



As ciências da saúde
desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras **3**

Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2021



As ciências da saúde
desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras **3**

Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^a Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

As ciências da saúde desafiando o status quo: construir habilidades para
vencer barreiras 3

Diagramação: Camila Alves de Cremona
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Isabelle Cerqueira Sousa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 As ciências da saúde desafiando o status quo: construir habilidades para vencer barreiras 3 / Organizadora Isabelle Cerqueira Sousa. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-360-3

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.603210908>

1. Saúde. I. Sousa, Isabelle Cerqueira (Organizadora).
II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

O VOLUME 3 da coletânea intitulada: “**As Ciências da Saúde desafiando o status quo: construir habilidades para vencer barreiras**” apresenta aos leitores resultados de estudos atualizados sobre a contextualização da Pandemia decorrente da infecção causada pelo vírus SARS-COV-2 (Covid-19), como por exemplo: 1. O Projeto “FisioArte” enfocando o aspecto da empatia tão necessária durante o período da pandemia, 2. A Homeopatia como terapia alternativa e complementar para a Covid-19; 3. A atuação da Odontologia hospitalar e uso da laserterapia na atenção aos pacientes com Covid-19 em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); 4. Comunicação científica e acessível sobre a Covid-19 em Teresópolis (Rio de Janeiro); 5. Efeitos da posição prona em pacientes com Covid-19; 6. Perfil epidemiológico e clínico dos casos de síndrome gripal diagnosticado como infecção pelo vírus Sars-cov-2 no município de Santarém (Pará); 7. Práticas extensionistas na pequena África e suas reestruturações no território: assistências possíveis frente à pandemia.

Esse volume apresenta também uma ampla contextualização de várias patologias, medidas de prevenção, tratamentos, como por exemplo: - Medidas de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica como indicador de qualidade na assistência à saúde; - A aplicação do Método do Arco De Manganez na Assistência ao deficiente auditivo; - A visita ao estabelecimento de venda de açaí como estratégia de aprendizado sobre a prevenção da Doença de Chagas; - CUTIA (*Dasyprocta Prynolopha*) como modelo potencial para estudos em Dermatologia humana e veterinária; - Desbridamento biológico: o uso da terapia larval em feridas complexas; - Efeito do Tadalafil sobre o comportamento e a neuroinflamação em modelo de Encefalopatia Diabética experimental; - Interação entre Ozonioterapia e campos eletromagnéticos pulsados no controle do crescimento do tumor e no gerenciamento de sintomas e dor; - Investigação da expressão diferencial de ADAMTS-13 em câncer de cólon como biomarcador diagnóstico; - Necrose tecidual como complicação do preenchimento com ácido hialurônico; - Neoplasia prostática e PET-CT PSMA-68ga: um novo método de rastreamento; - O deslocamento da Febre Amarela e a sua crescente nas regiões sul e sudeste do Brasil; - O risco da radiação ultravioleta no desenvolvimento do melanoma cutâneo; - Partes vegetais focadas em estudos anticâncer sobre espécies mais indicadas no sudoeste de mato grosso (Brasil); - Qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis; - Queimaduras: abordagem sistêmica sobre o manejo em cirurgia plástica; - Reação imunológica na cirrose alcoólica; - Repercussões nutricionais no pós-operatório de Cirurgia Bariátrica; - Síndrome de Guillain-Barré: sintomas, tratamento e cuidados farmacêuticos; - Terapia biológica nas doenças inflamatórias intestinais; - Uso inadequado de antibióticos: modificação da microbiota residente e a seleção de bactérias resistentes.

Diante da importância dos temas citados, a Atena Editora proporciona através desse volume a oportunidade de uma leitura rica de conhecimentos resultantes de estudos inovadores.

Isabelle Cerqueira Sousa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

“EMPATIA EM AÇÃO” NA PANDEMIA DA COVID-19 - PROJETO DE EXTENSÃO FÍSIOARTE

Myriam Fernanda Merli Dalbem
Beatriz Cristina de Oliveira Souza
Amanda Yasmin Vieira de Souza
Tiago Tsunoda Del Antonio
Ana Carolina Ferreira Tsunoda Del Antonio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6032109081>

CAPÍTULO 2..... 12

A HOMEOPATIA COMO TERAPIA ALTERNATIVA E COMPLEMENTAR PARA A COVID-19

Adelson Costa de Araújo
Deisianny Noleto de Souza
Franciele Gomes Malveira
Helen Freitas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6032109082>

CAPÍTULO 3..... 20

A ATUAÇÃO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR E USO DA LASERTERAPIA NA ATENÇÃO AOS PACIENTES COM COVID-19 EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE CASO

Fabiana de Freitas Bombarda Nunes
Mariella da Silva Gottardi
Nathalia Silveira Finck
Roberta Monteiro Porto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6032109083>

CAPÍTULO 4..... 28

COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA INTERPROFISSIONAL E ACESSÍVEL SOBRE A COVID-19, EM TERESÓPOLIS/RJ

Ana Cristina Vieira Paes Leme Dutra
Renata Mendes Barbosa
Nathalia Oliveira de Lima
Tayná Lívia do Nascimento
Jéssica da Silveira Rodrigues Lima
Taynara de Oliveira Moreira
Ludmila Correia Mendes
Vitória Dorneles Dias Silva
Ubiratan Josinei Barbosa Vasconcelos
Monalisa Alves dos Reis Costa Pais
Karla Vidal de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6032109084>

CAPÍTULO 5.....32

EFEITOS DA POSIÇÃO PRONA EM PACIENTES COM COVID-19: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

João Francisco Lima Filho

Mariana Alves Gamosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6032109085>

CAPÍTULO 6.....41

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS CASOS DE SÍNDROME GRIPAL DIAGNÓSTICADO COMO INFECÇÃO PELO VÍRUS SARS-COV-2 NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PARÁ

Carlos Eduardo Amaral Paiva

Juarez Rebelo de Araújo

Paulo André da Costa Vinholte

Antonia Irisley da Silva Blandes

Luís Afonso Ramos Leite

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6032109086>

CAPÍTULO 7.....52

PRÁTICAS EXTENSIONISTAS NA PEQUENA ÁFRICA E SUAS REESTRUTURAÇÕES NO TERRITÓRIO: ASSISTÊNCIAS POSSÍVEIS FRENTE À PANDEMIA

Roberta Pereira Furtado da Rosa

Amanda Côrtes Roquez Alberto

Clara de Jesus Lima

Graziella Barcelos de Amorim

Renata Caruso Mecca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6032109087>

CAPÍTULO 8.....58

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA COMO INDICADOR DE QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Maria dos Milagres Santos da Costa

Gislane Raquel de Almeida Mesquita

Ana Darlen Resplandes Silva

Roberto Rogerio da Costa

Sinara Régia de Sousa

Laureany Bizerra

Enewton Eneas de Carvalho

Carolline Silva de Moraes

Andreia da Silva Leôncio

Geane Dias Rodrigues

Mauriely Paiva de Alcântara e Silva

Ana Patrícia da Costa Silva

Polyana Coutinho Bento Pereira

Ana Clara de Sousa Tavares

Danielle Christina de Oliveira Santos

Virginia Moreira Sousa

Leide Elane da Costa Silva
Andréia da Silva Leôncio
Airton César Leite

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6032109088>

CAPÍTULO 9..... 71

A APLICAÇÃO DO MÉTODO DO ARCO DE MANGANEZ NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Michelle Gonçalves dos Santos
Selene Gonçalves dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6032109089>

CAPÍTULO 10..... 80

A VISITA AO ESTABELECIMENTO DE VENDA DE AÇAÍ COMO ESTRATÉGIA DE APRENDIZADO SOBRE A PREVENÇÃO DA DOENÇA DE CHAGAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paola Bitar de Mesquita Abinader
Artur Gabriel de Lima Filgueira
Gabriel de Siqueira Mendes Lauria
Jesiel Menezes Cordeiro Junior
Júlio César Soares Lorenzoni
Sérgio Beltrão de Andrade Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090810>

CAPÍTULO 11 85

CUTIA (*Dasyprocta Prymnolopha*) COMO MODELO POTENCIAL PARA ESTUDOS EM DERMATOLOGIA HUMANA E VETERINÁRIA

Yago Gabriel da Silva Barbosa
Hermínio José da Rocha Neto
Napoleão Martins Argolo Neto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090811>

CAPÍTULO 12..... 88

DESTRIDAMENTO BIOLÓGICO: O USO DA TERAPIA LARVAL EM FERIDAS COMPLEXAS

Roseli de Abreu Arantes de Mello
Aline de Miranda Espinosa
Cláudio José de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090812>

CAPÍTULO 13..... 100

EFEITO DO TADALAFIL SOBRE O COMPORTAMENTO E A NEUROINFLAMAÇÃO EM MODELO DE ENCEFALOPATIA DIABÉTICA EXPERIMENTAL

Ana Clara Santos Costa
Aline Moura Albuquerque
Brayan Marques da Costa
Débora Dantas Nucci Cerqueira
Gabriele Rodrigues Rangel

