

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORO  
FACENE-MOSSORÓ

CLAUDIA KARINA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA ACOMETIDA DE SÍNDROME DE  
GUILLAIN BARRÉ**

MOSSORÓ  
2014

CLAUDIA KARINA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA ACOMETIDA DA SÍNDROME DE  
GUILLIAN BARRÉ**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do diploma de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves

MOSSORÓ  
2014

CLAUDIA KARINA DA SILVA

**ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA ACOMETIDA DA SINDROME DE  
GUILLIAN BARRÉ**

Monografia apresentada pela aluna Cláudia Karina da silva, do Curso de graduação em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelo professor.

**Aprovada em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)  
ORIENTADOR

---

Profa. Ms. Tatiana Oliveira Souza (FACENE/RN)  
CO-ORIENTADORA

---

Profa. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)  
MEMBRO

**Ao Senhor Deus dedico minha sincera gratidão, pois sem a tua mão estendida em nosso favor jamais teria continuado, pois sem te nada podemos fazer. Porque Eu, o Senhor teu Deus, te tomo pela tua mão direita; e te digo: não temas, eu te ajudo (ISAÍAS 41,vs 13).**

## AGRADECIMENTOS

Ao Deus eterno e bom que com sua mão poderosa me sustentou e da minha vida cuida muito bem.

A minha família que tem me apoiado nessa empreitada de quatro anos compreendendo a minha ausência muitas vezes. Em especial a minha mãe Maria Neide e ao meu Avó Raimundo Marcelino que nunca muito contribuíram para minha caminhada, meus filhos Jocbe e Christyan meus tesouros na terra, vocês são o que eu tenho de mais precioso meus sinceros agradecimentos.

Minhas irmãs klébia e Clécia minhas companheiras fiéis nunca esquecerei o que vocês fizeram por mim Deus recompense com suas ricas bênçãos.

A minha sobrinha janielly Nara que sofreu junto comigo na construção desse trabalho meu muito obrigado, enfim a todos os meus amigos que de forma direta ou indireta contribuiu para que eu concluísse essa etapa tão sonhada da minha vida, meus sinceros agradecimentos amo todos vocês.

Ao meu orientador prof<sup>o</sup> Ms Thiago Enggle de Araújo Alves obrigada pela paciência, a atenção a mim dispensada não tenho palavras pra expressar a minha gratidão.

A minha co-orientadora Profa. Ms.Tatiana Oliveira Souza que me deu a honra de participar desse trabalho a minha gratidão.

A prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte à quem expressei minha admiração e gratidão por fazer parte dessa banca, onde me sinto honrada com a presença de todos vocês nesse trabalho.

A todos os professores, que cada um com seu jeito de ser todo especial, influenciaram na minha formação acadêmica, jamais me esquecerei dos momentos sem igual, que passamos juntos, agradeço de todo coração.

A todos os colaboradores da Facene a minha gratidão com muita sinceridade sem nenhuma distinção vocês marcaram a minha vida acadêmica sem querer ser injusta com ninguém por isso não mencionei nomes.

Aos colegas de sala vocês são demais, agradeço as que de forma indireta ou direta contribuíram para que eu não parasse no caminho, a todas vocês desejo sucesso.

## RESUMO

O presente trabalho é referente à prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) à criança com Síndrome de Guillain Barré (SGB), doença caracterizada por inflamação e desmielinização da bainha de mielina dos nervos periféricos, que pode acometer o indivíduo em qualquer faixa etária, inclusive em crianças. Tem como objetivo geral: Analisar a percepção dos enfermeiros da UTI Pediátrica de Mossoró/RN sobre a Assistência de Enfermagem na Síndrome de Guillain Barré em crianças. E como específicos: Verificar na opinião dos enfermeiros o conhecimento sobre a Síndrome e Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Síndrome de Guillain Barré. A presente pesquisa é de natureza exploratória, descritiva, documental realizada através de estudo de caso e ainda com uma abordagem qualitativa. A população do estudo será composta dos enfermeiros que compõem a escala da UTIp em Mossoró, num total de dez enfermeiros, porém a amostra será de oito enfermeiros, a partir de um roteiro de entrevistas estruturado. No tocante aos resultados quanto ao conhecimento sobre a SGB ficou claro que pra alguns dos entrevistados foi uma experiência nova, que os motivou a buscar o conhecimento teórico sobre a doença para poder exercitar na prática a assistência que o paciente precisava e que o uso da SAE contribui para essa promoção do conhecimento e habilidade no processo de Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica. E como resultado observamos a dedicação, o interesse e a disposição dos participantes da pesquisa, em realizar a assistência de forma correta, ética e humanizada, mesmo com dificuldades de compreensão das etapas da doença. E ainda vimos que a implantação da SAE não é algo tão simples, existem barreiras que, muitas vezes, são colocadas pelos próprios profissionais de Enfermagem, talvez por falta de entendimento sobre a importância da SAE ou por medo de sair um pouco da rotina, mas mediante o estudo de caso podemos entender como é importante cada diagnóstico encontrado, cada prescrição estabelecida, intervenções realizadas no momento adequado e como também, não menos importante, o registro dos resultados das intervenções prescritas. E como essa sistematização influencia na melhora do quadro do paciente, a cada atenção prestada de forma humanizada buscando entender os receios, os medos que a criança apresenta no momento de cada intervenção foi um dos motivos que garantiu a essa assistência prestada o sucesso alcançado, portanto entendemos que o papel do enfermeiro que atua em UTIp e que tem um olhar holístico do paciente, produz uma assistência diferenciada capaz de motivar mudanças e garantir uma qualidade sólida tanto pra equipe como para as crianças e familiares que venham a precisar dos serviços da UTIp.

