

AVALIAÇÃO DA SÍNDROME DE GUILLAN-BARRÉ EM SALVADOR E REGIÃO METROPOLITANA ANTES DA CERTIFICAÇÃO PARA POLIOMIELITE NO BRASIL – 1987 A 1994¹

Leila Zacarias Fraga²

1. INTRODUÇÃO

A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é caracterizada como uma paralisia aguda flácida (PFA), classificada como Polineuropatia, comprometendo simultaneamente os nervos periféricos, inicialmente as raízes dos nervos espinais; a lesão básica parece ser uma vasculite, com edema, exsudação e filtrado de linfocítico nas fases iniciais, seguindo-se a desmielinização. O processo pode se limitar às raízes (polirradiculite), estender-se periféricamente aos troncos, plexos e nervos (polirradiculoneurite), ou ainda, nos casos mais graves, estender-se centralmente à medula espinhal (polirradiculomielite) ou tronco cerebral (polirradiculoencefalite) (TONELLI, 2000).

A certificação para poliomielite no Brasil aconteceu em 1994, quando o País recebeu o “Certificado de Erradicação da Transmissão Autóctone do Poliovírus Selvagem nas Américas”, devido às ações de imunização e vigilância epidemiológica desenvolvidas de 1980 até 1994. Esforços intensificados foram realizados, a fim de se alcançar altas coberturas vacinais através de campanha de vacinação, vacinação de rotina e a investigação da vigilância epidemiológica de 100% dos casos de PFA notificados em menores de 15 anos, investigando-se todo caso de deficiência motora flácida notificada. Essa intensificação de esforços foi devido à alta incidência da poliomielite ou “Paralisia Infantil”, tanto no Brasil quanto em outros continentes em anos anteriores, como África, Ásia e Mediterrâneo, onde foram registrados 7.361 casos no ano de 1999 e primeiro semestre de 2000. Em Angola, foram confirmados 1.001 casos, sendo relevante, para o Brasil, a epidemia neste País, devido aos laços comerciais, econômicos e culturais entre ambos, aumentando assim o risco de reintrodução do Poliovírus Selvagem no Brasil.

A fim de manter o certificado de erradicação da poliomielite, faz-se necessário que os casos com diagnósticos e suspeitas diagnósticas de PFA, como a Síndrome de Guillain-Barré, Poliomielite, Mielite Transversa, Mielite Viral, Neuropatia, Meningites com paralisia em menores de 15 anos, sejam imediatamente notificados à Secretaria de Saúde dos Estados ou Municípios para o desencadeamento das ações de vigilância epidemiológica, no sentido de adotar as medidas de prevenção e controle dos agravos, como a coleta de fezes até 14 dias após o início da deficiência motora para isolamento do Poliovírus Selvagem (se for notificado como PFA), exame do líquor (identificação a SGB, através da constatação de uma dissociação proteíno-citológica, com aumento acentuado de proteína, sem elevação da celularidade), avaliação neurológica, bloqueio vacinal, busca ativa, inquérito de cobertura vacinal e visitas às unidades de saúde.

2. OBJETIVO

Avaliação da Síndrome de Guillain-Barré em Salvador e Região Metropolitana antes da Certificação para Poliomielite no País, no período de 1987 a 1994.

3. METODOLOGIA

Estudo quantitativo exploratório e retrospectivo realizado no município de Salvador e Região Metropolitana com 26 pacientes acometidos pela Síndrome de Guillain-Barré, no período de

¹ Pesquisa realizada sob a orientação das Professoras Maria Helena Rios Santos e Rute Gentil.

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador – UCSal. leilafraga@bol.com.br

1987 a 1994, constantes no registro da 1ª Dires. O estudo foi realizado com a utilização de dados secundários disponíveis nos arquivos do setor de Vigilância Epidemiológica da 1ª Dires, coletados pelo próprio pesquisador, juntamente com a Assessora Estadual do Plano de Erradicação das Paralisias Flácidas Agudas (PFAs). Foram analisadas as fichas de investigação dos casos suspeitos e confirmados laboratorialmente no período referido, excetuando-se o ano de 1993, por não haver sido encontrada nenhuma ficha com suspeita de diagnóstico ou diagnóstico de SGB. Foram analisadas as seguintes variáveis: identificação do paciente; origem do caso; data do conhecimento do nível local e central; investigação; hospitalização; manifestações clínicas; informações adicionais; dados de laboratório; medidas de controle adotadas e evolução do caso, sendo abordados: exame físico, revisita, avaliação dos reflexos, sinais e sintomas e classificação de seqüelas. Após a codificação das variáveis, os dados foram dicotomizados, atribuindo-se para “sinal característico” o código “1” e, para “não característico”, o código “0”. Para a avaliação das fichas foram feitas leituras exaustivas, com o acompanhamento da assessora das PFAs, tendo sido definido que toda vez que não constasse anotação para determinado item, este seria considerado como característico. Os dados foram tratados em máquina científica e os resultados apresentados em forma de gráficos e tabelas confeccionados em Excel, versão 2002, posteriormente analisados. Os resultados foram interpretados de acordo com a revisão de literatura da referente pesquisa.