Hélio Monteiro da Silva Filho
Isabela Cristina de Farias Andrade
Julio Cesar Dias de Melo Silva
Stella Costa Batista de Souza
Sura Wanessa Santos Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090813>

CAPÍTULO 14..... 112

INTERAÇÃO ENTRE OZONIOTERAPIA E CAMPOS ELETROMAGNÉTICOS PULSADOS NO CONTROLE DO CRESCIMENTO DO TUMOR E NO GERENCIAMENTO DE SINTOMAS E DOR

João Francisco Pollo Gasparly
Fernanda Peron Gasparly
Eder Maiquel Simão
Rafael Concatto Beltrame
Gilberto Orenge de Oliveira
Marcos Sandro Ristow Ferreira
Fernando Sartori Thies
Italo Fernando Minello
Fernanda dos Santos de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090814>

CAPÍTULO 15..... 124

INVESTIGAÇÃO DA EXPRESSÃO DIFERENCIAL DE ADAMTS-13 EM CÂNCER DE CÓLON COMO BIOMARCADOR DIAGNÓSTICO

Eryclaudia Chrystian Brasileiro Agripino
Danillo Magalhães Xavier Assunção
Luiza Rayanna Amorim de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090815>

CAPÍTULO 16..... 137

NECROSE TECIDUAL COMO COMPLICAÇÃO DO PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO

Ana Carolline Oliveira Torres
Marcos Filipe Chaparoni de Freitas Silva
Luís Felipe Daher Gomes
Luiza Zamperlini Frigini
Raone Oliveira Coelho
Murilo Santos Guimarães
Renato Machado Porto
Isabela Marques de Farias
Mayara Cristina Siqueira Faria
Dirceu Santos Neto
Aline Barros Falcão de Almeida
Maria Vitória Almeida Moreira
Tatiane Silva Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090816>

CAPÍTULO 17..... 142

NEOPLASIA PROSTÁTICA E PET-CT PSMA-68GA: UM NOVO MÉTODO DE RASTREIO

Talita Mouro Martins

Danielle Gatti Tenis

Matheus da Silva Coelho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090817>

CAPÍTULO 18..... 147

O DESLOCAMENTO DA FEBRE AMARELA E A SUA CRESCENTE NAS REGIÕES SUL E SUDESTE DO BRASIL

Camila Noronha de Pinho

Gabriel de Siqueira Mendes Lauria

Maria Eduarda Martins Vergolino

Maria Helena Rodrigues de Mendonça

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090818>

CAPÍTULO 19..... 152

O RISCO DA RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA NO DESENVOLVIMENTO DO MELANOMA CUTÂNEO

Alessandro Cardoso Rodrigues

Jennifer da Fonseca Oliveira

Késsia Alvenice Monteiro Chaves

Wellerson Mateus Nunes do Amaral

Wlarilene Araújo da Silva

Laine Celestino Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090819>

CAPÍTULO 20..... 159

PARTES VEGETAIS FOCADAS EM ESTUDOS ANTICÂNCER SOBRE ESPÉCIES MAIS INDICADAS NO SUDOESTE DE MATO GROSSO, BRASIL

Arno Rieder

Fabiana Aparecida Caldart Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090820>

CAPÍTULO 21..... 178

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Nicolly Gabrielly Brito Nascimento

Angelica Carvalho Santos

Halley Ferraro Oliveira

Maria Regina Domingues de Azevedo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090821>

CAPÍTULO 22..... 188

QUEIMADURAS: ABORDAGEM SISTÊMICA SOBRE O MANEJO EM CIRURGIA

PLÁSTICA

Marcos Filipe Chaparoni de Freitas Silva
Ana Carolline Oliveira Torres
Gabriel Lima Brandão Monteiro
Luís Felipe Daher Gomes
Luiza Zamperlini Frigini
Raone Oliveira Coelho
Murilo Santos Guimarães
Renato Machado Porto
Isabela Marques de Farias
Bárbara Helena dos Santos Neves
Bianca Kuhne Andrade Cidin
Natalia Martire

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090822>

CAPÍTULO 23..... 196

REAÇÃO IMUNOLÓGICA NA CIRROSE ALCOÓLICA

Marco Antônio Camardella da Silveira Júnior
Vinicius José de Melo Sousa
Karolinne Kassia Silva Barbosa
Amanda Maria Neiva dos Santos
João Henrique Piauilino Rosal
Ronnyel Wanderson Soares Pacheco
Maria Luiza da Silva Bertoldo
Taicy Ribeiro Fideles Rocha
Milena Barbosa Feitosa de Sousa Leão
Luan Kelves Miranda de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090823>

CAPÍTULO 24..... 200

REPERCUSSÕES NUTRICIONAIS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA REVISÃO

Thalita Bandeira Dantas e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090824>

CAPÍTULO 25..... 205

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: SINTOMAS, TRATAMENTO E CUIDADOS FARMACÊUTICOS

Thiago Araújo Pereira
Karin Anne Margaridi Gonçalves
Luciana Moreira Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090825>

CAPÍTULO 26..... 226

TERAPIA BIOLÓGICA NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Ana Carolina Betto Castro
Lorrana Alves Medeiros

Luís Eduardo Pereira Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090826>

CAPÍTULO 27.....232

**USO INADEQUADO DE ANTIBIÓTICOS: MODIFICAÇÃO DA MICROBIOTA RESIDENTE
E A SELEÇÃO DE BACTÉRIAS RESISTENTES**

Murilo Andrade Nantes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.60321090827>

SOBRE A ORGANIZADORA.....242

ÍNDICE REMISSIVO.....243

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: SINTOMAS, TRATAMENTO E CUIDADOS FARMACÊUTICOS

Data de aceite: 02/08/2021

Thiago Araújo Pereira

Graduado no Curso de Farmácia pela Universidade Regional de Gurupi (UnirG) Gurupi-TO

Karin Anne Margaridi Gonçalves

M.e. em Gestão e Desenvolvimento Regional pela Universidade de Taubaté (UNITAU)

Luciana Moreira Sousa

M.e. em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Tocantins (UFT)

RESUMO: A síndrome de Guillain-Barré é uma neuropatia periférica progressiva autoimune, que afeta os músculos do organismo humano. Esta doença é uma síndrome que se manifesta rapidamente, de causa desconhecida, envolvendo os nervos cranianos, espinhais e periféricos. O objetivo geral deste trabalho é transcorrer a Síndrome de Guillain-Barré, buscando desenvolver um estudo das doenças que são acometidos aos pacientes por esta, com ênfase em sinais e sintomas. Esta síndrome sobrevém tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino, porém com maior predominância nos homens com faixa etária dentre os 20 a 30 anos. É acometida por uma doença imunomediada, que foi retratada pela primeira vez em 1916 por neurologistas franceses Guillain, Barré e Strohl, resultado este que se deu na produção de autoanticorpos com reação cruzada com os epítomos dos nervos e raízes

nervosas. A realização deste estudo permitiu ampliar uma visão múltipla sobre os fatores que predominam a síndrome de Guillain-Barré e a compreensão de algumas das dificuldades e limitações vivenciadas pelos portadores desta.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Guillain-Barré, Doença, Diagnóstico.

ABSTRACT: Guillain-Barré syndrome is a progressive autoimmune peripheral neuropathy, which affects the muscles of the human body. This disease is a syndrome that manifests rapidly, of unknown cause, involving the cranial, spinal and peripheral nerves. The aim of this work is to spend the Guillain-Barré syndrome, seeking to develop a study of diseases that are affected by this to patients, with emphasis on signs and symptoms. This syndrome befalls both in males and in females, but with greater prevalence in men aged from 20 to 30 years. It is affected by an immune-mediated disease, which was portrayed by pri-meira time in 1916 by French neurologists Guillain, Barré and Strohl, a result that occurred during the production of autoantibodies to cross-react with epitopes of the nerves and nerve roots. This study allowed to expand a multiple view of the factors that predominate Guillain-Barré syndrome and understanding of some of the difficulties and limitations experienced by patients with this.

KEYWORDS: Guillain-Barré syndrome, Disease, Diagnosis.

LISTA DE ABREVIATURAS

SGB	Síndrome de Guillain Barré
AIDP	Polirradiculoneuropatia Desmielinizante Inflamatória Aguda
NASMA	Neuropatia Axonal Sensitivo – Motora Aguda
NAMA	Neuropatia Axonal Motora Aguda
SMF	Síndrome de Miller – Fisher
ADH	Hormônio Antidiurético
IGIV	Imunoglobulina Humana Intravenosa
TO	Tocantins
MS	Ministério da saúde
NEP/SESAU	Núcleo de Ética em Pesquisa da Secretária Estadual de Saúde
ZIKV	Zika vírus

1 | INTRODUÇÃO

A síndrome de Guillain Barré (SGB) é uma neuropatia periférica progressiva autoimune, que afeta os músculos do organismo humano. Esta síndrome é uma síndrome que se manifesta rapidamente, de causa desconhecida, envolvendo os nervos cranianos, espinhais e periféricos. Podendo ser acometida por inflamações e desmielinização dos nervos periféricos, possivelmente secundária ao processo mediado imunologicamente contra antígenos mielínicos (DOURADO, FREITAS, SANTOS, 1998; SOUZA, SOUZA, 2007).

