The challenge for identifying the nursing...



ORIGINAL ARTICLE

THE CHALLENGE FOR IDENTIFYING THE NURSING DIAGNOSIS OF GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME

O DESAFIO NA IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PARA A SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

EL RETO EN IDENTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA PAR EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE Sandra Maria Oliveira Caixeiro-Brandao¹, Jesana Ornellas Coll², Andreia Almeida Medeiros³, Aline Almeida Medeiros Lima⁴, Bruna Macedo do Vale⁵, Roberto Santos de Oliveira⁶

ABSTRACT

Objective: identifying the nursing diagnoses of Guillain-Barré Syndrome (GBS). Method: descriptive research, with a qualitative approach and a field research style, carried out in 2010 in a general hospital of Nova Iguacu, Rio de Janeiro, Brazil. The technique of documental analysis was used to investigate the medical records within the period from 2005 to 2010. The study was submitted to the Research Ethics Committee of the general hospital of Nova Iguacu, Rio de Janeiro, obtaining authorization CAAE - 0017.0.316.000-10. The content analysis proposed by Bardin was used to analyze the data collected. Information on the nursing evolution, emphasizing physical examination, was obtained. Findings: the most frequent data were: paresthesia, decrease in muscular strength, dyspnea, paresis, and dysphagia, and the nursing diagnoses identified were: impaired sensorial perception, impaired physical mobility, impaired deambulation, impaired deglutition, and fatigue. Conclusion: the nurse, through a careful physical examination, is able to identify the possible nursing diagnoses of GBS, decreasing the damages to the Brazilian Unified Healthcare System (SUS) users' health. Descriptors: nursing diagnosis; Guillain-Barré syndrome; nursing.

RESUMO

Objetivo: identificar os diagnósticos de enfermagem para a Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Método: pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa de campo, realizada no ano de 2010 em um hospital geral de Nova Iguaçu. Foi utilizada a técnica de análise documental dos prontuários no período de 2005 a 2010. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do hospital geral de Nova Iguaçu obtendo-se a autorização CAAE - 0017.0.316.000-10. Utilizou-se o método de análise de conteúdo proposto por Bardin, para analisar os dados coletados. Foram colhidas informações da evolução de enfermagem, com ênfase no exame físico. Resultados: os dados que mais incidiram no levantamento foram: parestesia, diminuição da força muscular, dispnéia, paresia e disfagia e os diagnósticos de enfermagem registrados foram: percepção sensorial prejudicada, mobilidade física prejudicada, deambulação prejudicada, deglutição prejudicada e fadiga. Conclusão: o enfermeiro, a partir de um exame físico bem elaborado, é capaz de identificar os possíveis diagnósticos de enfermagem para a SGB, minimizando os agravos à saúde do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Descritores: diagnóstico de enfermagem; síndrome de Guillain-Barré; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: identificar los diagnósticos de enfermería para el Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Metodología: investigación descriptiva, de abordaje cualitativo, del tipo pesquisa de campo realizada el año 2010 en un hospital general de Nova Iguaçu. Se utilizó la técnica de análisis documental de los impresos durante 2005 a 2010. El estudio se sometió al Comité de Ética e Investigación de la hospital general de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, con autorización CAAE - 0017.0.316.000-10. Se empleó el método de análisis de contenido propuesto por Bardin, para analizar los datos recogidos. Recogidas informaciones de la evolución de la enfermería, con énfasis en el examen físico. Resultados: los datos que más incidieron en el muestreo fueron: parestesia, disminución de la fuerza muscular, disnea, parálisis, disfagia. Los diagnósticos de enfermería registrados fueron: percepción sensorial disminuida, movilidad física disminuida, deambulación disminuida, glutición disminuida, fatiga. Conclusión: el enfermero, a partir de un examen físico bien elaborado, es capaz de identificar los posibles diagnósticos de enfermería para el SGB, minimizando los agravamientos de salud del usuario del Sistema Único de Salud Pública. Descriptores: diagnóstico de enfermería; síndrome de Guillain-Barré; enfermería.

¹Enfermeira. Professora Mestre do Departamento de Saúde da Mulher e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde da Mulher, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Iguaçu-UNIG. Rio de Janeiro/RJ, Brasil. Mestre pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Departamento de Saúde da Mulher. Faculdade de Enfermagem-FACENF. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: caixeiro40@ig.com.br; ^{2,3,4,5}Acadêmicas do 8º período do Curso de Graduação Em Enfermagem da UNIG. Rio de Janeiro/RJ, Brasil. E-mails: jesacoll@gmail.com; aline.al.medeiros@gmail.com; brunamacedo.dovale@gmail.com; ⁶Enfermeiro. Professor Mestre em Enfermagem Assistencial, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Iguaçu-UNIG. Rio de Janeiro/RJ, Brasil. Mestre pela Universidade Federal Fluminense-UFF. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: rsoliver@hotmail.com

Artigo elaborado a partir da monografia << O desafio na identificação do diagnóstico de enfermagem para a Síndrome de Guillain-Barré >> como trabalho de conclusão do curso de Graduação em enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Iguaçu/UNIG. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. 2010

The challenge for identifying the nursing...

Caixeiro-Brandao SMO, Coll JO, Medeiros AA et al.