Os princípios éticos que nortearam este estudo foram o da Resolução nº 196/96 decreto lei nº 93.933 de janeiro de 1987.

4. RESULTADOS

O maior percentual foi para o sexo masculino, com 65,38%. Em relação à idade do início dos sintomas, o maior percentual foi para aqueles com idade entre 0-14 anos (76,92%); 100% dos casos foram conhecidos através da notificação; 100% dos casos foram notificados no nível local; 23% foram notificados ao nível central; 76,92% foram investigados; o intervalo decorrido entre a notificação e a investigação no nível local foi de 24 horas; 96,15% foram hospitalizados; 61,53% não coletaram as fezes no período determinado pelo Ministério da Saúde; dos que coletaram as fezes no tempo ideal (38,47%), 26,92% destes coletaram 2 amostras de fezes; 80,76% dos casos investigados apresentaram dissociação proteíno-citológica com número elevado de proteínas. Dos 26 pacientes, 42,3% apresentaram dificuldade na marcha, tetraplegia, paralisia, diminuição da força muscular e rigidez; 11,54% dos casos evoluíram para óbito.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

A ocorrência de recidivas em pacientes com SGB (3,84%) observada neste estudo, nos anos de 1991 e 1994, confirma a afirmativa desta possibilidade feita por Vaughan (1993) e Fragoso (1997), assim como o maior percentual de casos no sexo masculino, fato referido por Quintero (1998) e Aguillar (1997). A faixa etária mais atingida, em relação à SGB, foi de crianças de 1 a 11 anos e adolescentes de 12 a 19 anos – equiparando-se aos estudos realizados por Nascimento (1992) e Vaughan (1983), nos quais foi encontrada a maior incidência em criança. O maior percentual para a idade de início dos sintomas foi para os que tinham a idade entre 0 a 14 anos. A SGB é a causa mais comum de Paralisia Flácida Aguda (PFA), sendo sua incidência estimada em 1/100.000 habitantes menores de 15 anos. Assim, na Bahia, cuja região consta de cerca de 4.293.958 habitantes de 0 a 14 anos, a incidência anual esperada para 2003 é 43 casos aproximadamente.

O Distrito Sanitário com maior registro de casos foi o Subúrbio Ferroviário, com 10 casos (38,46%), devendo-se ressaltar que, neste período de 1987 a 1994, a Assessora Estadual do Plano de Erradicação das PFAs atuava nesta área como gerente do Distrito Sanitário, já atuante como referência para poliomielite – o que resulta numa maior efetividade as ações de Vigilância Epidemiológica; a ocorrência destes casos não deve ser interpretada como uma maior incidência,

uma vez que a falta de registros em outros distritos pode ser decorrente da fragilidade da vigilância epidemiológica, resultando na não notificação e, conseqüentemente, na não investigação de casos. Este fato aponta para a necessidade de realização de busca ativa nos distritos aqui considerados silenciosos. O município com maior percentual registrado foi o de Salvador. Este registro pode ser devido ao fato de o município ter melhores recursos para o tratamento e contar com um hospital de isolamento – para onde é encaminhada a maioria dos casos. Vale ressaltar que a falta de registro para outros municípios pode ser decorrente da não efetividade do setor de vigilância epidemiológica no que se refere à vigilância das PFAs, assim como por parte dos demais profissionais de saúde. Considerando ser Salvador uma cidade turística, ressalta-se a necessidade de implementação da vigilância das PFAs também na Região Metropolitana de Salvador, no sentido de se detectar precocemente uma possível reintrodução do poliovírus selvagem.

O maior percentual da data do conhecimento foi para o nível local, apontando para uma não comunicação em tempo hábil pelo nível estadual, implicando no processo de tomada de decisões para os demais níveis. A hospitalização, na maioria dos casos, mostra a competência dos técnicos responsáveis pelo atendimento na busca de proporcionar um melhor atendimento, principalmente no que diz respeito às complicações respiratórias que possam ocorrer, inclusive com possibilidade de evolução para óbito, embora em alguns casos, dependendo da gravidade do caso e do tempo de diagnóstico e instituição do tratamento eficaz, estes óbitos também possam ocorrer.

