

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: CONHECIMENTO DE MÉDICOS DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UMA CIDADE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME: KNOWLEDGE OF EMERGENCY AND EMERGENCY SERVICES PHYSICIANS OF A CITY OF THE ALTO SERTÃO PARAIBANO

Ulisses Ferreira de Farias¹
Oswaldo Rui Dias Martins Filho²
Ana Valéria de Sousa Tavares³
Paulo Antônio Farias Lucena⁴
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁵

Introdução: O profissional médico é o principal agente responsável por investigar e buscar diagnósticos acertados para as mais diversas afecções presentes na sociedade atual. Contudo, mesmo com objetivos bem definidos, ainda há grande dificuldade desses profissionais diante do exercício de suas funções, em particular o diagnóstico acertado de variadas doenças para assim tratar adequadamente dentro de serviços de emergência. Relacionado a isso, temos a Síndrome de Guillain-Barré (SGB), que é uma polineuropatia inflamatória desmielinizante aguda e imunomediada. Assim, fica clara a importância de um estudo aprofundado sobre o tema, bem como analisar o conhecimento dos profissionais médicos dos serviços de urgência e emergência diante da síndrome. **Objetivos:** O objetivo desse trabalho foi verificar o conhecimento de médicos desses serviços na cidade de Cajazeiras acerca da temática nos tocantes da definição, tratamento, diagnóstico, subtipos e

¹ Autor. Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - PB. Email: ulisses.farias@gmail.com.

² Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas, Paraíba. Especializado em Radiologia Médica e Pós graduando em Medicina do Trabalho. Associado ao Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Membro da Sociedade Paulista de Radiologia, Membro da American Roentgen Ray Society. Professor coordenador do módulo de Radiologia Médica e Coordenador Administrativo do Curso de Medicina da Faculdade Santa Maria - Cajazeiras-Paraíba.

³ Graduada em Medicina pela UCFG de Campina Grande - PB.

⁴ Graduado em Medicina pelo Centro Universitário de Volta Redonda (2006). Mestre em Ciências da Saúde com área de atuação em Neurologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (2014). Tem residência médica em neurologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz-FCM-UPE (2012). Email: pauloflucena@yahoo.com.br.

⁵ Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Possui Mestrado (2010) e Licenciatura (2009) em Enfermagem Pela Universidade Federal da Paraíba, Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde e Especialização em Saúde da Família pela UFPB, Graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat (2005). Email: ankilmar@hotmail.com.

diagnósticos diferenciais. **Métodos:** Este estudo trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório, descritivo com abordagem quali-quantitativa. Foi aplicado um questionário que foi dividido em duas partes para uma amostragem de 14 médicos dos dois serviços de urgência e emergência: Hospital Regional de Cajazeiras e Unidade de Pronto Atendimento de Cajazeiras - Paraíba. A coleta de dados foi realizada entre os meses de Abril e Junho. **Resultados e Discussões:** Pretendeu-se com essa pesquisa compreender as visões dos médicos a respeito da temática em determinados pontos (definição, diagnóstico e tratamento). De uma amostra de 14 médicos, 100% responderam conhecer a síndrome e souberam conceituar de forma coerente. Desses, a maioria tem menos de cinco anos de formado e não possui especialização, o que se faz supor que não há elevada experiência profissional dentro da área médica; 71,4%, responderam coerentemente sobre os achados nos exames físicos, laboratoriais e eletrofisiológicos, bem como diagnósticos diferenciais, com poucas divergências da literatura atual; 78,6% afirmaram conhecer o tratamento, apresentando poucas discrepâncias com as fontes estudadas; foi unânime o não conhecimento de algum dos subtipos da SGB, o que reflete o grau de complexidade acerca desse ponto específico da temática ou a inaptidão dos médicos desses serviços em diagnosticar padrões diferentes da síndrome. **Conclusão:** A pesquisa infere existir um razoável conhecimento sobre a SGB dentre a maioria dos médicos questionados. Os profissionais demonstraram saber conceituar a síndrome, bem como analisar o quadro e evidenciar achados típicos da afecção, no exame físico, laboratorial e eletrofisiológico, conhecer acerca dos tratamentos atuais e ter conhecimento sobre os possíveis diagnósticos diferenciais para a síndrome. Houve, porém, unanimidade no não conhecimento das variantes da SGB, o que infere haver maior necessidade de aprofundamento sobre tema. Não houve distinção no conhecimento dos médicos dentre os dois serviços. Perante o estudo, como benefícios alcançados, houve a divulgação do tema até então pouco abordado entre os médicos desses setores, bem como a busca desses profissionais por maior conhecimento dessa temática. Assim, espera-se que esse trabalho sirva para contribuir positivamente para o enriquecimento do tema e a busca incessante dos médicos, emergencistas ou não, por um aprofundamento acerca do mesmo.