Sua etiologia é, atualmente, passível de discussão, ainda que, existem evidências crescentes de mecanismos alérgicos e autoimunes em sua gênese. Os fatores desencadeantes desta lesão fisiopatológica são predominantes pela a infiltração multifocal da bainha de mielina por células inflamatórias mononucleares ou por uma destruição da bainha de mielina mediada por anticorpos autoimunes do próprio organismo (FERREIRA et al., 2002; NEVES et al., 2007).

A SGB se divide em quatro subtipos principais da doença que são: Polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda (AIDP), neuropatia axonal sensitivo – motora aguda (NASMA), neuropatia axonal motora aguda (NAMA) e Síndrome de Miller – Fisher (SMF) (SOUZA, SOUZA, 2007).

Na maioria dos casos de SGB observa-se o surgimento de sintomas neurológicos, presença de mal estar, febre, sintomas respiratórios ou gastrointestinais, no entanto, pode ocorrer presença de vômito, dor abdominal, anemia, insuficiência renal, perda de peso ou anorexia simultâneo à evolução da neuropatia. Devido os sintomas ser semelhantes à de outras patologias, o diagnóstico na SGB é baseado em características clínicas, e considerado arbitrário uma vez que ainda não há um marcador diagnóstico específico (ISHIBASHI et al., 2010).

Neste contexto, o trabalho tem como objetivo descrever a Síndrome de Guillain-Barré a partir de uma revisão de literatura, buscando desenvolver um estudo das doenças que são acometidos aos pacientes por esta, com ênfase em sinais e sintomas.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico

De acordo com Funes, Montero, Carranza (2002), a paralisia ascendente foi descrita há mais de um século por Waldrop em 1834 que relatou um caso de paciente com provável SGB.

Em 1859, Jean B.O. Landry um médico francês descreveu um distúrbio nos nervos periféricos que gerava, além da paralisia dos membros, a paralisia do pescoço e músculos respiratórios. Este distúrbio foi chamado, em 1876, paralisia ascendente de Landry (QUINTERO, BOZA, 1999; TAVARES et al., 2000).

No ano de 1916 Georges Guillain, J. A. Barre e A. Strohi relataram em soldados do exército francês uma síndrome similar à paralisia de Landry. Entretanto, a síndrome por eles descrita caracterizava-se por uma paralisia aguda com perda dos reflexos osteotendinosos, e esta foi a primeira vez em que foi relatada a ocorrência da dissociação albumino-citológica no líquido cefalorraquidiano de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré (JUJO, VILLALBA, CHACÓN 1999; QUINTERO, BOZA, 1999).

Na década de 50, diversos estudos patológicos foram feitos por franceses e alemães acerca dessa síndrome e estes revelaram a presença de um infiltrado inflamatório mononuclear nos nervos de pacientes falecidos por SGB, sendo o mesmo confirmado por Asbury e seus colaboradores em 1969, a partir de uma série de necropsias realizadas em falecidos por Síndrome de Guillain Barré (FUNES, MONTERO, CARRANZA, 2002).

Em 1964, a referida patologia em honra a seus investigadores recebe a denominação de Landry-Guillain-Barré-Strohi (FUNES, MONTERO, CARRANZA, 2002).

Em 1976 e 1977 ocorreu um incidente pós-vacinal de SGB nos Estados Unidos, fato que motivou a criação de critérios diagnósticos para a enfermidade. A segunda metade do século XX teve grande importância para a síndrome, pois a partir dela ocorreu tentativa de buscar esclarecer a etiopatogenia e tratamento dela. No entanto, essas tentativas têm tido pouco êxito, permanecendo arbitraria a definição da SGB, até que um marcador específico para o seu diagnóstico possa ser estabelecido (FUNES, MONTERO, CARRANZA, 2002).

SGB quanto a inflamação aguda adquirida leva à desmielinização dos nervos periféricos, consequentemente à fraqueza motora e alterações sensoriais. Sua causa ainda não foi identificada, no entanto se observa em parte dos pacientes, a relação com doenças agudas causadas por bactérias ou vírus. Entre os agentes infecciosos mais encontrados que precedem a Síndrome de Guillain Barré, temos os citomegalovirus, *Campylobacter*

jejuni, *Epstein-Barr* vírus (TUACEK et al., 2013).

A SGB se divide em quatro subtipos principais da doença que são: polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda (AIDP), neuropatia axonal sensitivo – motora aguda (NASMA), neuropatia axonal motora aguda (NAMA) e Síndrome de Miller – Fisher (SMF) (SOUZA, SOUZA, 2007).

2.2 Epidemiologia

Segundo estudos de Cecatto et al. (2003), a SGB acontece tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino, mais com maior predominância nos homens e tem como faixa etária de maior incidência os adultos e jovens entre os 20 a 30 anos. No entanto, 20% de todos os casos ocorrem em crianças com idade inferior a 10 anos.

Fonseca et al. (2004), realizou um estudo bibliográfico onde observou-se um maior predomínio da SGB nos pacientes do sexo masculino, na proporção de 10 para cada 5 mulheres e a idade entre 30 e 78 anos, tendo a idade média de 50,2 anos.

De acordo com Neves et al. (2007), o aumento da SGB em menores de 15 anos é de 0,46/100.000, ocorrendo na maioria dos casos entre as idade de 0 e 4 anos, com início da incidência na idade de 2 anos. E podendo ocorrer mortalidade em cerca de 5% dos casos, por insuficiência respiratória na fase aguda, porém a recuperação pode ser favorável para as crianças que sobrevivem a esta fase (FERREIRA et al., 2002).

Diversos estudos epidemiológicos da SGB, apontam uma incidência anual amplamente variável de 0.4 a 4 casos em cada 100.000 habitantes, mundialmente, com um aumento maior em homens que em mulheres. Em estudo retrospectivo, onde o qual foi realizado no hospital Santa Marcelina, de janeiro de 1995 a dezembro de 2002 apontou uma incidência anual de 0.6 casos/ 100.000 habitantes, na proporção de 1.4 homens para 1 mulher (ISHIBASHI et al., 2010).

Foi estimada uma incidência em 0,6 casos em cada 100.000 habitantes/ano de casos de SGB com estudos realizados no Brasil, sendo 95 pacientes internados em um hospital em São Paulo, no período de 1995 a 2002 (FERRARINI et al., 2011; PEREZ, 2011).

2.3 Patogenia

Os fatores preditivos da doença indicam sinais e sintomas que estão diretamente relacionados com o tempo decorrido entre o surgimento dos primeiros sintomas e a admissão hospitalar referida ao tempo inferior de sete dias e partir da presença de anticorpos (anti-GQ1b), indicando a síndrome desmielinizante a uma escala de Hughes, que avalia o grau de incapacidade do paciente (MAURICIO, ISHIBASHI, 2007).

A SGB é uma neuropatia periférica progressiva autoimune, que afeta os músculos do organismo humano. A SGB se caracteriza pela fraqueza ou paralisia que atingi mais de um membro em geral, é simétrica e associada à perda dos reflexos tendinosos e um aumento de proteína no líquido cefalorraquidiano. A SGB é uma síndrome que se manifesta

rapidamente, de causa desconhecida, envolvendo os nervos cranianos, espinhais e periféricos. O principal aspecto patológico da SGB é a desmielinização segmentar dos nervos periféricos, o que impede a transmissão normal dos impulsos elétricos ao longo das raízes nervosas sensoriomotoras (SOUZA, SOUZA, 2007).

Segundo Lastra, Heredero (2002), e definida como uma poli neuropatia aguda de ligeira progressão caracterizada por desmielinização dos nervos ou dano axonal primário.

A SGB apresenta uma natureza autoimune, com várias evidências tais como atividade de linfócitos T e B no líquido e elevação dos marcadores de ativação de macrófagos. Desta forma pode-se dizer que a SGB é o resultado de uma alta resposta contra o tecido nervoso, com inúmeros anticorpos que se dirigem a uma grande variedade de gangliosídeos que são glucolipídeos estruturais (GM1, GM2) (ISHIBASHI et al., 2010).

Segundo o Brasil (2009), a SGB é classificada em G61.0 Síndrome de Guillain Barré dentro da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (cid-10).