INTRODUCÃO

A síndrome de Guillain-Barré (SGB) foi descrita, em 1959, como um distúrbio dos nervos periféricos que paralisava o pescoço, os músculos respiratórios e os membros. Em 1916, Georges Guillain, Jean Alexander Barré e André Strohl chamaram a atenção para uma polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda caracterizada por distúrbios tanto sensoriais quanto motores, causando assim lesões difusas dos nervos periféricos mistos. Demonstraram também o aumento anormal das proteínas que ocorria no líquor dos clientes acometidos pela doença, porém mantendo a celularidade normal.

Desde então, despertou vários em investigadores o interesse em estudar esta síndrome e, através de informações adicionais sobre o distúrbio, foi demonstrado que outros músculos como os da deglutição, do trato urinário, do próprio coração e dos olhos também poderiam ser afetados, além do grupo muscular dos membros e da respiração.³ O quadro é hoje conhecido como Síndrome de Guillain-Barré, também e como: polirradiculoneurite aguda, polineurite idiopática aguda, polineurite infecciosa, neuropatia desmielinizante e polineuropatia inflamatória aguda.1

Com incidência anual de 1 a 4 casos por 100.000 habitantes e pico entre 20 e 40 anos de idade, 4 a doença deve ser diagnosticada rapidamente a fim de diminuir as complicações e o risco de vida, provenientes de um diagnóstico tardio, iniciando assim o mais rápido possível seu tratamento. 5 A mortalidade pela síndrome de Guillain-Barré está entre 4% e 10% dos casos, podendo até 20% ficar com alguma sequela e até 25% dos pacientes necessitar de ventilação mecânica. 6,7

Comumente a SGB ocorre após sintomas de uma infecção, podendo ser de origem viral, respiratória ou gastrintestinal. Tais infecções antecedem frequentemente os neurológicos em cinco dias a três semanas. Imunizações, cirurgia e gravidez são fatores de menos importância. A síndrome de Guillain Barré tem caráter autoimune, ou seja, o indivíduo acometido produz autoanticorpos contra sua própria mielina. Desta maneira, os nervos acometidos não enviam os sinais que vêm do sistema nervoso central de forma eficaz e assim os grupos musculares perdem a habilidade em responder aos comandos cerebrais. O cérebro também recebe menos estímulos sensitivos do corpo, resultando em inabilidade para sentir o contato com a pele, dor ou calor. Caracteriza-se por fraqueza

muscular progressiva simétrica, parestesias, disartria, disestesias, disfagia e diminuição ou ausência de reflexos tendinosos profundos.^{4,6-7}

sabendo que a origem da Todavia, Síndrome de Guillain - Barré está ligada ao sistema nervoso, torna-se imprescindível ao profissional enfermeiro conhecê-lo, pois este é responsável por controlar as funções orgânicas e a integração do indivíduo dentro do seu próprio corpo e meio ambiente, ou seja, ele não só controla e coordena as funções de todos os sistemas do organismo, como também ao receber os devidos estímulos interpretá-los torna-se capaz de desencadear respostas adequadas a ele.¹

A partir disso, a principal preocupação da Síndrome de Guillain - Barré é quanto ao diagnóstico precoce. Compreendendo que tal doença tem evolução rápida, necessária a elaboração do diagnóstico de enfermagem o mais precocemente possível, utilizando então o processo de enfermagem, na dinâmica das consiste ações sistematizadas e inter-relacionadas executadas pelo enfermeiro, visando o planejamento e o cumprimento dos cuidados de enfermagem.^{8,9} Desta forma, a anamnese detalhada do cliente acometido pela Síndrome Guillain - Barré e o exame físico sob o olhar enfermeiro auxiliarão neste atento do processo.

Neste contexto, serão utilizados no exame físico um conjunto de técnicas e ações com o objetivo de estabelecer o diagnóstico de enfermagem sobre a doença e outros problemas de funcionalidade. O profissional enfermeiro utilizará esse instrumento, visando à detecção de anormalidades no desempenho dos sistemas do indivíduo a fim de prevenir o agravamento do estado clínico do cliente, proveniente de um diagnóstico tardio da Síndrome de Guillain - Barré.

Nesta perspectiva, o objeto deste estudo é o diagnóstico de enfermagem para a Síndrome de Guillain - Barré e o objetivo é: identificar os possíveis diagnósticos de enfermagem para a Síndrome de Guillain - Barré.

Nesse sentido, o estudo pode contribuir na sistematização do diagnóstico de enfermagem para a Síndrome de Guillain - Barré, fornecendo aos profissionais subsídios para a realização do exame físico através da identificação de sinais e sintomas sugestivos e objetivos da síndrome, minimizando o sofrimento do cliente devido ao diagnóstico tardio da doença, acelerando o tratamento do mesmo e fornecendo aos leitores e profissionais da saúde informações sobre o assunto.