Palavras chave: Diagnóstico; emergências; síndrome de Guillain-Barré; tratamento; urgências.

Introduction: *The physician is the main responsible for investigating and seeking accurate diagnoses for various conditions of the current society. However, even with well-defined goals, these professionals still have difficulty performing their duties, in particular the accurate diagnosis of various diseases to treat properly within emergency services. Related to this, we have Guillain-Barre Syndrome (GBS), which is an acute immune-mediated demyelinating inflammatory polyneuropathy. Thus, it is clear the importance of an in-depth study on the subject, as well as analyzing the knowledge of physicians from urgency and emergency services facing the syndrome.*

Objectives: *The objective of this study was to verify the knowledge of physicians of these services in the city of Cajazeiras regarding definition, treatment, diagnosis, subtypes and differential diagnoses.*

Methods: *This study is an exploratory,*

descriptive field research, with qualitative-quantitative approach. A questionnaire divided into two parts was applied for a sample of 14 physicians from two services: Cajazeiras Regional Hospital and Emergency Care Unit of Cajazeiras - Paraíba. Data collection occurred between April and June. **Results and Discussion:** The aim of this research was to understand the physicians' views on the subject in certain points (definition, diagnosis and treatment). From a sample of 14 physicians, 100% answered knowing the syndrome and its concept. Most of them graduated less than five years ago and do not have specialization, which suggests low professional experience in the medical field; 71.4%, responded consistently to findings in physical, laboratory and electrophysiological examinations, as well as diagnostic differences, with few differences from current literature; 78.6% reported knowing the treatment, presenting few discrepancies with the studied sources; however, they had no knowledge on any of the GBS subtypes, which reflects the degree of complexity about this specific point of the subject or the inability of the physicians of those services to diagnose different patterns of the syndrome. **Conclusion:** The research shows that most interviewed physicians have a reasonable knowledge about GBS. The professionals were able to conceptualize the syndrome, as well as to analyze the clinical picture and evidence typical findings of the condition, in the physical, laboratory and electrophysiological examination, current treatments and have knowledge about the possible differential diagnoses for the syndrome. Nevertheless, they lacked knowledge on the GBS variants, which implies the need for further study on the subject. There was no distinction in the knowledge of physicians between the two services. Some of the benefits achieved by the study were the dissemination of the theme little discussed among physicians from these services, as well as their search for greater knowledge on the subject. Thus, we hope this work will contribute positively to the enrichment of the theme and the incessant search of physicians, whether emergency or not, for a deepening on the theme.

Keywords: Diagnosis; emergencies; Guillain-Barré syndrome; treatment; urgencies.

1 INTRODUÇÃO

O profissional médico é o principal agente responsável por investigar e buscar diagnósticos acertados para as mais diversas afecções presentes na sociedade atual. **A Lei Nº 12.842 de 10 de julho de 2013 dispõe sobre o exercício da medicina e, em seu Art. 2º, rege que** “O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza”, fazendo perceber que o princípio de suas funções é cuidar da saúde humana com o máximo de benefício possível.

No exposto acima, enfatiza-se o papel do médico em caráter de promoção, proteção e recuperação, prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como de reabilitação. Contudo, mesmo com objetivos bem definidos, ainda há grande dificuldade desses profissionais diante do exercício de suas funções, em particular o diagnóstico acertado de variadas doenças para assim tratar adequadamente dentro de serviços de urgência e emergência.

Um evidente tema relacionado a isso é a Síndrome de Guillain-Barré (SGB). De acordo com *Sejvaret al.* (2011), trata-se de uma polineuropatia inflamatória desmielinizante aguda e imunomediada, com curso clínico e resultados variáveis, e é a causa mais frequente de paralisia flácida aguda disseminada no mundo.

O quadro clínico inicia-se com perda progressiva de força muscular de forma ascendente. Podem ocorrer sintomas de caráter sensitivo, como parestesia em membros, e há possibilidade de evoluir com paralisia flácida, afetando músculos faciais, orofaríngeos, da respiração e deglutição (*MORAES et al.*, 2015).