2.3.1 Classificação dos subtipos

Os subtipos da doença:

1º- Polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda (AIDP): é uma fraqueza muscular generalizada, ascendente, que se inicia atingindo os membros inferiores e depois os superiores. Cerca de 10% dos casos inicia atingindo os membros superiores. Alguns dos sintomas são arritmias cardíacas, hipertensão ou hipotensão, íleo paralítico e retenção urinária. A recuperação se dá de forma linear e pode levar de semanas a meses, mas menos de dois anos e de 4% a 15% dos pacientes vão a óbito (PEREZ, 2011).

2º - Neuropatia axonal sensitivo – motora aguda (NASMA): foi descrita como uma variante axonal da SGB do ponto de vista clínico e eletrofisiológico inicial é indistinguível da SGB. Da mesma maneira que a SGB, a doença se inicia com certas anormalidades sensitivas subjetivas nas extremidades e conseqüentemente tem a evolução mais rápida (poucos dias) da fraqueza generalizada, sendo necessária VM para a maioria dos pacientes. A predição da NASMA é pior do que o da SGB e a sendo que na maioria dos casos exibe recuperação motora lenta e quase sempre incompleta. Em adição ao padrão líquórico usual de hiperproteinorraquia sem pleocitose, também visto em pacientes com SGB, há indício de infecção recente por *Campylobacter jejuni* e presença de anticorpos antigangliosídeos, particularmente anti-GM1. Embora não existam ensaios clínicos randomizados e controlados específicos para esta variante, e devido à impossibilidade de diferenciação clínica (e eletrofisiológica, pelo menos na fase inicial) entre NASMA e SGB, ambas as situações são tratadas de forma semelhante (BRASIL, 2010).

3º - Neuropatia axonal motora aguda (NAMA): A NAMA é mais comum em crianças, é uma forma motora com lesão axonal, sem comprometimento da bainha de mielina. A

lesão axonal não é causada somente por processo degenerativo, mas também por um bloqueio de condução reversível nos nódulos de Ranvier, sendo assim, explica a rápida recuperação nestes pacientes. A eletroneuromiografia mostra uma diminuição no potencial de ação muscular, sem diminuição significativa na velocidade de condução nervosa. Ao contrário à AIDP, alguns pacientes apresentam hiperreflexia durante a fase de recuperação. O comprometimento autonômico é raro e brando. A recuperação de uma lesão axonal é mais lenta que a lesão desmielinizante, entretanto o tempo médio de recuperação é o mesmo, o que se deve aos casos de simples bloqueio de condução nos nódulos de Ranvier (ISHIBASHI et al., 2010).

4° - Síndrome de Miller – Fisher (SMF): Caracteriza-se pela tríade clássica: ataxia, oftalmoplegia, arreflexia, podendo, entretanto, haver sobreposição com outras formas (paralisia facial, fraqueza dos membros, paralisia bulbar etc). Sendo quase sempre associada a infecção precedente por *Campylobacter jejuni* e o vírus Zika. Descrita positividade para os anticorpos antiGQ1b em mais de 90% dos casos. Alguns casos há atingimento concomitante do tronco cerebral. Habitualmente tem bom prognóstico (SAMPAIO et al., 2011).

2.3.1.1 Casos Especiais

O Zika é um vírus proveniente da África, que é transmitido pelo *Aedes aegypti*, mesmo mosquito que transmite a dengue e o chikungunya. Os sintomas causados pelo Zika vírus (ZIKV) começam dias após a picada e são: febre baixa, dor nas articulações com possível inchaço, dor muscular, dor de cabeça e atrás dos olhos, erupções cutâneas, acompanhadas de coceira, podendo afetar o rosto, o tronco e alcançar membros periféricos, como mãos e pés. A relação do Zika vírus como um dos causadores da SGB é novidade no Brasil. O alerta surgiu em Recife capital do Pernambuco, com o aumento da incidência de casos após uma epidemia de ZIKV. As suspeitas da associação entre a infecção pelo ZIKV e a SGB surgiu na Polinésia, quando pesquisadores identificaram um aumento do número de casos de SGB logo após um surto de ZIKV. Segundo o pesquisador da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e responsável pela identificação da chegada do vírus no Brasil, Kleber Luz “a ligação da SGB com o ZIKV é notória”. O Ministério da Saúde informa que a relação da SGB com o ZIKV continua sendo investigado (CÁSSIA, 2015).

SGB em crianças: diagnósticos clínicos, laboratoriais e eletrofisiológicos nas crianças com SGB são iguais aos encontrados nos adultos. Mas, nesta população a prevalência de infecção é de 75% e a principal queixa mais frequente é a dor. A maioria das crianças com SGB tem recuperação satisfatória, mesmo com redução significativa da amplitude do potencial de neurocondução motora (Figura1). Embora a posologia mais frequente da IGIV seja de 0.4g/Kg por 5 dias, em crianças e utilizado 0.4g/Kg por 2 dias (BRASIL, 2009).



Figura 1. Incapacidade na realização dos movimentos de dorsiflexão e eversão.

Disponível:<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2007/RN%2015%2004/Pages%20form%20RN%2015%2004-15.pdf>.

2.4 Manifestações clínicas

Segundo Ishibashi et al. (2010), na grande maioria dos casos de SGB observa-se o aparecimento de sintomas neurológicos, presença de mal estar, febre, sintomas respiratórios ou gastrointestinais. No entanto, a presença de vômito, dor abdominal, anemia, insuficiência renal, febre, perda de peso ou anorexia simultâneo à evolução da neuropatia, recomenda-se um diagnóstico primário de doença sistêmica ou intoxicação com concomitante polineuropatia, mas excluem o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré.

De acordo com Goldman (2001), alguns dos sintomas da SGB 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 do hormônio antidiurético (ADH), intestino preso, desmaio, dificuldade para engolir e déficit de força distal.

A SGB em alguns casos se manifesta principalmente com fraqueza muscular ascendente e simétrica com ou sem distúrbios sensoriais e autonômicos. A fraqueza é mais frequente nos músculos proximais e os membros inferiores são mais afetados que os membros superiores. São frequentes as parestesias proximais, que aparecem, mas raramente atingem punhos ou tornozelos. Nos pés são relatadas sensações de formigamento. Os reflexos profundos são abolidos no decorrer de alguns dias. Este quadro

pode evoluir em poucas horas, dias ou semanas, e seu grau de acometimento pode variar de uma simples fraqueza de membros inferiores a um quadro de quadriplégica. O tempo de recuperação varia de semanas a meses (ISHIBASHI et al., 2010).

Conforme Tuacek et al. (2013), na fase aguda da SGB os sintomas mais comuns são: fraqueza muscular, paralisia, falta de sensibilidade, formigamento, dor que inicia em pernas e atinge todo o corpo e diminuição dos reflexos. A fraqueza em tronco e membros superiores pode atingir a musculatura relativa a respiração e levar a necessidade de ventilação mecânica. O envolvimento do sistema autonômico é frequente e pode causar retenção de urina, taquicardia, hipertensão, hipotensão postural e arritmia cardíaca. Outras complicações relacionado à fase aguda da SGB são insônia, formação de úlceras de pressão, dificuldade de comunicação, deficiência nutricional, imobilismo e trombose venosa.

De acordo com Beneti, Silva (2006), SGB é caracterizada clinicamente pelo formato típico a uma tríade que consiste em parestesias, debilidades ascendentes e arreflexias, sendo prosseguida em muitos casos por dores lombares de baixa complexidade e mialgias, avançando de forma rápida a hipotonia, falha respiratória e disautonomias, porém em até 80% dos casos podem ser diagnosticadas nas primeiras três semanas e sua recuperação incide em semanas e/ou meses. Portanto, cerca de 15% dos casos o protótipo clínico pode não ser advertido ao aparecimento de diversas formas atípicas da doença. Dentre outros, a SGB clássica consiste em paralisia motora aguda arreflexica ascendente sem maiores transtornos sensitivos.

A fraqueza muscular atinge cerca de 25% dos pacientes nas duas primeiras semanas de manifestação da doença, porém de 20 a 30% dos pacientes precisam de auxílio a ventilação artificial, 40% permanecem restritos ao leito, 20% necessitam de ajuda para caminhar, 10% podem andar normalmente e não pode correr e 10% apresentam apenas sintomas leves, tendo em mais de 90% dos casos a perda dos reflexos tendinosos (BENETI, SILVA, 2006; TORRES, 2010).

Estudos evidenciam que a falência respiratória e a dependência de ventilação mecânica estão profundamente relacionadas a maiores taxas de morbidade e mortalidade da doença. Cerca de 30% dos pacientes com SGB evoluem para a falência respiratória e precisam de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. A falência respiratória causada por esta doença neuromuscular é grave uma vez que se instala de forma insidiosa e silenciosa sem os devidos sinais clínicos. As terapias de cuidados intensivos e o ligeiro apoio ventilatório oferecido ao paciente, diminuem as complicações secundárias à falência respiratória. A intubação orotraqueal não deve ser retardada por qualquer razão, pois podem acometer quadros de atelectasias e broncoaspirações, e, a seguir, riscos de complicações secundárias a esta, como atelectasias, pneumonias, empiemas e pneumotórax, dentre outras (MAURICIO, ISHIBASHI, 2007).