REVISÃO DE LITERATURA

Processo de Enfermagem: Anamnese

Através da anamnese é possível realizar um levantamento de fatos que se relacionam à doença e à pessoa doente. É feita uma entrevista a fim de obter as informações necessárias e após isso, iniciar o exame físico do cliente.9

Inicia-se a entrevista, seguindo uma abordagem tradicional que consiste em: dados biográficos, queixa principal, história da doença atual, história patológica passada, história familiar, revisão dos sistemas e perfil geral do cliente. 9-10 Daremos ênfase, neste momento à revisão de sistemas. Esta revisão, conhecida também como interrogatório sintomatológico ou anamnese especial, consiste em um interrogatório de todos os sistemas do paciente com o propósito de investigar sinais e sintomas. Deste modo, logo abaixo se encontram registrados os seguintes sistemas a serem revisados e algumas de suas alterações a serem investigadas. 11

Observa-se alterações tais como: geral -Febre, fadiga, sudorese noturna, cansaço, perda ponderal ou falta de ganho, anorexia, alterações cutâneas; pescoço, olhos, ouvidos, nariz, garganta Adenomegalias, alterações visuais, sinusite/otite recorrentes, lesões ou massas orais, úlceras recorrentes, doença gengival; respiratório - Tosse seca ou produtiva, dispnéia ao esforço, sibilos; gastrintestinal abdominal, diarréia, vômito; geniturinário/Ginecológico Dor/úlcera genital/anal, sangramento retal, descarga uretral, doença inflamatória pélvica prévia, prévio, preventivo anormal corrimento neuromuscular vaginal, dor pélvica; Parestesias, fraquezas, dores, mialgias; neuropsiquiátrico **Alterações** personalidade, cefaléias, depressão, dificuldade de concentração, perda de memória recente. Avaliar o uso crônico de drogas. 12-15

Ao término da entrevista será conveniente perguntar ao cliente se existe algo que gostaria de acrescentar e se sabe o que está acontecendo com ele. Isso permitirá que o cliente finalize sua história e comente sobre o que o preocupa mais. 5 Depois se organizam as informações e se registram os dados relativos ao estado de saúde do cliente.12

• Avaliando a Função Cerebral

O exame neurológico inclui inúmeros testes clínicos com o intuito de avaliar, observar e aferir um sistema complexo. 12 Partindo desse contexto, o exame neurológico é realizado sob

The challenge for identifying the nursing...

uma avaliação indireta, pois se examina a função da parte específica do corpo ou de partes controladas ou inervadas pelo sistema nervoso, uma vez que o cérebro e a medula espinhal não podem ser examinados de forma tão direta como os demais sistemas do corpo humano. 13-15

As alterações cerebrais podem provocar distúrbios no estado mental, no raciocínio, no funcionamento intelectual, no comportamento emocional, na percepção, na capacidade motora e de linguagem, bem como no estilo de vida. Nesta avaliação é necessário observar a simetria na função dos achados em ambos os lados, ou seja, deve-se comparar um lado com o outro como, por exemplo, a força motora do tríceps direito em relação ao esquerdo.4

A avaliação da função cerebral se divide em: estado mental - Inicia pela observação da aparência e do comportamento do cliente, a forma de se vestir, se esta arrumação se encontra organizada, e a higiene pessoal. Observa se o paciente se encontra responsivo, sonolento, avaliando também a fala do cliente, se esta é clara e coerente, e avistando sinais de desorientação em tempo e espaço. Os movimentos, a postura, os gestos, as expressões faciais e a atividade motora também devem ser avaliados. 15

A função intelectual - Neste momento se deve avaliar a atenção, a memória e/ou as diversas formas de raciocínio do cérebro humano; conteúdo do pensamento - Avaliar se os pensamentos são espontâneos, naturais, coerentes, relevantes e claros. Observar se o cliente possui alguma preocupação, ilusão, idéia fixa, alucinações e paranóias, sendo, no caso destas, necessária uma avaliação adicional; 14 estado emocional - O afeto ou o humor é avaliado, devendo observar o comportamento verbal e não verbal do cliente relação às perguntas feitas. interrupções e aos ruídos súbitos. 12

Na percepção- Observa-se a capacidade do cliente de interpretar e reconhecer os objetos, sendo estes observados através dos sentidos especiais (tato, visão e audição); capacidade Motora - Solicita que o cliente realize um ato de habilidade (mover uma cadeira, por exemplo) a fim de avaliar a força motora; capacidade de linguagem - Avaliar a compreensão da linguagem falada e escrita e se comunicar através dela. Observar também quanto à afasia; impacto sobre o estilo de vida - Considera-se para avaliação a limitação, imposta ao paciente por qualquer déficit, e o papel do cliente na sociedade, incluindo os papéis familiares e comunitários. 14-15

The challenge for identifying the nursing...