Oftalmoplegia, acometimento de nervos cranianos e proteína elevada no líquido cefalorraquidiano (LCR), também pode ser vista. Entre os fatores relacionados, estão antecedente de infecção respiratória ou gastrointestinal, vacinação, doenças hematológicas e neoplasias, entre outros (*OCA e VICTORERO*, 2014).

Por se tratar de uma síndrome complexa e com apresentação em algumas vezes atípica, o diagnóstico torna-se difícil. Segundo Cibilset *al.* (2015), outras dificuldades no diagnóstico baseiam-se, em primeiro lugar, na falta de marcadores sorológicos confiáveis e, em segundo lugar, pelo estudo do LCR não ser diagnóstico até uma ou duas semanas depois do início da enfermidade, quando até 80-90% dos casos apresentam uma dissociação albumina-citológica.

Os mesmos autores ainda afirmam que a importância do diagnóstico acertado da síndrome está na modificação de sua evolução e na diminuição da morbimortalidade pelo tratamento precoce com imunoglobulinas endovenosas (IGEV) ou plasmaférese. No entanto, com frequência, surgem dificuldades em formular prontamente esse diagnóstico. Primeiramente, porque os critérios seus diagnósticos não englobam o espectro completo dessa enfermidade. Depois, os sintomas iniciais podem ser difíceis de interpretar.

Somado a isso, o tema ganhou grande notoriedade diante do contexto atual da saúde no mundo: o surto do vírus da Dengue (DENV) e do Vírus da Zika (ZIKV). Ribeiro e Kitron (2016) dizem que, durante o surto em 2013 na Polinésia Francesa, houve um aumento da ocorrência da SGB. Isso foi logo depois da detecção também do ZIKV circulante no Nordeste (NE) do Brasil, El Salvador e Venezuela.

Além disso, a infecção pelo DENV em humanos é cada vez mais importante no mundo, devido ao aumento no número de casos anuais. Epidemias vêm surgindo em alguns países de modo ter havido também um aumento na identificação e descrição das consequências que podem surgir no ser humano. Dentre elas, incluem-se as neurológicas, sendo a mais comum, também, a mais severa, a SGB. Ela constitui até 30% das manifestações neurológicas deste vírus (GONZALEZ *et al.*, 2015).

Assim sendo, a pesquisa objetivou analisar o conhecimento de médicos dos serviços de urgência e emergência - Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - da cidade de Cajazeiras (município pertencente à Mesorregião do Sertão Paraibano e distante 468 quilômetros da capital do estado, João Pessoa) acerca da SGB, além de fazer um levantamento sociodemográfico nos mesmos serviços.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

Este estudo trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório, descritivo com abordagem quali-quantitativa.

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) e na Unidade de Pronto Atendimento da mesma cidade. A população da pesquisa foi composta pelos médicos atuantes nesses serviços, totalizando 23 médicos. Desses, foi retirada uma amostra de 14 profissionais.

Para compor a amostra, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser médico devidamente registrado em seu conselho regional de medicina (CRM) e trabalhar no setor de urgências do HRC, no eixo-vermelho e/ou na UPA. Foram considerados critérios de exclusão: não ser médico e não trabalhar nos serviços citados acima.

O estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, localizada no município de Cajazeiras - PB. Logo após o deferimento do pedido, e de posse do N° 1.947.863 que autorizava o início da pesquisa, foram coletados os dados.

A coleta de dados foi realizada no período de abril de 2017 a junho de 2017, por meio de questionário dividido em duas partes: 1. Questões sociodemográficas; 2. Questões referentes ao tema da pesquisa.

A análise qualitativa é dividida em três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Enquanto que a análise quantitativa foi feita no *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0, na qual se utilizou de estatísticas descritivas de frequência relativa e absoluta. Adotou-se para a significância estatística um $p \leq 0,05$.

2.2 Resultados e Discussões

No intuito de melhor entender a SGB e suas características na visão dos médicos dos serviços de urgência e emergência - UPA e HRC - de Cajazeiras - PB - os resultados encontrados serão expostos em tabelas e por meio da transcrição das falas dos entrevistados.

2.2.1 Características sócio-demográfica dos médicos dos Serviços de Urgência e Emergência de Cajazeiras - PB

A amostra da pesquisa foi composta por 14 médicos. Essa amostra foi dividida em três grupos: Grupo 1 - Médicos que trabalham exclusivamente no HRC; Grupo 2 - Médicos que trabalham exclusivamente na UPA; e Grupo 3 - Médicos que trabalham em ambos os serviços.