2.5 Diagnóstico

Para o diagnóstico da SGB são realizados alguns exames que podem servir como auxílio no prognóstico da doença e devem estar associado a um conjunto de achados clínicos e laboratoriais. O exame de sangue, que incluem a “bioquímica básica, hemograma, CK (creatinafosfoquinase), VHS (velocidade de hemossedimentação), prova de função hepática e proteínas de fase aguda”. Estas podem ser observadas as enzimas hepáticas que se encontram elevadas no instante da admissão hospitalar, geralmente vindo a se regularizar durante as primeiras semanas (BENETI, SILVA 2006).

O autor ressalva também, os exames imunológicos realizado sobre a pesquisa sérica de anticorpos anti-gangliosídeo, podendo ser encontrado em cerca de 25% dos pacientes com anticorpo anti-gangliosídeo GM1, além disso, realizando pesquisas de anticorpos contra agentes patogênicos específicos. Durante o tratamento dependendo do caso podem ser realizados exames complementares, dependendo das condições do paciente e quando houver a necessidade, requer o eletrocardiograma, cultura de fezes, raio X de tórax dentre outros exames (BENETI, SILVA 2006).

O diagnóstico na SGB é baseado em características clínicas, é considerado arbitrário uma vez que ainda não há um marcador diagnóstico específico. As características que permitem um diagnóstico laboratorial e eletrofisiológico além dos clínicos (**quadro 1**).

Laboratorialmente, verifica-se aumento da proteína líquórica, sem pleocitose. Um exame de líquido normal nas primeiras 48hs não exclui o diagnóstico, mas ao final de uma semana o nível protéico deve estar elevado. Os picos de elevação protéica se dão de quatro a seis semanas do início dos sintomas, podendo tal fato ser dado ao processo inflamatório das raízes nervosas, com quebra da barreira hematoencefálica e transudato de proteínas do plasma para o líquido, levando assim à dissociação albumino-citológica (ISHIBASHI et al., 2010).

Os estudos eletrodiagnósticos revelam uma polineuropatia desmielinizante multifocal com degeneração axonal secundária; a eletroneuromiografia demonstra diminuição da velocidade de condução nervosa; alterações na eletromiografia são raras na fase inicial e as primeiras alterações são o recrutamento anormal das unidades motoras, os potenciais de desnervação ocorrendo normalmente após a terceira semana (ISHIBASHI et al., 2010).

Características necessárias para o diagnóstico:

- Debilidade motora progressiva em ambos os membros superiores e Inferiores;
- Arreflexia.

Características que apoiam fortemente o diagnóstico:

- Rápida progressão dos sinais e sintomas por até quatro semanas;
- Relativa simetria dos sintomas;
- Sinais e sintomas sensitivos leves;
- Sinais de envolvimento dos nervos craniais, especialmente fraqueza bilateral dos músculos faciais (ocorrem aproximadamente em 50% dos casos), da língua e da deglutição;
- Início da recuperação de duas a quatro semanas após o término da evolução;
- Disfunção autonômica – arritmias, alterações de pressão e sintomas vasomotores, quando presentes, apoiam fortemente o diagnóstico;
- Ausência de febre durante o surgimento dos sintomas neurológicos;
- Alta concentração de proteína líquórica na primeira semana do surgimento dos sintomas, com concentração celular menor que 10 células/mm³;
- Achados eletrofisiológicos como a diminuição na velocidade de condução nervosa ou bloqueio da mesma, quando presentes, apoiam fortemente o diagnóstico (aproximadamente 80% dos casos de SGB).
- **Características que excluem o diagnóstico:**
 - Diagnóstico de Botulismo, Miastenia, Poliomielite ou Neuropatia Tóxica;
 - Metabolismo anormal das porfirinas;
 - História recente de Difteria;
 - Síndrome sensorial, sem fraqueza muscular.

Quadro 1 - Critérios Diagnósticos para a Síndrome de Guillain-Barré segundo Asbury e Cornblath, 2010.

2.6 Tratamento

O tratamento da SGB consiste primeiramente em medidas adequadas de suporte médico e de imunomodulação. Para o autor estas condições de suporte ao tratamento são indispensáveis para se evitar complicações futuras. O uso de heparinas, a fim de impedir o tromboembolismo pulmonar; o suporte nutricional para garantir a capacidade imunológica e o desmame da ventilação mecânica; fisioterapia respiratória para impedir a atelectasias e pneumonias e o apoio psicológico ao paciente a fim de garantir sua total recuperação (BENETI, SILVA, 2006).

Conforme descreve Brasil (2010), os tratamentos da SGB estão divididos em duas etapas, primeiramente pela a antecipação e manejo das comorbidades associadas e

segundo pelo o tratamento da progressão dos sinais e sintomas que visa um menor tempo de recuperação e diminui o déficit motor do paciente.

Pacientes com SGB, no início necessitam serem internados no hospital para uma observação muito rigorosa. Melhores cuidados são tidos em centros terciários, com facilidades de cuidados intensivos e uma equipe de profissionais que estejam acostumados com as necessidades especiais destes pacientes (BRASIL, 2010).

Os profissionais responsáveis devem ficar atentos nas seguintes áreas que incluem prevenção de fenômenos tromboembólicos, avaliações seriadas de reserva ventilatória e de fraqueza orofaríngea, proteção de vias aéreas, monitorização cardíaca, manejo apropriado da função intestinal e da dor, nutrição e suporte psicológicos adequados. Nesta fase a fisioterapia motora deve ser iniciada com intuito de auxiliar na mobilização precoce. Desde a introdução dos tratamentos imunomoduladores não houve mudança na taxa de mortalidade (BRASIL, 2009).

A função do tratamento específico da SGB acelerar o processo de recuperação, diminuindo conseqüentemente as complicações associadas à fase aguda da síndrome e os déficit neurológicos residuais a longo prazo para a correta indicação do tratamento, faz-se necessária a determinação da gravidade clínica proposta por Hughes e Cols sendo considerada doença leve de 0-2 e moderada-grave de 3-6, de acordo com **Tabela 1** (BRASIL, 2010).

0 – Saudável
1 - Sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de realizar tarefas manuais
2 - Apto a caminhar sem auxílio da bengala, mas incapaz de realizar tarefas manuais
3 - Capaz de caminhar somente com bengala ou suporte
4 - Confinado a cama ou cadeira de rodas
5 - Necessita de ventilação assistida
6 – Morte

Tabela 1: Determinação da gravidade clínica, segundo BRASIL, 2010.

2.6.1 *Glicocorticoides*

O uso de glicocorticoides no tratamento da SGB ainda não é indicado, baseado na literatura disponível até o momento (BRASIL, 2009).

2.6.2 *Imunoglobulina humana*

A imunoglobulina humana intravenosa (IGIV) vem sendo um tratamento bastante usado na maioria dos países, apesar de o mecanismo de ação ser pouco entendido. Sua eficácia e de curto e longo prazos é similar à da plasmaférese, evitando complicações

inerentes à segunda modalidade (hipotensão, necessidade de cateter venoso, trombofilia). A imunoglobulina humana se apresenta em frascos-ampola de 0,5; 1,0; 2,5, 3,0; 5,0 e 6,0g (BRASIL, 2010).

Deve ser administrada por 5 dias, caso haja qualquer evidência de perda da função renal e anafilaxia deve ser interrompida. Essa terapia traz benefícios esperados com o tratamento que é:

- Diminuição do tempo de recuperação da capacidade de deambular com ajuda e sem ajuda;
- Diminuição do número de pacientes com complicações associadas;
- Diminuição do tempo de ventilação mecânica;
- Aumento na porcentagem de pacientes com recuperação total da força muscular em 1 ano e diminuição da mortalidade em 1 ano.

Deve-se fazer uma avaliação prévia da função renal, em pacientes diabéticos; hidratação prévia, ficar atento e ter o controle de sinais clínicos para anafilaxia e efeitos adversos a medicação, tais como dor moderada no peito, no quadril ou nas costas, náuseas e vômitos, calafrios, febre, mal-estar, fadiga, sensação de fraqueza ou leve tontura, cefaleia, urticária, eritema, tensão do tórax e dispneia entre outros (BRASIL, 2010).

Os pacientes devem ser reavaliado na primeira semana e um ano após a administração do tratamento, através da escala de gravidade clínica na SGB (BRASIL, 2010).

É obrigatório alerta e esclarecer ao paciente, ou de seu responsável legal, dos possíveis riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionados ao uso do medicamento preconizado neste protocolo, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade. Recomenda-se o uso da IGIV em todos os pacientes que apresentam diagnósticos estabelecidos de SGB em estágio moderado-grave, conforme Figura 2 abaixo (BRASIL, 2010).