• Examinando os Nervos Cranianos

I - Olfatório - Sentido do olfato. Com os olhos fechados o cliente identifica os odores familiares, sendo cada narina testada individualmente: II - Óptico - Sentido da visão. Observa-se o campo visual e exame oftalmoscópico; III - Oculomotor - Maior parte dos movimentos oculares, constrição de pupilas e elevação da pálpebra superior; IV -Troclear - Reflexos pupilares, movimentação conjugada, nistagmo, rotações oculares e avaliação quanto à presença de pitose; V -Trigêmeo: oftálmico - Glândulas lacrimais, cabeludo. fronte e Fibras superiores; maxilar sensitivas transmitem impulsos provenientes dos dentes superiores, da gengiva superior, do lábio superior, do palato e da pele da face; Mandibular - Fibras sensitivas transmitem impulsos provenientes do couro cabeludo, dos dentes inferiores, da gengiva inferior, do lábio inferior e da pele da mandíbula. Fibras motoras transmitem impulsos aos músculos da mastigação; VI - Abducente - Movimento lateral dos olhos; VII - Facial - Paladar, expressão facial e as glândulas lacrimais e salivares. Observar quanto à simetria durante a realização dos movimentos faciais. 12-15

Outros ainda são responsáveis: VIII -Vestibulococlear -Audição e equilíbrio; IX -Glossofaríngeo - Deglutição, salivação e paladar (Distinguir entre sal e açúcar, por exemplo); X - Vago - Deglutição, reflexo de vômito, fala, sensibilidade da garganta, laringe, vísceras abdominais, controla a frequência cardíaca e o peristaltismo. Abaixar a parte posterior da língua como o abaixador de língua com intuito de provocar o reflexo de vomito, observar rouquidão na voz e pedir pra que o paciente diga "AH" e observar se há elevação simétrica da úvula e do palato mole; XI - Acessório - Movimento do ombro e rotação da cabeca. Palpar e observar a forca do músculo trapézio enquanto o cliente levanta os ombros contra a resistência e observar também a forca do músculo esternocleidomastódeo à medida que o cliente vira a cabeça contra a posição da mão do examinador; XII - Hipoglosso - Movimento da língua. Observar quanto à força os desvios contra um abaixador de língua. 12-15

• Avaliando o Equilíbrio e a Coordenação

A influência cerebelar sobre o sistema motor se reflete no controle do equilíbrio e coordenação. Observar a postura e a marcha, pedindo ao cliente que ande para frente e para trás e, em seguida, em uma linha reta. O paciente deve ser capaz de realizar o teste com movimentos suaves, uniformes e sem

perder o equilíbrio. Testar a coordenação dos membros superiores, pedindo que o paciente feche os olhos e toque o nariz com o dedo indicador.⁴

Avaliando a Função Sensorial e Função Motora

Nesta avaliação se testa a sensibilidade através do toque leve, dor, vibração e posição, comparando ambos os lados do corpo.⁴ Avaliam-se também a massa muscular e a tonicidade, ou seja, o tônus muscular apresenta resistência muscular ao estiramento para passivo, sendo necessário movimentar o braço e o quadril do cliente por meio de exercícios de arco, de movimento passivo, deixando em seguida cair os braços ao lado do corpo e as pernas em cima da devendo cama, sentir uma pequena resistência.

Para avaliar a força muscular deve-se estar atento à marcha e às atividades motoras do cliente. É necessário observar quaisquer movimentos anormais como fasciculações, contrações, tiques e tremores, uma vez que estes indicam uma possível disfunção cerebelar e sabendo que este desempenha seu papel nos movimentos dos músculos lisos. 13,15

Avaliação dos Reflexos Tendinosos Profundos e Superficiais

avaliação como propósito Esta tem involuntária observar a contração músculos ou grupos musculares em resposta ao estiramento abrupto próximo ao sítio de inserção deste.¹³ O tendão é examinado diretamente através do martelo de reflexos ou indiretamente através do polegar examinador posicionado firmemente contra o tendão. São avaliados os reflexos dos bíceps, braquiorradial, patelar, tríceps tornozelo. Os reflexos superficiais ou cutâneos são os reflexos abdominais e resposta plantar ou de Babinski. 14-15

MÉTODO

Pesquisa de campo, de natureza exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, através da técnica de análise documental. A análise documental pode ser estabelecida numa importante técnica de abordagem de dados qualitativos, seja aperfeiçoando as informações alcançadas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema sugerido. 16

O cenário de estudo foi um Hospital Geral da Baixada Fluminense, sendo este referência pelos seus atendimentos de urgência e emergência com média e alta complexidade, tanto clínicos como cirúrgicos e obstétricos de

The challenge for identifying the nursing...

alto risco. O Hospital adota as diretrizes do Ministério da Saúde e abraçou o Programa QualiSUS e a Política Nacional de Humanização. O Hospital possui 326 leitos cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) e regularmente atualizados em seu Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e ainda possui um Centro Médico que atende mais de 20 especialidades. 17

partir da escolha do cenário, foi empregada a técnica de análise documental, ou seja, a revisão dos prontuários dos clientes atendidos no Hospital Geral da Baixada Fluminense, com diagnóstico de Síndrome de Guillain - Barré, no período de 2005 a 2010, sendo analisadas e colhidas informações como: idade, sexo, início da doenca (primeiros sinais e sintomas), exame físico realizado pelo médico e/ou enfermeiro, evolução da doença (espaço de tempo entre um sintoma e outro), diagnóstico diferencial (exames laboratoriais. utilizado puncão lombar), tratamento empregado e prognóstico dos clientes (óbito, cura total, cura com melhora).