A partir dos dados observados na Tabela 1, verificamos que, dos médicos questionados, 35,7% compõem o grupo 1, 50% compõem o grupo 2 e os 14,3% restantes compõem o grupo 3. Dessa amostra, observa-se que 64,2% têm entre um e cinco anos de graduados. Em relação a especialidades, a maioria dos entrevistados, 78,6%, respondeu não possuir nenhuma especialização.

Tabela 1. Descrição dos dados sociodemográficos

	n	%
Grupos		
Grupo 1	5	45,7
Grupo 2	7	50%
Grupo 3	2	14,3
Tempo de graduação		
Menos de 1 ano	2	14,3
Entre 1 e 5 anos	9	64,3
Mais de 5 anos	3	21,4
Especializações		
Sim	3	21,4
Não	11	78,6

No que diz respeito aos serviços de urgência e emergência, o Conselho Federal de Medicina, na Resolução N° 2.077, de 24 de Julho de 2014, dispõe, além de sua normatização do funcionamento, o dimensionamento da equipe médica e de todo o sistema de trabalho. De acordo com essa resolução, têm-se por serviços de Urgência e Emergência os caracterizados por prontos-socorros hospitalares, pronto-atendimentos hospitalares, emergências hospitalares, emergências de especialidades ou quaisquer outras denominações, excetuando-se os Serviços de Atenção às Urgências não Hospitalares, como as UPAs e congêneres.

Ainda conforme essa fonte, todo paciente atendido por serviços dessa categoria terá direito de ser atendido por um médico. Em nenhuma hipótese poderá ser dispensado seu atendimento ou encaminhado à outra unidade de saúde por outro profissional de saúde.

2.2.2 Conhecimento dos médicos acerca da SGB

O estudo visou a fazer uma análise do conhecimento dos médicos desses serviços acerca de pontos específicos sobre a SGB (definição, exames, tratamento, subtipos e diagnósticos diferenciais).

Nessa lógica, decidiu-se questionar os médicos do HRC e da UPA se conheciam a síndrome e seu conceito. Dentre as repostas, 100% dos médicos afirmaram ter ciência acerca da doença, com isso enfatizamos as seguintes:

Fala 1 - “Se trata de uma paralisia flácida aguda secundária a algum processo infeccioso de várias etiologias de início caudal-cranial com perda de motricidade”

Fala 2 - “Síndrome que se caracteriza pela diminuição progressiva da força muscular, podendo está, digo, ser precedida por um quadro infeccioso, como ZikaVirus. Uma doença progressiva [...], ascendente relacionada ao sistema autoimune, em que ocorre desmielinização de um nervo periférico.”

Partindo para mais uma breve definição, diz-se que a SGB é uma polineuropatia aguda do mecanismo autoimune que ocorre após uma infecção viral ou bacteriana na maioria dos casos. É uma doença que se inicia com perda progressiva de força muscular de forma ascendente e geralmente rapidamente reversível; porém, pode haver consequências fatais, como insuficiência respiratória (BRASIL, 2009; AFFES, *et al.*, 2017).

Com base no exposto, fizemos uma mescla das Falas 1 e 2 e verificamos que os médicos entrevistados têm razoável conhecimento acerca da síndrome, visto haver claramente uma grande semelhança entre as fontes citadas e os profissionais.

2.2. 3 Resultados e achados no exame clínico do paciente com SGB

Para melhor aprofundarmos o debate sobre o tema, foi questionado se os médicos conheciam os critérios (dentro dos achados dos exames físicos, laboratoriais e eletrofisiológicos) que corroboravam com o diagnóstico da SGB. Dos 71,4% dos médicos que responderam “sim”, angariamos as respostas a seguir:

Fala 1 - “Exame Físico: Diminuição da força motora progressiva, hiporreflexia, diminuição da força em membros inferiores, progredindo para paralisia de forma progressiva e ascendente.[...] pode cursar com desconforto respiratório, diminuição da sensibilidade de deglutição; engasgos.

Laboratorial: punção lombar e análise de líquido: proteínas aumentadas;

Eletrofisiológico: Eletroneuromiografia demonstrando alteração de neurocondução de nervos periféricos.”

Segundo Wang *et al.* (2017) e Zhang *et al.* (2017), a SGB é uma polineuropatia predominantemente motora mediada pelo sistema imune do sistema nervoso periférico e geralmente é desencadeada por um processo infeccioso agudo. Podemos encontrar no exame físico parestesia distal dos membros, fraqueza relativamente simétrica dos membros inferiores e hiporreflexia ou arreflexia. Ainda, podemos verificar acometimento dos músculos faciais, orofaríngeos, da respiração e deglutição.