A não realização da coleta de fezes no prazo determinado (quatorze dias após o início da deficiência motora), aponta para falhas que não deveriam ocorrer, uma vez que a realização deste exame está voltada principalmente para detecção de uma possível reintrodução do poliovírus selvagem; o não cumprimento desta medida poderá resultar na falta de detecção de circulação do vírus da poliomielite e, conseqüentemente, possibilidade de ocorrência de um surto da doença caso venha para Salvador algum doente ou infectado pelo mesmo, com a poliomielite procedente de regiões onde existam circulação do poliovírus. Observe-se que o período de disseminação do poliovírus acontece antes da manifestação dos sinais característicos da mesma.

A ocorrência de maiores percentuais para as dores musculares, deficiência motora flácida, comprometimento da força e a localização em maior percentual para membros inferiores confirmam o referenciado por Fragoso (1997), Vaughan (1983), Tonelli (2000), Aguillar (1997), Tellez (2001), quando afirmam que acontece uma debilidade ascendente de extremidades na SGB. O comprometimento dos músculos respiratório e cervical, também observados neste estudo, confirma a referência feita por Fragoso (1997), Quintero (1998), Vaughan (1983), Rocco (1997). O maior percentual de comprometimento dos reflexos na SGB foi para o déficit com abolição e diminuição dos reflexos aquilar esquerdo e patelar direito e esquerdo, sinais também referidos por Vaughan (1983). O exame neurológico revela, além da fraqueza muscular, abolição dos reflexos profundos e grau variado de atrofia. Para os adultos, sobretudo, pode haver distúrbio da sensibilidade superficial nas mãos e pés.

A rigidez de nuca foi o sinal de irritação meníngea mais observado; a fraqueza da musculatura da face e do pescoço também foi evidenciada, apontando para o comprometimento dos nervos desta região. Os nervos cranianos são também afetados, havendo distúrbio da deglutição, paralisia facial e, com menor frequência, dos músculos ócilo-motores, podendo haver paralisia dos centros respiratórios.

A maior dissociação proteíno-celular, com aumento acentuado de proteínas em relação ao número de células, permitiu a confirmação destes casos, critérios referidos por Fragoso (1997), Vaughan (1983), Takayanagai (1993). A partir do final da segunda semana da doença ocorre um aumento da taxa de proteína e número de célula normal.

Os sinais de maior comprometimento observados na re-visita foram nos membros inferiores, dentre eles a dificuldade na marcha, paralisia, tetraplegia, diminuição da força muscular; considerando que estas visitas foram realizadas num período de 60 dias, acredita-se que as mesmas possam ser revertidas ou mantidas. Vaughan (1983) relata que a recuperação do paciente pode ser lenta. O percentual observado neste estudo (42,3%) foi inferior àqueles que não apresentaram estas seqüelas (57,7%).

O menor percentual para ocorrência de óbitos (11,54%) justifica a recomendação da internação em hospital no início da doença, pois pode haver paralisia dos centros respiratórios e alterações do sistema nervoso autônomo e, conseqüentemente, comprometimento da pressão arterial, dos batimentos cardíacos e do ritmo respiratório, podendo levar o paciente à morte. O mais importante é a instituição do tratamento de suporte, na fase aguda da doença, mantendo através de aparelhos, se for preciso, as condições respiratórias e as demais funções vitais do paciente. Na fase de recuperação, exercícios fisioterapêuticos são importantes. Nos casos graves, recomenda-se a utilização de plasmáfereze, procedimento que visa à substituição gradativa do plasma do paciente a fim de depurar anticorpos que estão atacando a mielina.

Em relação à classificação das seqüelas, o maior percentual foi para aqueles pacientes com seqüelas graves, comparando-se com o estudo realizado por Fragoso (1999); segundo este autor, depois da recuperação do paciente, alguns nervos podem ficar danificados, deixando, assim, seqüelas no paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi avaliada a ocorrência da Síndrome de Guillain-Barré em Salvador e Região Metropolitana antes da certificação para poliomielite no Brasil, onde se encontrou 26 pacientes acometidos com SGB, registrados nas fichas de investigação das Paralisias Agudas Flácidas (PFAs) no período de 1987 a 1994. Por não terem sido encontradas as fichas de notificação referentes ao ano de 1993, este estudo fica um pouco comprometido, valendo resgatar esta informação. A sensibilização dos técnicos para um preenchimento de melhor qualidade destas fichas deve ser alvo das Secretarias de Saúde do Estado e Município, a fim de se ter um perfil mais próximo da realidade no que se refere à SGB em Salvador e Região Metropolitana.

A capacitação de recursos humanos para a vigilância epidemiológica deve ser implementada em todos os municípios, considerando-se a proposta de manutenção do certificado de erradicação da Poliomielite, dando atenção à vigilância das PFAs.