São considerados documentos qualquer material escrito que possa ser empregado como fonte de informação sobre o desempenho humano. A partir disso, tais documentos compõem uma fonte valiosa, de onde poderão ser retiradas as evidências que irão fundamentar as afirmações e declarações dos pesquisadores. 16

O método de análise para a preparação do trabalho em estudo tem tanta fundamentação teórica a respeito do objeto quanto o campo a ser pesquisado. A análise dos dados pode ser dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.¹⁸

Na primeira fase foi realizada a organização do material que foi analisado. Na segunda fase aplicou o que foi determinado na fase anterior. Na terceira fase se tentou descobrir o teor subjacente ao que está sendo evidenciado. Porém, mesmo sendo uma pesquisa de abordagem qualitativa não foram excluídas as informações estatísticas. 18

As diretrizes pela Resolução 196/96 propõe a todas as pesquisas envolvendo seres humanos em qualquer campo, a saber, determinando que elas devam ser submetidas à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Foi submetida à autorização do Comitê de Ética do Hospital Geral da Baixada Fluminense para a realização da pesquisa, sendo aprovada por este com o número: CAAE - 0017.0.316.000-10.

Entrada no Campo

Iniciamos a busca no setor de Cadastro Internacional de Doencas (CID), do referido hospital, com objetivo de levantamos dados para o início da pesquisa, tais com: número de pacientes com o diagnóstico de Síndrome de Guillain - Barré atendidos no Hospital Geral da Baixada Fluminense no período de 2005 a 2010. Chegamos a um total de 11 pacientes. Após isso, fomos conduzidos ao setor de arquivo, para que assim pudéssemos levantar tais prontuários. Os mesmos foram revisados e destes apenas cinco tiveram diagnóstico confirmado de SGB. Não satisfeitos com o resultado, e, sabendo que a SGB possui nomes alternativos, retornamos ao CID com o intuito de novas pesquisas nos prontuários. Ao final da análise documental, foram revisados 20 prontuários e destes foram selecionados apenas seis, pois somente esses tinham a confirmação diagnóstica para a SGB, no período estimado pelos pesquisadores.

As informações pertinentes levantadas foram: idade, sexo, história patológica precedente, queixa principal, início dos sinais e sintomas apresentados, como também a progressão destes, descrição do exame físico realizado pelo médico ou enfermeiro do cliente, exames realizados e a evolução destes pacientes (alta ou óbito).

Nos deparamos com dificuldades na coleta dos dados, pois em alguns prontuários, a grafia era ilegível, muitas das vezes, ilegível dos profissionais, a falta de organização dos prontuários, omissão das informações importantes como resultados de exames, exame físico do cliente, evolução de enfermagem, registrados no prontuário. A insuficiência de tais elementos nos dificultou na hora da pesquisa e posteriormente na avaliação dos dados.

Sendo assim, com o desígnio de identificar os possíveis diagnósticos para a SGB e atender ao objetivo proposto neste estudo, utilizamos como bibliografias de base o Nursing Diagnosis: Definitions and Classification (NANDA), 2005-2006 e também Diagnóstico de Enfermagem (DE), 2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise dos dados, foram utilizados os sinais e sintomas com maior evidência dentro das literaturas pesquisadas, e, através destes, identificamos os diagnósticos de enfermagem concernentes a cada sinal ou sintoma.

Diagnósticos de Enfermagem Assistencial Para a Síndrome de Guillain - Barré

Parestesia: [...]ao exame parestesia bilateral de MMII e MMSS mais ausência de reflexos[...] (D1);

[...]apresenta parestesia em MMII e MMSS e dispnéia.(D2);

[...]relata história de astenia em MMIISS mais parestesia de caráter ascendente, apresentando dificuldade de deambular. Início de quadro de dispnéia mais disfagia e hipertermia[...] (D3);

[...]iniciou com parestesia de MMII ascendente mais dispnéia, lombalgia, evoluindo para paresia de MMII, paraplegia e astenia de MMSS[...] (D4)

A parestesia é denominada como sensação de formigamento ou dormência "alfinetadas de agulha". 14 De acordo com as literaturas¹⁻⁴ utilizadas na pesquisa, possível observar que, em sua maioria, a parestesia é um sinal e sintoma prevalente da síndrome de Guillain-Barré, tendo em vista que durante o processo de avaliação dos prontuários, este foi um dos sinais e sintomas comum entre todos os prontuários analisados. Desta forma, quando o paciente relata parestesia ao profissional enfermeiro durante o processo de anamnese, estima-se que este esteja sofrendo um comprometimento neurológico devido ao fato de tal sintoma indicar uma disfunção na percepção sensorial, mais especificamente na sensação tátilcinestésica.

Diagnósticos de Enfermagem: percepção sensorial perturbada relacionada ao déficit neurológico; deambulação prejudicada devido às condições que afetam os músculos/articulações e comprometem a capacidade de andar; mobilidade física prejudicada em consequência da diminuição da força, do controle e da massa muscular, distúrbios

neuromusculares/musculoesqueléticos e disfunção perceptiva sensorial.¹⁹

Dispneia: [...]apresenta parestesia em MMII e MMSS e dispnéia...(D2);

[...]relata história de astenia em MMIISS mais parestesia de caráter ascendente, apresentando dificuldade de deambular. Início de quadro de dispnéia mais disfagia e hipertermia[...] (D3);

[...]iniciou com parestesia de MMII ascendente mais dispnéia, lombalgia, evoluindo para paresia de MMII, paraplegia e astenia de MMSS[...] (D4)

A dispnéia (respiração difícil ou laboriosa) é um sintoma comum para muitos distúrbios pulmonares, porém pode estar associada aos distúrbios neurológicos ou neuromusculares como a Síndrome de Guillain-Barré. A dispneia se caracteriza como uma progressão da doença, visto que os músculos respiratórios estão comprometidos, 1-5,7,9 ou seja, associa-se a um agravo na evolução da SGB.