Em 2009, o Ministério da Saúde (MS) baixou a Portaria N° 497 sobre o diagnóstico clínico da SGB que diz que pacientes com essa afecção devem obrigatoriamente apresentar graus inequívocos de fraqueza em mais de um segmento apendicular de forma simétrica, incluindo musculatura craniana; e que os reflexos miotáticos distais devem estar alterados (BRASIL, 2009, p.546).

Assim, pode-se concluir que os médicos que responderam a esse questionamento estão instruídos a identificar de forma concisa achados no exame físico, como demonstra a Fala 1.

No que concerne aos achados nos exames laboratoriais, podemos ver correlação com a literatura atual, ilustrada pelos autores Pithadia e Kakadia (2010), que dizem podermos encontrar concentração elevada de proteína do LCR em 80% dos pacientes, sendo a contagem de células mononucleares normal (dissociação albuminocitológica) ou <50 células/mm. Porém, é pertinente destacar que, segundo os mesmos autores, o estudo do LCR pode não ser diagnóstico até uma ou duas semanas depois do início da enfermidade.

Por fim, no que dizem respeito aos achados eletrofisiológicos, os participantes responderam de maneira mais sucinta, porém direta e acertadamente: o achado de alteração na neurocondução.

Os autores Shinosaki e Baiense (2009, p.61) dizem existir diminuição da velocidade de condução ou ausência de resposta pelo exame eletrofisiológico. Isso mostra que há grande similaridade com as respostas dadas.

Por outro lado, não houve menção de achados específicos da análise do exame eletroneuromiográfico, por esses serem mais restritos ao estudo de especialistas na área de neurofisiologia clínica. Relacionado a isso, ainda de acordo com esses autores, podem-se citar a evidência de ondas F alongadas ou não presentes, ausência de reflexo H e aumento da latência distal com bloqueio de condução, como tais achados.

Essas anormalidades seriam evidenciadas pelo exame de eletroneuromiografia realizado por profissionais capacitados. Esse exame consiste em um estudo neurofisiológico usado no diagnóstico e prognóstico das lesões do sistema nervoso periférico.

Seu objetivo é localizar a lesão no sistema nervoso periférico, prover informações sobre a fisiopatologia das lesões e avaliar o grau de comprometimento e o curso temporal da lesão (ALBERT EINSTEIN - SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA, 2016).

Ainda sobre as respostas nessa questão, mesmo dentre os que afirmaram conhecer os achados que corroboravam com o diagnóstico de SGB, identificamos uma segunda fala digna de nota, a qual não se relacionou com a literatura existente sobre o assunto:

Fala 2 - “Exame Físico: Rebaixamento de nível de consciência”

Apesar de podermos evidenciar, em muitos casos, uma instalação de perda de nível de consciência na evolução SGB, por exemplo, devido à falência respiratória e conseqüente hipóxia, não se pode relacionar esse achado diretamente à síndrome. Em outras palavras, a alteração de nível de consciência pode estar presente como conseqüência de outro achado do exame físico: falência da musculatura respiratória, que, por sua vez, decorre de uma paralisia ascendente iniciada caudal-cranialmente na SGB clássica.

Diante do exposto, apesar da complexidade da síndrome, nos achados da pesquisa, verifica-se que a maioria dos médicos questionados sabe identificar um caso suspeito ou confirmado da doença, de acordo com os achados dos exames físicos, laboratoriais e eletrofisiológicos, tendo em vista a coerência das respostas dadas.

2.2.4 Tratamento da SGB

No tocante ao manejo e tratamento do paciente com SGB, levou-se a perguntar se eles conheciam o(s) tratamento(s) atual(ais) que podia(m) ser eficaz(es) para modificar a evolução da SGB. Conforme respostas dos grupos 1, 2 e 3, 78,6% responderam “sim”, e desses, gostaríamos de ressaltar as seguintes falas:

Fala 1: “Imunoglobulina humana e plasmaférese, com fisioterapia respiratória e fisioterapia motora”.

Fala 1: “Internamento hospitalar (corticosteroides), Pulso-terapia com metilprednisolona; interferon.”

Verificamos que os argumentos da Fala 1 encontram-se em conformidade com as publicações no assunto. Pois, reforçando isso, Hou *et al.* (2014) e Affes *et al.*

(2017) dizem que, mesmo não existindo um tratamento específico para a SGB, hoje se faz uso de imunoglobulina humana endovenosa (IGEV) como modalidade de primeira escolha para tal fim, pois tem mostrado efetivos resultados clínicos, sem muitas contraindicações. Ela tem como função neutralizar os anticorpos contra a bainha de mielina. E, somado a isso, a plasmaférese - tratamento de substituição do plasma do paciente por plasma saudável - também é uma das opções de tratamento da síndrome.