As re-visitadas devem ser uma meta a perseguir, no sentido de encerrar os casos, não deixando pendências, permitindo assim o encerramento dos casos havidos. O alcance de coberturas efetivas para poliomielite deve ser perseguido a fim de se manter o certificado do País livre da poliomielite, chamando atenção para as coberturas vacinais nesta região, uma vez que Salvador, assim como Camaçari, Dias D'Avilia, Candeias, Lauro de Freitas, São Francisco do Conde, Itaparica, Madre de Deus, Simões Filho e Vera Cruz não atingiram o percentual de cobertura ideal para os menores de um a quatro anos, no período de 1987 a 1990.

Atenção especial também deve ser dada para dotação de recursos hospitalares no sentido de se prestar uma assistência de qualidade, evitando mortes e minimizando riscos. A fisioterapia também deve ser priorizada no sentido de minimizar as seqüelas havidas. Capacitação de técnicos para realização de procedimentos específicos, como a punção lombar para coleta do líquido o mais precocemente, deve ser promovida a fim de se diagnosticar com maior precocidade os casos de SGB.

7. REFERÊNCIAS

AGUILLAR, Francisco Rebolledo; REDÓN, Marcio Henrique Macias; ESCOBAR, Eduardo Barrios. El dolor em el Síndrome de Guillain-Barré em niños. Gás.méd.Méx; 133,2, mar-abr. 1997, p. 63-70. Disponível em <<http://www.bireme.com.br>> . Acesso em 12 mar. 2003.

ARRUDA, Walter Oleschko; PACHECO, Robertson Alfredo Bodanese. Síndrome de Guillain-Barré e AIDS: relato de caso. Arquivo Bras. Med; 71, jan-fev. 1997, pp. 11-2. Disponível em <<http://www.bireme.com.br>>. Acesso em 12 mar. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Poliomielite. In: GUIA Brasileiro de Vigilância Epidemiológica. Brasília: MS, 1998.

DOURADO, Maria Emília; FREITAS, Marcos Lima de; SANTOS, Fabio Melo dos. Síndrome de Guillian-Barré com flutuações relacionadas ao tratamento com imunoglobulina humana endovenosa (curso trifásico): resumo. Arq. Neuropsiquiátrico; 56(3A): 476-9, set. 1998. Disponível em <<http://www.scielo.hpp?script=sci>>. Acesso em 12 mar. 2003.

FRAGOSO, Y. Síndrome de Guillian-Barré. Disponível em <<http://www.google.com.br>>. Acesso em 29 nov. 2002.

FREITAS, H. G. Paralisia Aguda Flácida. Secretaria de Estado de Saúde: Campo Grande-MS. mimeo.

NASCIMENTO, O. J. M.; FREITAS, M. R. G. de. Neuropatias periféricas. Rio de Janeiro: UFF. mimeo.

PIZARRO, C. F. Síndrome de Guillian-Barré com distúrbio autonômico cardirculatório. Órgão Oficial. Departamento de Pediatria. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, v. 22,3, 2000, pp. 251 a 253.

QUINTERO, Teodoro; BOZA, Ricardo. Síndrome de Guillian-Barré análises de 36 pacientes. Rev. Costarric.cienc.med; 20, 3-4, jul-dez. 1999, pp. 217-27. Disponível em <<http://www.bireme.com.br>>. Acesso em 12 mar. 2003.

ROCCO, José Rodolfo et al. Síndrome de Guillian-Barré: evolução do tratamento intensivo de 26 pacientes no período de 1984 a 1995. Revista Bras. Ter. Intensiva; 9, 1, jan-mar. 1997, pp. 6-12. Disponível em <<http://www.bireme.com.br>>. Acesso em 12 mar. 2003.

TAKAYANAGUI, Osvaldo Massaiti et al. Líquido cefalorraquiano (LCR) na Síndrome de Guillian-Barré: análise de 62 casos. Revista brasileira de neurologia; 29, 5, out. 1993, pp. 152-5. Disponível em <<http://www.bireme.com.br>>. Acesso em 12 mar. 2003.

TELLEZ, José Francisco Zeteno et al. Síndrome de Guillian-Barré experiência em um hospital de tercer nível. Rev. Invest. Clin.; 53, 4, ju-ago. 2001, pp. 311-314. Disponível em <<http://www.bireme.com.br>>. Acesso em 12 mar. 2003.

TONELLI, E.; FREIRE, L. M. S. **Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000, pp. 966-967.

VAUGHAN, V. C.; MCKAY, R. J.; BEHRMAN, R. F. **Tratado de Pediatria**. Tradução: Nelson. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983, pp. 1700-1701.

VILLARROEL, Ana Claudia; ARDILES, Adriana Sandoval. Síndrome de Guillian-Barré: revisión de aspectos clínicos y etiopatogenicos a propósito de un caso clínico. Boletim do Hospital San Juan de Rios; 46, 2, mar-abr. 1999, pp. 113-21. Disponível em <<http://www.bireme.com.br>>. Acesso em 12 mar. 2003.