The challenge for identifying the nursing...

Diagnóstico de Enfermagem: padrão respiratório ineficaz devido à disfunção neuromuscular/musculoesquelético, também, associada à dor e à fadiga muscular; ventilação espontânea prejudicada relacionada à dispnéia e à fadiga da musculatura respiratória; troca de gases prejudicada. 19

Paresia: Apresenta paresia súbita em MMII e MMSS, astenia simétrica nas mãos[...] (D5);

[...]iniciou com parestesia de MMII ascendente mais dispnéia, lombalgia, evoluindo para paresia de MMII, paraplegia e astenia de MMSS[...] (D4)

O termo paresia se refere quando o movimento está apenas limitado ou fraco, ou seja, a motilidade se encontra num padrão abaixo do normal no que se refere à força muscular, à precisão do movimento, à amplitude do movimento e à resistência muscular localizada. Na SGB, a paresia pode ser classificada como uma disfunção ou interrupção dos movimentos de um ou mais membros, podendo ser superiores, inferiores ambos. conforme OU grau do comprometimento, sendo também músculos faciais, oculares ou orofaríngeos afetados.2

Diagnóstico de Enfermagem: risco de síndrome do desuso em consequência da inatividade musculoesquelética temporária, irreversível ou inevitável; mobilidade física prejudicada em consequência da diminuição da força, do controle e da massa muscular, distúrbios

neuromusculares/musculoesqueléticos e disfunção perceptiva sensorial; capacidade de transferência prejudicada devido à limitação ou à ausência dos movimentos; mobilidade no leito prejudicada. 19-20

Dificuldade na Deambulação: [...]relata história de astenia em MMIISS mais parestesia de caráter ascendente, apresentando dificuldade de deambular. Início de quadro de dispnéia mais disfagia e hipertermia[...] (D3)

Na SGB, a dificuldade na deambulação comumente se encontra associada ao enfraquecimento dos músculos. Devido ao comprometimento neuromuscular e logo a incapacidade de transmissão do impulso nervoso para a fibra muscular faz com que o músculo perca a sua habilidade, resultando em uma fraqueza muscular progressiva, parestesias, paresias, havendo logo dificuldade na deambulação.

Diagnóstico de Enfermagem: deambulação prejudicada devido às condições que afetam os músculos/articulações e comprometem a

capacidade de andar; mobilidade física prejudicada em consequência da diminuição da força, do controle e da massa muscular, distúrbios

neuromusculares/musculoesqueléticos e disfunção perceptiva sensorial; fadiga relacionada à redução da capacidade de realizar trabalhos físicos; risco de síndrome do desuso devido à diminuição da atividade musculoesquelética. 19-20

Disfagia: [...]relata história de astenia em MMIISS mais parestesia de caráter ascendente, apresentando dificuldade de deambular. Início de quadro de dispnéia mais disfagia e hipertermia[...] (D3)

disfagia é qualificada como uma dificuldade que o indivíduo tem para deglutir. A disfagia pode ser considerada como um sinal e sintoma já avançado da síndrome devido ao fato de já haver comprometido os nervos cranianos responsáveis pela deglutição, levando em consideração que a progressão da síndrome de Guillain-Barré ocorre geralmente nesta ordem: membros inferiores, braços, tronco, cabeça e pescoço.4,12 Sendo assim, a paralisia facial periférica, uni ou bilateral, é uma manifestação frequente que acomete os nervos cranianos como óptico, trigêmeo, glossofaríngeo, vago e hipoglosso.² Com a paralisia ou paresia dos músculos e nervos faciais, a deglutição se torna prejudicada e também se considera um fator de risco para a broncoaspiração.

Diagnóstico de Enfermagem: deglutição prejudicada devido ao comprometimento dos pares cranianos (ex: glossofaríngeo IX, vago X, responsáveis pela deglutição). 19-21

Hipertermia: [...]relata história de astenia em MMIISS mais parestesia de caráter ascendente, apresentando dificuldade de deambular. Início de quadro de dispnéia mais disfagia e hipertermia[...](D3);

Astenia, algia de MMII com debilidade de movimentar MMII, perda de peso, hipertermia, diminuição dos reflexos dos MMII e diminuição de força muscular de MMII E MMSS[...] (D6)

A hipertermia é classificada como um aumento da temperatura corporal acima dos valores normais. ¹⁰ Tratando-se da SGB, a hipertermia pode se apresentar ligeiramente nas manifestações clínicas iniciais da doença. ²

O aparecimento da febre pode ser justificado devido ao fato da SGB advim de uma possível origem infecciosa, ou seja, quando o organismo humano entra em contato com o agente infeccioso, este causa uma resposta imunológica com o intuito de combater a invasão do microorganismo.