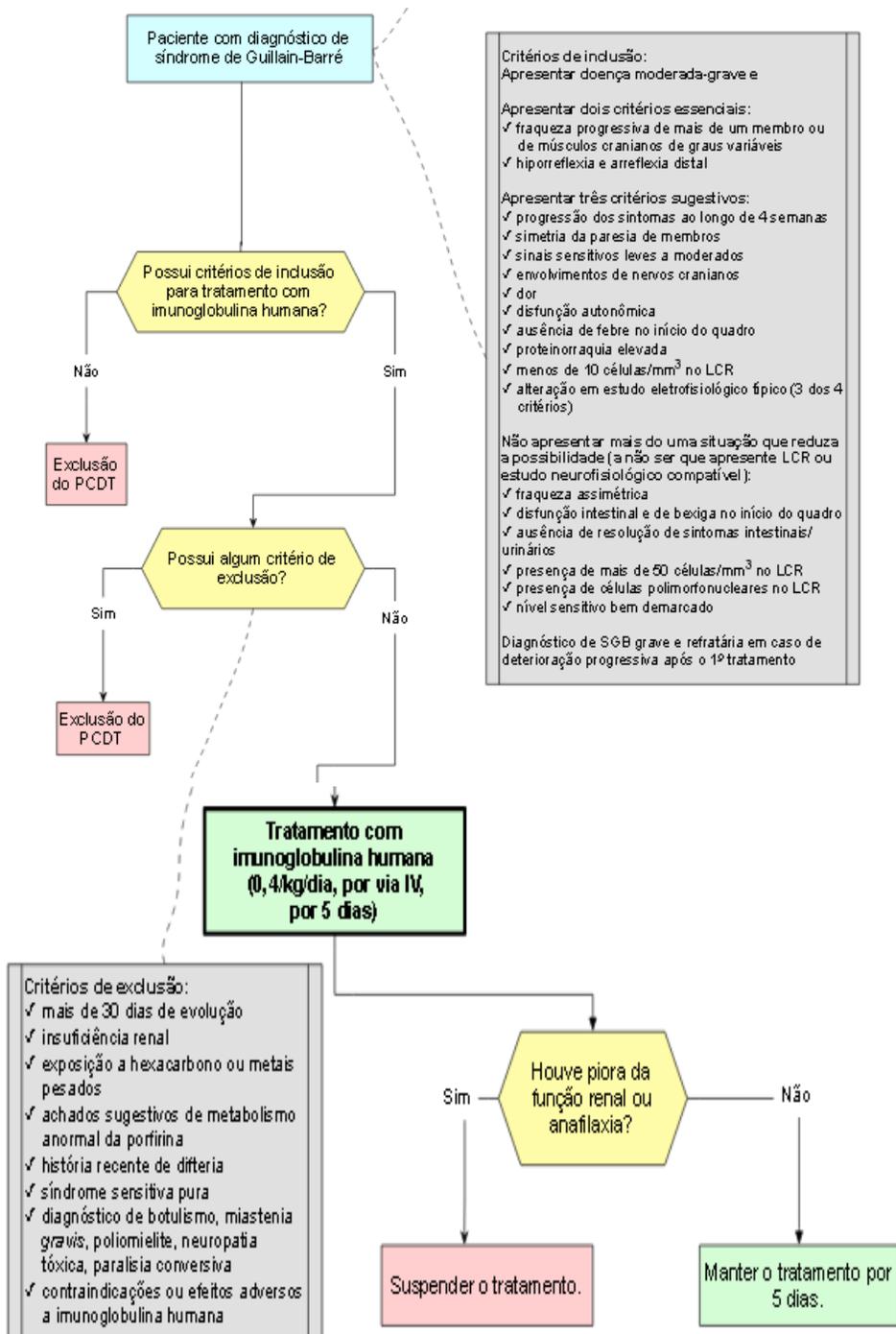


Figura 2. Fluxograma de tratamento da Síndrome de Guillain-Barré (BRASIL, 2010).

2.6.3 Plasmaferese

Plasmaferese também é um tratamento aceito para a SGB há pelo menos 20 anos. Apresenta benefício comprovado durante as primeiras quatro semanas sendo que é maior o benefício, quanto mais cedo e oferecido o tratamento (ISHIBASHI et al., 2010).

Esquema de utilização do tratamento: nos casos leves, duas sessões; casos moderado-graves, de duas a seis sessões o volume de plasma removido por sessão deve ser de 200-250ml/kg a cada 48 horas (BRASIL, 2009).

2.7 Cuidados Farmacêuticos

A profissão farmacêutica vem sofrendo transformações ao longo do tempo. Essas transformações foram desencadeadas pelo desenvolvimento da indústria farmacêutica, aliada à padronização de formulações para a produção de medicamentos (FREITAS et al., 2002).

Dentro deste novo contexto da prática farmacêutica, no qual a preocupação com o bem estar do paciente passa a ser a viga nessas ações, o farmacêutico assume papel fundamental, somando seus esforços juntamente com os outros profissionais de saúde e aos da comunidade para a promoção da saúde.

Segundo Vieira (2007), identificaram categorias de iniciativas que podem ser implantadas pelos farmacêuticos para a melhoria do estado de saúde da comunidade:

- Acompanhamento e educação para o paciente;
- Avaliação dos seus fatores de risco;
- Prevenção da saúde;

As atribuições clínicas do farmacêutico hoje, é uma das mais forte forças compõem o arsenal de recursos de que o homem dispõe para promover a saúde física e mental da humanidade. Essas atribuições já se consolidaram grande parte dos países de Primeiro Mundo.

No Brasil, um pouco tardio, ressalte-se da revolução mundial que elas desencadearam ganham novos contornos e vêm gerando uma onda de ações praticadas, graças ao desprendimento individual de farmacêuticos, em suas farmácias e drogarias, ora em cuidados prestados dentro das equipes multiprofissionais, em estabelecimentos públicos, seguindo protocolos elaborados por órgão de saúde (BRASIL, 2014).

Surgiu a farmácia clínica, abrindo horizontes e consolidando no País, onde o farmacêutico aproxima - se do paciente por meio dos seus cuidados. Esta especialidade solidifica-se como a pedra angular do processo de fortalecimento da autoridade técnica do profissional. E mais ela poderá assumir posição estratégica na guinada histórica tão aguardada na saúde pública brasileira, além de gerar significativa economia para os cofres dos sistemas público e privado de saúde (BRANDÃO, 2014).

As políticas adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) no controle da SGB, têm por

objetivo a unificação do nível central nacional, padronização de regimes terapêuticos, descentralização das ações e a redução dos leitos hospitalares.

Com isso o MS, estabelece parâmetros sobre a SGB no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença (BRASIL, 2009). E Guia de orientação de medicamento recebido pelo SUS. Onde seguindo tais orientações terá um bom benefício em seu tratamento. Onde o profissional farmacêutico é responsável pela dispensação e orientação farmacêutica junto ao paciente por meio dos termos de referências (BRASIL, 2010).

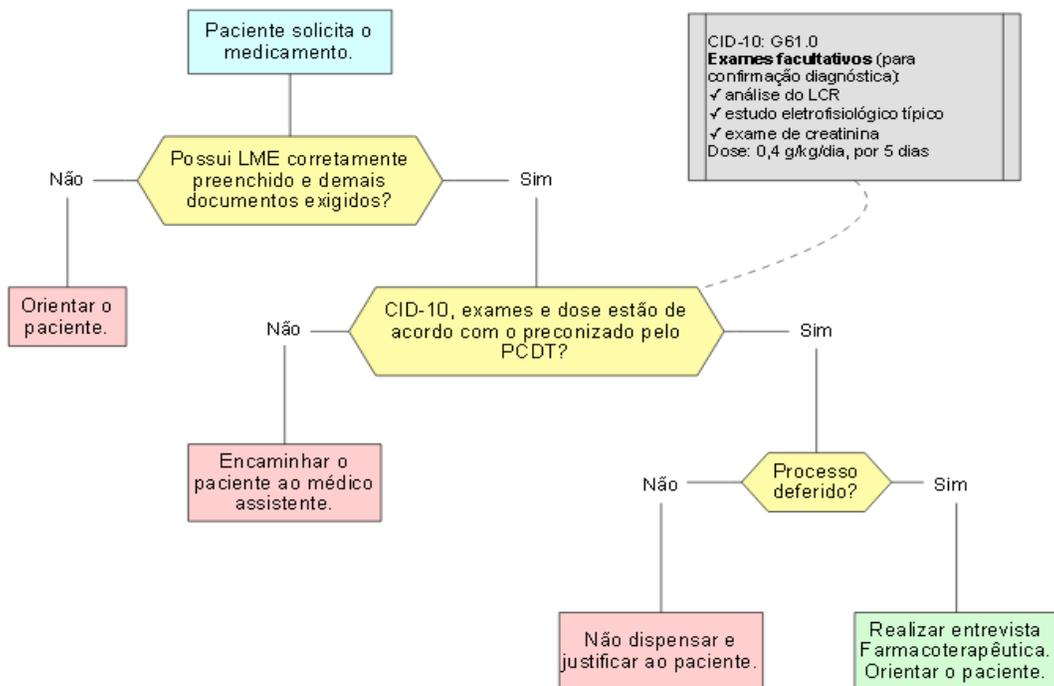


Figura 3. Fluxograma de dispensação de imunoglobulina Humana síndrome de Guillain Barré (BRASIL, 2010).