Entretanto, segundo Prasad *et al.* (2017), a resposta à plasmaférese não é a mesma em todos os casos. Esses autores verificaram em estudo com 40 pacientes portadores de neuropatias, que a plasmaférese tem melhor resultado em pacientes com SGB clássica e que quatro e cinco ciclos de plasmaférese são igualmente benéficos.

Em resumo, a IGEV e a plasmaférese, somados aos cuidados gerais, fisioterapia motora, profilaxia para trombose venosa, como meias de compressão e anticoagulação para os pacientes hospitalizados, monitorização para distúrbios autonômicos, incluindo pressão arterial, pulso, respiração, motilidade gástrica e disfunção vesical, principalmente para aqueles pacientes que tem rápida progressão da doença, tendo o cuidado de verificar sempre a necessidade de ventilação mecânica, e seguir protocolo para prevenção de lesões na pele como úlcera de pressão em pacientes retidos por vários dias ao leito, melhoraram o quadro clínico da SGB drasticamente, fazendo a mortalidade cair de 30% para 5%. Hoje, esses métodos são os principais no que concerne ao tratamento. (WALLING E DICKSON, 2013; DAI *et al.*, 2015; GODOY e RABINSTEIN, 2015; CHARRA *et al.*, 2014).

Como é notável, fazendo um apanhado geral do que foi discutido até aqui, podemos apontar o equívoco na Fala 2, pois nenhuma literatura até o momento demonstra benefícios no uso de corticoides na internação hospitalar, metilprednisolona em pulsoterapia e interferon. Ainda, reforçando esse erro, de acordo com Pithadia e Kakadia (2010), seis estudos elegíveis abordaram o valor dos corticoides no tratamento de SGB agudo. Tais pesquisas envolveram 195 pacientes e demonstraram que o quadro clínico desses pacientes permaneceu inalterado pelo uso de corticoides, que parecem ser seguros, mas ineficazes para SGB.

2.2.5 Subtipos da SGB

Foi perguntado se os participantes da pesquisa conheciam algum(ns) subtipo(s) da SGB, e todos os entrevistados responderam não saber sobre o assunto. O não conhecimento de algum dos subtipos da síndrome pode inferir o grau de complexidade acerca desse ponto específico da temática ou a inaptidão dos médicos desses serviços em diagnosticar padrões diferentes daqueles clássicos associados à essa afecção.

Dentre variantes, podemos incluir a polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda (AIDP), neuropatia axonal aguda do motor (AMAN), neuropatia axonal motor-sensorial aguda (AMSAN), síndrome de Miller-Fisher (MFS) e outros tipos relativamente raros. Os critérios de eletrodiagnóstico para distinguir AIDP, AMAN e AMSAN estão bem estabelecidos na literatura, enquanto o subtipo Miller-Fisher é caracterizado pela tríade clínica: oftalmoplegia, ataxia e areflexia (TORRUCO *et al.*, 2014; WANG *et al.*, 2017).

Ainda dentre os subtipos, podia-se citar dentre respostas corretas para a questão variantes menos frequentes, como a faringo-cérvico-braquial, descrita por Ropper em 1986, e diplegia e parestesia facial (FERNÁNDEZ *et al.*, 2014; HAYASHI E YAMAGUCHI, 2015).

Torruco *et al.* (2014) argumentam que uma melhor compreensão das diferenças nos subtipos da SGB é fundamental para a implementação de tratamentos adequados para a recuperação total e, em certos casos, para a sobrevivência dos pacientes. O tempo de hospitalização e o custo dos tratamentos variam de acordo com a gravidade do subtipo específico. Saber identificar essas variantes poderia levar a um processo simplificado e mais barato de diagnóstico e tratamento do caso de SGB com uma recuperação completa dos pacientes. Isso pode ser mais eficazmente alcançado quando um diagnóstico precoce do caso é realizado utilizando um número mínimo de características desses subtipos.

Diante disso, mesmo se tratando de uma afecção complexa e de apresentações variadas, nota-se a necessidade do médico de serviços de urgência e emergência conhecer essas variantes, independentemente de ser especialista, ou não, na área neurológica, para que, assim, possa minimizar os efeitos deletérios que a SGB possa deixar ao paciente.