The challenge for identifying the nursing...

Diagnóstico de Enfermagem: hipertermia; risco de desequilíbrio na temperatura corporal. 19-21

Astenia: ... relata história de astenia em MMIISS mais parestesia de caráter ascendente, apresentando dificuldade de deambular. Início de quadro de dispnéia mais disfagia e hipertermia[...] (D3);

[...]iniciou com parestesia de MMII ascendente mais dispnéia, lombalgia, evoluindo para paresia de MMII, paraplegia e astenia de MMSS...(D4); Apresenta paresia súbita em MMII e MMSS, astenia simétrica nas mãos[...] (D5);

Astenia, algia de MMII com debilidade de movimentar MMII, perda de peso, hipertermia, diminuição dos reflexos dos MMII e diminuição da força muscular de MMII E MMSS[...] (D6)

A astenia pode ser caracterizada pela ausência ou perda da força muscular, fragueza muscular freguente, diminuição das forcas de origem nervosa ou motivada por fadiga. A fraqueza de um grupo de músculos indicar condições poderia polineuropatias. 10 Na SGB, a fragueza muscular ou astenia é causada devido à disfunção na transmissão dos nervosos para a fibra muscular, tendo como consequência a inabilidade do músculo e posteriormente a fragueza muscular.

Diagnóstico de Enfermagem: mobilidade física prejudicada em consequência da diminuição da força, do controle e da massa muscular, distúrbios neuromusculares/musculoesqueléticos e disfunção perceptiva sensorial; risco de síndrome do desuso devido à diminuição da atividade musculoesquelética; fadiga relacionada à redução da capacidade de realizar trabalhos físicos. 19-21

Paraplegia: [...]iniciou com parestesia de MMII ascendente mais dispnéia, lombalgia, evoluindo para paresia de MMII, paraplegia e astenia de MMSS[...] (D4)

A paraplegia é caracterizada por paralisia da parte inferior do corpo. 14 Na SGB, a paralisia é do tipo extenso-progressiva e simétrica, tendo início nos membros inferiores com envolvimento subsequente da musculatura do tronco, membros superiores e face. 2

Diagnóstico de Enfermagem: mobilidade física prejudicada em consequência da diminuição da força, do controle e da massa muscular, distúrbios neuromusculares/musculoesqueléticos e disfunção perceptiva sensorial; risco de síndrome do desuso devido à diminuição da atividade musculoesquelética; deambulação prejudicada devido às condições que afetam

The challenge for identifying the nursing...

Caixeiro-Brandao SMO, Coll JO, Medeiros AA et al.

os músculos/articulações e comprometem a capacidade de andar; capacidade de transferência prejudicada devido à limitação ou à ausência dos movimentos; mobilidade no leito prejudicada. 19-21

Algia e Lombalgia: ... iniciou com parestesia de MMII ascendente mais dispnéia, lombalgia, evoluindo para paresia de MMII, paraplegia e astenia de MMSS[...] (D4);

Astenia, algia de MMII com debilidade de movimentar MMII, perda de peso, hipertermia, diminuição dos reflexos dos MMII e diminuição de força muscular de MMII E MMSS[...] (D6)

Na Síndrome de Guillain-Barré, a dor é caracterizada como dor aguda, ou seja, tem início súbito ou lento de qualquer intensidade. Comumente aparece como dor muscular, dores aticulares² e dor em queimação intensa e incessante devido a uma lesão específica do sistema nervoso periférico e paralisia flácida¹⁴ característica da SGB. Muitos clientes possuem os músculos sensíveis e doloridos e os nervos também podem se tornar sensíveis à pressão.²

Diagnóstico de Enfermagem: dor aguda relacionada à disfunção neuromuscular; mobilidade física prejudicada em consequência da diminuição da força, do controle e da massa muscular, distúrbios neuromusculares/musculoesqueléticos e disfunção perceptiva sensorial; fadiga relacionada à redução da capacidade de realizar trabalhos físicos. 19-21

Perda de Peso: [...]Astenia, algia de MMII com debilidade de movimentar MMII, perda de peso, hipertermia, diminuição dos reflexos dos MMII e diminuição da força muscular de MMII E MMSS[...] (D6)

A perda de peso se caracteriza pela ingestão insuficiente de nutrientes para atender as necessidades metabólicas. Na SGB, a perda de peso pode estar associada à incapacidade de ingerir ou deglutir os alimentos, sendo a mastigação prejudicada devido ao comprometimento dos nervos cranianos e a dor aguda, podendo estes estar associados à alteração do apetite e da ingestão alimentar.

Diagnóstico de Enfermagem: nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, podendo estar associada ao enfraquecimento dos tônus musculares e à incapacidade de ingerir comida. 19-21

CONCLUSÃO

Após análise dos prontuários dos clientes com diagnóstico de SGB, podemos observar que é possível realizar o diagnóstico da patologia através da anamnese, ou seja, da coleta de informações como história patológica pregressa, história atual da doença e queixa principal do cliente. Os dados colhidos neste primeiro processo nos dão subsídios para sugestionar uma disfunção neurológica onde se aplica a técnica do exame físico do sistema neurológico com o intuito de avaliar a função cerebral, os nervos cranianos, a função motora e os reflexos tendinosos. Essas etapas do processo de enfermagem são de fundamental importância no sentido de organizar a assistência de enfermagem e proceder com um diagnóstico rápido. Os sinais mais incidiram sintomas que levantamento foram parestesia, diminuição da força muscular, fraqueza muscular, algia em membros, hipertermia, dispnéia, paresia, paraplegia, disfagia e etc. Os sinais e sintomas identificados condizem com as literaturas pesquisadas.