3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma revisão de análise bibliográfica de caráter qualitativo, com o objetivo de retratar a Síndrome de Guillain-Barré.

De acordo com Minayo, Sanches (1993),

O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular está articulação. O método tem, pois, uma função fundamental: além do seu papel instrumental, é a própria alma do conteúdo. Quanto mais complexo é o

fenômeno sob investigação, maior deverá ser o esforço para se chegar a uma quantificação adequada.

3.2 Amostras

Para a realização e caracterização deste trabalho foram utilizados 31 artigos que melhor adequou-se ao tema e descritos na língua portuguesa. As buscas foram feitas por meio eletrônico, em bases de dados MEDLINE (Medlars Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e SCIELO (The Scientific Electronic Library Online) e PUBMED, a fim de identificar os artigos científicos indexados e publicados dentre os anos de 1993 a 2015.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram selecionados para este trabalho estudos clínicos, prospectivos e retrospectivos, que evidenciaram a Síndrome de Guillain-Barré, e que retrataram assuntos pertinentes tais como; tratamento, diagnóstico e possíveis causas da doença. Por se tratar de um tema ainda pouco discutido, foram revisados e transcritos todos os artigos encontrados em língua portuguesa. As palavras chave utilizadas para as buscas foram a Síndrome de Guillain-Barré, doença e diagnóstico.

3.3.2 Critérios de exclusão

Todos assuntos de trabalhos científicos divulgados em outras formatações, configurados com tipos inadequados a revisão literária, com deficiência na descrição metodológica, principalmente no que se referem o objetivo, métodos, resultados e artigos descritos em outra língua.

4 | DISCUSSÃO

A SGB é uma doença imunomediada, que foi retratada pela primeira vez em 1916 por neurologistas franceses Guillain, Barré e Strohl, resultado este que se deu na produção de autoanticorpos com reação cruzada com os epítomos dos nervos e raízes nervosas, o que pode levar à desmielinização e ao agravo axonal. Está, geralmente é precedida por ocorrências de doenças virais ou bacterianas, localizadas na respiratória e/ou gastrointestinal com ênfase para as infecções ocasionadas pelo *Campylobacter jejuni*. Dentre outros agentes estão descritos os vírus Epstein-Barr, citomegalovírus, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumonia* e *Borrelia burgdorferi* (FERREIRA et al., 2002; FERRARINI et al., 2011; TORO et al., 2014).

A SGB é considerada uma doença em forma de polineuropatia inflamatória aguda,

e pode se hospedar rapidamente no organismo, ocasionando fraqueza com progressão ascendente e, em alguns casos, com perda de sensibilidade. Os sinais e sintomas chegam a um platô desenvolvido dentre duas a quatro semanas com diminuição descendente em até oito semanas. Para que ocorra um tratamento eficaz, faz-se necessário um diagnóstico precoce a fim de se evitar complicações futuras (PONTES, HENRIQUES, SOUZA, 2013).

O autor descreve que a SGB, demanda por muitas vezes de um diagnóstico preciso e amplo. A necessidade de realizar diversos exames complementares antes mesmo de afirmar um diagnóstico final, o que poderia muitas vezes se evitar por um alto índice de suspeita nesse tipo de apresentação atípica e logo, indicar como a doença. Este diagnóstico inclui todas as doenças ou distúrbios que podem causar os mesmos sinais e sintomas, ou seja, paralisia flácida aguda, incluindo as meningoencefalite, encefalomielite disseminada aguda, poliomielite, mielite transversa, botulismo, dentre outros (TORO et al., 2014).

Porém, de acordo com Toro et al. (2014), a SGB apresenta uma situação assimétrica ainda que, menos comum e além disso foram relatados alguns casos de desordem sensorial motor que se comportaram assimetricamente.

A síndrome de Guillain-Barré é retratada por uma inflamação e desmielinização dos nervos periféricos, possivelmente secundária aos processos inflamatórios, mediado imunologicamente contra antígenos mielínicos. Seu diagnóstico é clínico, amparado por exames complementares de líquido e eletroneuromiografia. Trata-se de doença monofásica e raramente reincidente. Sua terapêutica será de suporte e de vigilância inicial, norma para todos os pacientes que precede com esta patologia, visto que, a insuficiência respiratória é a maior determinante para a mortalidade (DOURADO, FREITAS, SANTOS, 1998; FERREIRA et al., 2002).

Conforme descreve Ferreira et al., (2002), “são frequentes a arreflexia e o atingimento de vários pares cranianos; a disautonomia é mais rara, mas também está descrita e é caracterizada por hipotensão” chegando a atingir por muitas vezes a hipertensão e as disritmias de vária ordem, levando em 5% dos casos a paradas cardíacas.

Ainda em estudos Ishibaschi et al. (2010), considera que o comprometimento autonômico, apesar que habitualmente benigno, sobrevém em média de 65% dos pacientes com SGB, que constantemente precisam de monitoramento e, logo, admissão em unidade de terapia intensiva.

O tratamento pode ser introduzindo por duas formas, pela a plasmaferese e a imunoglobulinas humanas endovenosas. Estes estudos demonstraram em alguns casos melhora, porém, seguida de piora clínica após duas etapas de IgEV em altas doses (DOURADO, FREITAS, SANTOS, 1998).

Durante anos de estudo foi constatado que o aumento da incidência da SGB, postulado nos últimos anos, comprova uma melhoria na intensidade diagnostica e mais do que um real aumento do número de casos. Entende-se, que o sexo masculino é o mais acometido, podendo ocorrer em todas as idades, com um primeiro pico no final

da adolescência e início da idade adulta, que acontece com um aumento do risco de infecção pelo Vírus Citomegálico e *Campylobacter jejuni*, e o segundo pico na terceira idade, elucidada pela falência dos mecanismos imunossupressores do próprio organismo (Fonseca et al., 2004).

O processo de reabilitação do paciente deve dar início inicialmente para se evitar a tromboflebite “com mobilização e utilização de ligaduras elásticas” e defeitos nas articulações “usando chaves e talas”. Em associação, estimular ativamente os músculos para prevenir e/ou reduzir o grau de atrofia muscular. A fisioterapia respiratória é de grande relevância, principalmente em crianças que ainda não estão ligadas a ventilação mecânica. A fisioterapia motora visa especialmente diminuir a gravidade da atrofia muscular, que ocorre quando o resultado da paralisia é prolongada. Geralmente, ela deve ser mantida por vários meses ou anos, nos casos mais graves, atendendo o objetivo de ajudar a restaurar completamente a função motora do paciente (TORRICELLI, 2009).

5 | CONCLUSÃO

No entanto, a realização deste estudo permitiu ampliar uma visão múltipla sobre os fatores que predominam a SGB e a compreensão de algumas das dificuldades e limitações vivenciadas pelos portadores desta. A SGB é uma patologia neural, e após delinear algumas características desta síndrome foi possível analisar suas complicações, com o intuito de demonstrar a relevância dos profissionais de saúde no cuidado com estes pacientes.

Conclui-se, que a SGB é uma patologia autoimune, de causa ainda não tão elucidada, porém, há fortes indícios que a mesma esteja relacionada com a existência de um processo infeccioso, ou seja, de origem viral ou bacteriana, sendo que estudos demonstram associação com a bactéria *Campylobacter jejuni*, podendo também estar correlacionada com os processos não infecciosos.

Contudo, a síndrome ainda é uma patologia incomum, tendo em vista ser de baixa incidência, porém é uma doença que sobrevém mundialmente e de causas multifatoriais. Os fatores incidentes da doença dependem essencialmente de estudos mais detalhados a fim de minimizar as comorbidades acometidos aos pacientes.

REFERÊNCIAS

BENETI, G. M.; SILVA, D. L. D. Síndrome de Guillain-Barré. **Semina: Ciências Biológicas e Saúde**, v. 27, n. 1, p. 57-69, 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/view/3529/2856>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRANDÃO A.; **Atribuições clínicas do farmacêutico**. Phamacia brasileira. n. 88 Janeiro/Fevereiro/Março 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 497**. Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições. 22 de dezembro de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Secretaria de atenção à saúde departamento de atenção especializada. Volume I. p. 545-562, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p.