2.2.6 Diagnósticos diferenciais da SGB

Finalizando as perguntas nesse tema, questionaram-se os médicos se eles conheciam possíveis diagnósticos diferenciais da SGB, e 71,4% responderam “sim”. Dentre as respostas, expomos as seguintes:

Fala 1 - “Mistena Gravis, vasculites, difteria, botulismo, HIV, [Doença de] Lyme, miosite, mielite transversa, poliomielite, distrofia muscular, AVC.”

Analisando a resposta, é notável que, diante de uma situação nos serviços de urgência do município, estes profissionais estão capacitados a investigar melhor a síndrome, expandindo as opções diagnósticas, a partir do preceito de um diagnóstico inicial correto para a síndrome.

Além dos citados, pode-se acrescentar à resposta, esclerose múltipla, miopatias inflamatórias, esclerose lateral amiotrófica bulbar, tumores cerebrais e neuropatias de etiologia tóxica como possíveis diagnósticos diferenciais da SGB (FERNÁNDEZ *et al.*, 2014).

Por outro lado, uma segunda fala do percentual que afirmou conhecer algum diagnóstico diferencial da SGB não foi condizente com a literatura estudada:

Fala 2 - “Meningite, cialgia.”

Segundo Hughes e Cornblath (2005), existe vasta gama de possíveis diagnósticos diferenciais para SGB. Dentre eles, estão neuropatia vasculítica,

neuropatia diftérica, porfiria aguda intermitente, neuropatia por doença crítica, neuropatia linfomatosa, Intoxicação por metais pesados, neuropatia diabética-urêmica com diálise peritoneal aguda, Miastenia Gravis, Síndrome de Eaton-Lambert, envenenamento por toxinas biológicas ou industriais, infecções, hipofosfatemia, hipocalcemia, paralisia periódica, rabdomiólise aguda, miopatia inflamatória, neuropatia da vacina pós-raiva. E, como é notado, nenhum desses se fez presente na Fala 2. Tais diagnósticos destoam dos dispostos na literatura por terem apresentações clínicas bastante divergentes da síndrome em questão.

3. CONCLUSÃO

No decorrer da coleta de dados, surgiu uma enorme limitação: a impossibilidade de entrevista com todos os médicos atuantes nos serviços de urgência e emergência citados, o que reduziu o número de amostra para 14. Houve recusa de dois dos médicos em participar e os demais não entrevistados não dispunham de horários livres para responder ao questionário.

Dessa amostra, pode-se destacar que a maioria dos médicos participantes do estudo tem entre um e cinco anos de graduação e não possui especialização, o que se faz supor que não há elevada experiência profissional dentro da área médica.

De acordo com os dados coletados, a pesquisa infere existir um razoável conhecimento sobre a síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentre a maioria dos médicos questionados. Em relação às respostas dadas, os profissionais demonstraram saber conceituar a síndrome, bem como analisar o quadro e evidenciar achados típicos da afecção, no exame físico, laboratorial e eletrofisiológico. Demonstraram, ainda, conhecer acerca dos tratamentos atuais e ter razoável entendimento sobre os possíveis diagnósticos diferenciais para a síndrome.

Todavia, dentre os tópicos abordados, houve unanimidade no não conhecimento dos subtipos dentre os possíveis para a SGB. Pertinente a isso, pode-se inferir uma maior necessidade de aprofundamento no tema por parte desses profissionais, pois, diante da possibilidade de apresentações atípicas da síndrome,

os médicos dos serviços de urgência e emergência devem estar preparados para o manejo adequado a fim de evitar desfecho desfavorável para o quadro.

De forma geral, não houve distinção no conhecimento dos médicos dentre os serviços, visto que se pode notar uma uniformidade entre as respostas dos profissionais do Hospital Regional de Cajazeiras (HCR) e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), tornando, assim, a comparação entre os grupos 1, 2 e 3 desnecessária.

Perante o estudo, como benefícios alcançados, houve a divulgação do tema até então pouco abordado entre os médicos desses setores, bem como a busca desses profissionais por maior conhecimento dessa temática.

Assim, espera-se que esse trabalho sirva para contribuir positivamente para o enriquecimento do tema e a busca incessante dos médicos, emergencistas ou não, por um aprofundamento acerca do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFFES, L. *et al.* **Syndrome de GuillainBarré et décompensation acidocétosique du diabete au cours de la grossesse: a propos d'uncas et revue de lalittérature.** The Pan African Medical Journal. 2017; 26: 86. doi:10.11604/pamj.2017.26.86.11091.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria N° 497, de 22 de dezembro de 2009.** Disponível em:<http://neurologiahu.ufsc.br/files/2012/08/Protocolo-MS_Guillain-Barr%C3%A9-2009.pdf> Acesso em: 15 de maio de 2016.

