enfermagem iniciou sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade intuitiva e empírica⁹.

Diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem, foram e estão sendo desenvolvidos, com a finalidade de prestar uma assistência, ou seja, planejar ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar tudo o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas condições, permitindo assim gerar conhecimentos a partir da prática, realizando assim o processo de enfermagem⁹.

Na década de 70, Wanda de Aguiar Horta⁵, desenvolveu um modelo conceitual, no qual a própria vivência na enfermagem levou a procurar desenvolver um modelo que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia. Essa mesma autora define o processo de enfermagem, como sendo a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano⁵.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE), Resolução 272/2002, é uma atividade privativa do enfermeiro, que através de um método e estratégia de trabalho realiza a identificação das situações de saúde. A SAE requer do enfermeiro interesse em conhecer o cliente como indivíduo, utilizando

para isto seus conhecimentos e habilidades além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas⁵.

Segundo Horta⁵, a sistematização é composta pelas seguintes fases:

- Histórico de Enfermagem / Diagnósticos de Enfermagem
- Prescrição de Enfermagem / Evolução de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem

Diante da análise do que seria a sistematização da assistência de Enfermagem, elaboramos um plano de cuidados relativo ao Histórico do cliente, suas queixas e complicações, sejam elas físicas ou psicológicas, de acordo com os diagnósticos de Enfermagem embasados em NANDA³.

Problemas	Diagnóstico de NANDA³	Cuidados de Enfermagem
1. Insuficiência respiratória	Padrão respiratório ineficaz devido à disfunção neuromuscular/ Fadiga muscular.	1.1. Manter cabeceira do leito do cliente elevada. Finalidade: evitar pneumonia por aspiração de corpo estranho ou fluídos para os pulmões; 1.2. Posicionar o cliente de forma a promover o conforto, segurança e expansão pulmonar; 1.3. Examinar a respiração do cliente e avaliar quanto à dificuldade; 1.4. Cuidar para que a fisioterapia respiratória e em membros esteja sendo realizada constantemente. Finalidade: evitar atelectasias, acúmulos de secreções e obstrução dos brônquios;

Rev. Meio Amb. Saúde 2007; 2(1):89-102.

		<p>1.5. Solicitar e avaliar gasometria;</p> <p>1.6. Observar cianose periférica e de extremidades. Se o cliente necessitar do uso de prótese respiratória:</p> <p>1.6.1. Avaliar o Cuff para intubação respiratória;</p> <p>1.6.2. Avaliar permeabilidade do tubo;</p> <p>1.6.3. Acoplar o tubo ao respirador;</p> <p>1.6.4. Aspirar secreções regularmente;</p> <p>1.7. Avaliar distensão abdominal.</p>
2. Dificuldade de deglutição	<p>Deglutição prejudicada relacionada à lesão neuromuscular (p. ex: força ou contração diminuída dos músculos envolvidos na mastigação, prejuízo perceptivo, paralisia facial), envolvimento de nervos cranianos e distúrbios respiratórios.</p>	<p>2.1. Supervisionar o suporte nutricional, avaliando as dietas prescritas;</p> <p>2.2. Manter a cabeceira elevada durante as refeições para evitar broncoaspiração;</p> <p>2.3. Monitorizar as refeições para avaliar o nível de dificuldade do cliente em deglutir;</p> <p>2.4. Avaliar ressecamento da mucosa oral;</p> <p>2.5. Atentar para adaptação do cliente à dieta prescrita.</p>

<p>3. Paralisia dos músculos</p>	<p>Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízos sensório-perceptivos, musculoesqueléticos e neuromusculares.</p>	<p>3.1. Massagear panturrilhas, com movimentação do cliente no leito; 3.2. Dar apoio psicológico ao cliente e seus familiares, e fornecer informações sobre a doença e suas perspectivas de cura; 3.3. Providenciar apoio para os pés e raquetes para as mãos, para prevenção de queda dos pés e das mãos; 3.4. Evitar neuropatias compressivas por posturas viciosas (por exemplo: nervo ulnar e fibular); 3.5. Evitar úlceras de decúbito com a mudança do cliente no leito de 2/2 horas; 3.6. Oferecer proteção aos olhos do cliente se houver paralisia facial; 3.7. Prevenir Trombose Venosa Profunda e Embolia Pulmonar com a administração de medicamentos anticoagulantes de acordo com a prescrição médica; 3.8. Promover alívio da dor com a administração de fármacos como a prescrição médica.</p>
----------------------------------	---	---

4. Dificuldade para urinar	Eliminação urinária prejudicada ligada ao dano sensório-motor.	4.1. Realizar balanço Hídrico rigoroso; 4.2. Implementar sonda vesical de demora; 4.3. Administrar líquidos com segurança, conforme prescrição médica; 4.4. Atentar para a administração de medicamentos e seus efeitos; 4.5. Notificar ao médico sobre o débito urinário diminuído; 4.6. Compreender e aceitar as ansiedades básicas do cliente agudamente traumatizado;
----------------------------	--	--

5. Inquietação	1) Ansiedade ligada à angústia respiratória e à situação de risco de vida.	<p>5.1.Providenciar tratamento rápido e confiável.</p> <p>5.2.Manter a família informada sobre a condição do cliente e o tratamento que está sendo administrado.</p> <p>5.3.Fornecer explicação simples e franca sobre a SGB e o tratamento que foi realizado.</p> <p>5.4. Incentivar a participação ativa e apoiar os esforços para aderir ao plano de tratamento.</p>
----------------	--	---

Considerações Finais

A realização deste estudo possibilitou ampliar a visão em relação aos múltiplos fatores que podem influenciar as ações de Enfermagem, permitiu maior aproximação com o conteúdo abordado, e a compreensão de algumas das dificuldades e limitações vivenciadas pelos portadores da Síndrome de Guillain Barré.

A SGB é uma doença relativamente freqüente, principalmente se comparada a outras doenças neurais, e após descrever algumas características desta síndrome e analisar suas complicações, foi realizado um plano de cuidados de Enfermagem baseado nas necessidades que os portadores desta possuem, e para uma melhor qualidade de vida, com o intuito de evidenciar a importância dos

profissionais de Enfermagem no cuidado com estes clientes e a utilização em sua prática profissional da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Referências Bibliográficas

1. Barros AJS, Lehfeldd NAS. Fundamentos de metodologia científica- 2 ed ampliada, São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2000.
2. Bunner SCS, Studarth BB. Tratado de Enfermagem, 9 ed, v 4, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
3. Diagnósticos de NANDA: Definições e classificações 2005-2006 / North American Nursing Diagnosis Association ; tradução Cristina Correa. – Porto Alegre: Artmed; 2006.
4. Goldman B. Tratado de Medicina Interna, 21 ed, v 2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
5. Horta WA. Processo de enfermagem. EPU, São Paulo; 1979.
6. Mello LJV. Síndrome de Guillain Barré. Belo Horizonte; 2005.
7. Nascimento MTF. Enfermagem em cuidados críticos, il.– (Incrivelmente Fácil), p.123 - 127, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro; 2006.
8. Oliveira MM. Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses. 3 ed, Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
9. Possari J. Sistematização da assistência de Enfermagem. São Paulo; 2002.
10. Tavares AC, Alves CBC, Silva MA, Lima MBC, Alvarenga RP. Síndrome de Guillain Barre: revisão de literatura. Cadernos Brasileiros de Medicina, 2000; 13(1):36-47.

Endereço para correspondência
Rua Duarte Peixoto, 259
Manhuaçu, MG
CEP 36900-000

Recebido em 05/05/2007
Revisado em 29/05/2007
Aprovado em 29/06/2007