CÁSSIA M. R.; Relação entre Zika vírus, Síndrome de Guillain-Barré e microcefalia. **Humberto Abrão Laboratório**, p.1 2015. Disponível em: http://www.humbertoabrao.com.br/wp-content/uploads/2015/12/Zika_Guillain-Barre_Microcefalia.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

CECATTO, S. B. et al., Síndrome de Guillain-Barré como complicação de amigdalite aguda. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 69, n. 4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992003000400020>. Acesso em: 03 de setembro de 2015.

DOURADO, M. E.; FREITAS, M. L.; SANTOS, F. M. Síndrome de Guillain-Barré com flutuações relacionadas ao tratamento com imunoglobulina humana endovenosa. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 56, n. 3-A, p. 476-479, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3A/1810.pdf>. Acesso em: 11 maio de 2015.

FERRARINI, M. A. G. et al., Síndrome de Guillain-Barré em associação temporal com a vacina influenza A. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 4, p. 685-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/33.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

FERREIRA, A. R. et al., Síndrome de Guillain-Barré e Hipertermia Maligna: Uma Nova Associação? **Acta Pediatr. Port.**, v. 33, n. 6, p. 449-56, 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/5226-13370-1-SM.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

FONSECA, T. et al., Síndrome de Guillain-Barré. **Revista Acta Médica Portuguesa**, n. 17, p. 119-122, 2004. Disponível em: <http://64.233.179.104/search?q=cache:GGR9cAGJwowJ:www.ordemosmedicos.pt/ie/institucional/pu_blicacoes/ACTA/22004/119122%2520Sindroma%2520GuillainBarri.pdf+guillain+barre&hl=pt-BR>. Acesso em: 18 de setembro de 2015.

FREITAS, O. et al., O farmacêutico e a farmácia: Uma análise retrospectiva e prospectiva. **Rev. Pharm. Bras.**, v. 30, n. p. 85-87, 2002.

FUNES, J. A. A.; MONTERO, V. A. M.; CARRANZA, E. M. Síndrome de Guillain-Barré: Etiologia y Patogénesis. **Revista de Investigación Clínica**, México, v. 54, n. 4, p. 357-363, 2002. Disponível em: <http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003483762002000400011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 03 agosto de 2015.

GOLDMAN B. **Tratado de Medicina Interna**, 21 ed, v 2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ISHIBASHI, R. A. S. et al., Fatores preditivos para a falência respiratória na síndrome de Guillain-Barré. **Rev Neurocienc**; v. 18 n. 1, p. 87-94, 2010.

JUYO, A. E.; VILLALBA, F. C. T.; CHACÓN, E. P. Características Clínicas del Síndrome Guillain-Barré en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Cartagena. **Pediatría. Órgano Oficial de la Sociedad Colombiana de Pediatría**, v. 34, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.encolombia.com/caracteristicas_resultado_pediatria34-1.htm>. Acesso em: 12 agosto de 2015.

LASTRA, A. F.; HEREDERO, J. B. Rehabilitación: Protocolo de Manejo de Guillain- Barré. **Revista Eletrônica Perineuro Neurofisiologia Clínica**, Espanha, 2002. Disponível em: <<http://www.neurofisiologia.org/docsdgb.phptml>>. Acesso em: 12 agosto de 2015.

MAURICIO, K. C.; ISHIBASHI, R. A. S. Fatores Preditivos para a má Evolução Respiratória na Síndrome de Guillain-Barré Uma Revisão da Literatura. 2007. 43f. Monografia (Especialista em Intervenção Fisioterapêutica nas Doenças Neuromusculares) – Universidade Federal de São Paulo. 2007 .

MINAYO, M. C. S. SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993. Disponível em: http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/quantitativo_qualitativo_oposicao_ou_complementariedade.pdf. Acesso em: 11 de maio de 2016.

NEVES, M.A.O. et al., Síndrome de Guillain-Barré na infância: relato de caso. **Rev Neurocienc**, v. 15 n. 7 p. 329-333, 2007.

PEREZ, S. **Fator Neurotrófico Ciliar a Interleucina-6 na Síndrome de Guillain Barré**. 2011. 49f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina, São Paulo, 2011.

PONTES, M. G. A.; HENRIQUES, A. H. B.; SOUZA, M. I. L. Síndrome de Guillain-Barré em paciente transplantada de medula óssea: relato de caso. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 3, p. 32-9, 2013. Disponível em: http://www.facene.com.br/wpcontent/uploads/2010/11/4S%C3%ADndrome_de_Guillain-em-paciente-transplantada-de-medula-%C3%B3ssea_editado.pdf. Acesso em: 11 de maio de 2016.

QUINTERO, T.; BOZA, R. Síndrome de Guillain-Barré: análisis de 36 pacientes. **Revista Costarricense de Ciências Médicas**, San José, v. 20, n. 3- 4, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S025329481999000200008&script=sci_arttext&ting=es>. Acesso em: 18 agosto de 2015.

SAMAPIO, M. J. et al., Síndrome de Guillain Barré em idade pediátrica: Protocolo de atuação. **Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa Pediátrica** v. 42, n. 1, p. 33-42, Lisboa, 2011.

SOUZA A. V.; SOUZA M. A. F.; Síndrome de Guillain - Barré Sob os Cuidados de Enfermagem. **Rev. Meio Amb. Saúde**; v. 2, n. 1, p. 89-102, 2007.

TAVARES, A. C. et al., Síndrome de Guillain-Barré: Revisão de Literatura. **Cadernos Brasileiros de Medicina**, v. 13, n. 1, 2, 3 e 4, 2000. Disponível em: <<http://www.unirio.br/ccbs/revista/caderno%20brasileiro?sindguil.htm>>. Acesso em: 18 agosto de 2015.

TORO, J. A. R. et al., Síndrome de Guillain-Barré: Variant motora aguda (assimétrica) após a vacinação em uma criança. **Arch Venez Puer Ped, Caracas**, v. 77, n. 2, p. 75-78, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000406492014000200005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio de 2015.

TORRES, V. F. Níveis Séricos e Liquóricos da Proteína S100B, Enolase Específica do Neurônio e Neurotofina na Síndrome de Guillain-Barré. 2010. 58f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

TORRICELLI, R. E. Guillain Barré em pediatria. **Medicina (B Aires)**, Buenos Aires, v. 69, n. 1 suppl.1, p. 84-91, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000200010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 de maio de 2016. TUACEK, T.A. et al., Neuropatias - Síndrome de Guillain-Barré: reabilitação. **Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação**, v. 20, n. 2, p. 89- 95, 2013.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/20.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

ÍNDICE REMISSIVO

B

Biomarcador diagnóstico 124, 135

C

Campos eletromagnéticos pulsados 112, 114, 117

Câncer de cólon 124, 126, 127, 134, 168

Cirrose alcoólica 196

Cirurgia bariátrica 200

Covid-19 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57

D

Deficiência auditiva 71, 72, 73, 76, 77, 78, 79

Desbridamento biológico 88, 89

doença de Chagas 84

Doença de Chagas 80, 81, 82, 83, 84

Doenças crônicas não transmissíveis 43, 47, 49, 178, 179, 181, 185, 186

Doenças inflamatórias intestinais 226, 227, 229, 230, 231

E

Efeito do tadalafil 100, 101, 108, 109

Encefalopatia diabética experimental 100, 103

Estudos anticâncer 159, 163, 171

Estudos em dermatologia humana 85

Expressão diferencial de ADAMTS-13 124

F

Febre amarela 147, 148, 149, 150, 151

Feridas complexas 88, 90, 93, 95, 97, 98

H

Homeopatia 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19

L

Laserterapia 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

M

Melanoma cutâneo 152, 153, 154, 155, 156, 157

Microbiota residente 232, 234, 235, 236, 237, 238

N

Necrose tecidual 137, 138, 139, 140

Neoplasia prostática 142

Neuroinflamação 100, 101, 103, 110

O

Odontologia hospitalar 20, 21, 24

Ozonioterapia 112, 113, 114, 116, 117, 120

P

Pandemia 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 28, 29, 30, 43, 46, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56

Posição prona em pacientes com Covid-19 32

Preenchimento com ácido hialurônico 137, 139

Prevenção da pneumonia 66, 69, 70

Q

Qualidade de vida 25, 80, 81, 96, 148, 178, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 229

Queimaduras 152, 153, 157, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195

R

Radiação ultravioleta 152, 154, 155, 156

S

Sars-cov-2 29, 41, 42

Síndrome de Guillain-Barré 205, 207, 211, 214, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 225

Síndrome gripal 41, 42, 43, 44

T

Terapia larval 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99

U

Uso inadequado de antibióticos 232



As ciências da saúde desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras **3**

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021



As ciências da saúde desafiando o *status quo*:

Construir habilidades para vencer barreiras **3**

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021