A partir desses elementos, o enfermeiro tem base científica para realizar a relação de diagnósticos de enfermagem voltados para a SGB, interpretando os dados e fornecendo diagnósticos. Os possíveis diagnósticos de enfermagem registrados foram: percepção prejudicada, mobilidade sensorial prejudicada, capacidade de transferência prejudicada, deambulação prejudicada, deglutição prejudicada, dor aguda, fadiga, risco de síndrome de desuso, risco de desequilíbrio na temperatura corporal e nutricão deseguilibrada: menor necessidades corporais.

partir disso, concluímos que enfermeiro, embasado cientificamente com o processo de enfermagem, tem a capacidade, a competência e a habilidade necessárias na realização dos possíveis diagnósticos enfermagem para a SGB. Faz-se também importante o domínio da fisiopatologia da síndrome no sentido de estar atento não só aos primeiros sinais e sintomas da polineurite, como também toda a sua evolução e assim, precocemente podendo fornecer diagnósticos de enfermagem e prevenir os consequentes agravos da doença. Gostaríamos de lembrar que a síndrome pode levar o indivíduo ao óbito se não for identificada e tratada o mais precocemente possível.

Gostaríamos de apresentar como sugestão para possíveis desdobramentos da pesquisa, a identificação das intervenções de enfermagem através da Intervention Classification (NIC) como também os resultados de enfermagem pela Nursing Intervention Classification (NOC) e desta forma, dar continuidade ao presente estudo e assim, fornecer maiores conhecimentos e subsídios para a assistência do enfermeiro ao cliente acometido pela Síndrome de Guillain-Barré.

REFERÊNCIAS

- 1. Souza AV, Souza MAF. Síndrome de Guillain de Barré sob os cuidados de enfermagem. Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2011 jul 22];2(1):89-102. Disponível em: http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revist a/2007/pdfs/RMAS%202%281%29%2089-02..pdf
- 2. Savito WL. Síndromes neurológicas. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1997.
- 3. Tavares AC, Alves CBC, Silva MA, Lima MBC, Alvarenga RP. Síndrome de Guillain-Barré: revisão de literatura. Cad bras med. 2000 jandez;13(1):36-47.
- 4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 497, de 22 de dezembro de 2009 [acesso em 2011 jul 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_clinico_sindrome_guillain_barre.pdf
- 5. Nettina SM. Prática de enfermagem. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007
- 6. Noviello TB, Noviello TCB, Purisch S, et al. Cetoacidose diabética associada com síndrome de Guillain-Barré: Relato de caso. Arq bras endocrinol metab. 2008 abr;52(3): 562-5.
- 7. Rowland LP. Merrit tratado de neurologia. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- 8. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- 9. Sampaio RS, Amantéa ML, Santos I, Sant'Anna AN. Sistematização da assistência de enfermagem ao cliente com síndrome do compartimento abdominal: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2011 jul 15];3(4):374-82. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/inde x.php/revista/article/view/132/132
- 10. Brunner SCS, Suddarth BGB. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- 11. Pozzobom E. Tratamento médico do adolescente HIV-positivo. Adolescente. Saúde. 2005 jul-set; 2(3):25-9
- 12. Nettina SM. Prática de enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- 13. Andris DA. Semiologia bases para a prática assistencial. Coleção práxis enfermagem. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- 14. Brunner SCS, Suddarth BGB. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

The challenge for identifying the nursing...

- 15. Macedo EC, Rafael RMR, Caixeiro-Brandão SMO, Cava AML, Alves AMA, Souza ALTD, et al. Exame físico em pediatria. In: Silva CRL, Silva RCL, Santiago LC, organizadores. Semiologia em enfermagem. São Paulo: Roca; 2011. p. 339-82.
- 16. Lüdke M, André M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 2005.
- 17. HGNI hospital geral de Nova Iguaçu [homepage na internet]. Rio de Janeiro(RJ): HGNI; 2011 jul 22 [acesso em 2011 Jul 22]. Disponível em:

http://www.hgni.saude.gov.br/apresentacao

- 18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 19. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de NANDA: definições e classificações 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- 20. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnóstico de enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- 21. Pereira JC, Stuchi RAG, Sena CA. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem pelas taxonomias NANDA/NIC/NOC para o diagnostico de conhecimento deficiente. Cogitare enferm. 2010 jan-mar; 15(1):74-81

Sources of funding: No Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/07/21

Last received: 2011/11/21 Accepted: 2011/11/21 Publishing: 2012/01/01

Corresponding Address

Sandra Maria Oliveira Caixeiro-Brandão Rua Engenheiro Albuquerque, 62 — Bairro

Grajáu

CEP: 26030-700 — Nova Iguaçu (RJ), Brazil