BRASIL. **Lei N° 12.842, de 10 julho de 2013.**

CIBILS, L. *et al.* **Síndrome de GuillainBarré: Experiencia de doce años.** ArchPediatrUrug 2015; 86(3): 176-186.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **ResoluçãoN°-2.077, de 24 de julho de 2014.** Disponível:<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/09/2014&jornal=1&pagina=80&totalArquivos=84>> Acesso em: 28 de maio de 2017.

Em:<<https://www.einstein.br/especialidades/neurologia/exames-tratamentos/eletroneuromiografia>> Acesso em 27 de maio de 2017. Copyright © 2016 Hospital Israelita Albert Einstein. Todos os direitos reservados.

FERNÁNDEZ, I. P. *et al.* **Variante Faringo-Cérvico-Braquial Del Síndrome De Guillain-Barré.** MEDICINA (Buenos Aires) 2014; 74: 474-475.

GODOY, D.A.; RABINSTEIN, A. **Is a second cycle of immunoglobulin justified in axonal forms of Guillain-Barré syndrome?** Arq. Neuro-Psiquiatr. São Paulo, v. 73, n. 10, p. 848-851, Oct. 2015.

GONZALEZ, M. G. *et al.* **Síndrome de GuillainBarré causado por el vírus del dengue: a propósito de dos casos.** Acta Neurol Colomb. vol.31 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2015.

HAYASHI, R.; YAMAGUCHI, S. **Guillain-Barré Syndrome Variant with Facial Diplegia and Paresthesias Associated with IgM Anti-GalNAc-GD1a Antibodies.** Intern Med 54: 345-347, 2015.

HUGHES, R.A., CORNBATH, D.R. **Guillain-Barré syndrome.** Lancet, 2005, 366, 1653-1666.

MORAES, A. *et al.* **Caracterização Dos Pacientes Com Síndrome De Guillain-Barré Internados Em Um Hospital Universitário.** Revista Enfermagem Contemporânea. 2015 Jan./Jun.;4(1):7-11.

OCA, S.L.M.; VICTORERO, A.A. **Síndrome de Guillain-Barré.** Rev. Ciências Médicas. Marzo-abril, 2014; 18(2):275-283.

PITHADIA, A.B., KAKADIA, N. **Review: Guillain-Barré syndrome (GBS).** Pharmacological Reports. Institute of Pharmacology Polish Academy Sciences. 2010, 62, 220-232.

PRASAD, H. B. *et al.* **Prognostic Indicators of Response to Plasmapheresis in Patients of GuillainBarre Syndrome.** J Assoc Physicians India. 2017 Apr;65(4):32-36.

RIBEIRO, G.S.; KITRON, U. **Zika virus pandemic: a human and public health crisis.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol. 49 no.1 Uberaba jan./fev. 2016.

SÁ, B. P. *et al.* **Avaliação E Tratamento De Sequelas Motoras Pós Síndrome De Guillain-Barré (Sgb): Estudo De Caso.** Caderno pedagógico, Lajeado, v. 12, n. 3, p. 131-139, 2015.

SEJVAR, J.J., BAUGHMAN, A.L., WISE M., M.O.W. **Population incidence of GuillainBarré syndrome: a systematic review and meta-analysis.** Neuroepidemiology. 2011; 36(2).

SHINOSAKI, J.S.M.; BAIENSE, R.F. **Manual do Residente / UNIFESP;** São Paulo: Roca, 2009.

TORRUCO, J.H. *et al.* **Feature Selection for Better Identification of Subtypes of Guillain-Barré Syndrome.** Hindawi Publishing Corporation Computational and Mathematical Methods in Medicine. Volume 2014, Article ID 432109, 9 pages.

WALLING, A. D.; DICKSON, G.; **Guillain-Barré syndrome.** Am Fam Physician. 2013 Feb 1;87(3):191-197.

WANG, L. *et al.* **Association of anti-gangliosides antibodies and anti- CMV antibodies in Guillain-Barré syndrome.** Brain Behav. 2017;7: e 00690. <https://doi.org/10.1002/brb3.690>.

ZHANG, G. *et al.* **Subtypes and Prognosis of Guillain-Barré Syndrome in Southwest China.** PLOS ONE | DOI:10. 1371/journal.pone.0133520 July 22, 2015.