**Palavras-chave:** Síndrome de Guillain Barré. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Criança.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO .....	8
1.2 JUSTIFICATIVA .....	9
1.3 HIPÓTESE .....	9
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA NERVOSO.....	11
3.2 FISIOPATOLOGIAS DA SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ.....	12
3.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ .....	13
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
4.1. TIPO DE PESQUISA .....	14
4.2. LOCAL DA PESQUISA .....	14
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	15
4.4 INSTRUMENTO .....	15
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	15
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	15
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	16
4.8. FINANCIAMENTO.....	17
<b>5 ANÁLISE DE RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>.....</b>
5.1 ANÁLISE QUALITATIVA.....	.....
5.2 RELATO DO CASO.....	.....
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>.....</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>20</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>.....</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÕES E PROBLEMATIZAÇÃO

A Síndrome de Guillain Barré (SGB) trata-se de uma doença que acomete os nervos periféricos, provocando lesões fisiopatológicas, com infiltração da bainha de mielina por células inflamatórias mononucleadas ou a destruição da bainha de mielina mediante a ação de anticorpos autoimunes. Embora a SGB dentre as polineuropatias seja a mais comum, sabe-se que pode acometer o indivíduo em qualquer faixa etária, inclusive em crianças. As características mais comuns são: Arreflexia profunda, parestesia nas mãos e pés e eventualmente dor em membros inferiores, seguida de flacidez muscular de forma ascendente (NEVES et al, 2006).

A Síndrome de Guillain Barré é a paralisia flácida muscular de causa mais frequente em todo o mundo, mesmo tendo um prognóstico bom, 20% dos casos evoluem com incapacidade física e 5% chega a evoluir para o óbito. Seus principais agentes etiológicos são *Campylobacter jejuni* (cerca de 30% dos casos) e Citomegalovírus em 10% dos casos, embora existam registros de casos relacionados à Epstein-Barr, varicela-zoster, e ao *mycoplasma pneumoniae*. A semelhança entre esses agentes não modifica seu mecanismo de desenvolvimento no tocante a anticorpos (MENDES, 2012).

Um registro mais recente demonstra uma incidência anual de 1,1 casos a 1,8 casos / 100.000 hab, apresentando uma taxa menor para crianças menores de 16 anos (0,6 / 100.000 habitantes/ano). No Brasil apenas um único registro possui o descrito de 95 casos de SGB em um hospital na cidade de São Paulo no período de 1995 a 2002 demonstrando uma incidência de 0,6 casos/ 100.000 hab. (TORRES, 2010).

Não foram encontrados registros de casos em artigos científicos a nível regional, como também na vigilância em saúde não foram encontrados registros de casos a nível municipal. Porém existe a informação de caso da síndrome de Guillain Barré em criança no município de Mossoró (MOSSORÓ, 2013).

Diante dessa problemática, surge o seguinte questionamento: Qual a percepção dos enfermeiros da UTI Pediátrica de Mossoró/RN sobre a assistência de Enfermagem na Síndrome de Guillain Barré em crianças?

### 1.2 JUSTIFICATIVA



Diante da necessidade de ampliar o conhecimento da Enfermagem atuante em Unidades de Terapia Intensiva pediátrica, buscamos através de revisão de literatura esclarecer e demonstrar a importância de se manter integrado e com informações atualizadas sobre a síndrome de Guillain Barré em crianças, a fim de melhorar a assistência e tornar cada vez mais capacitada a equipe de Enfermagem, garantindo uma atuação segura e eficaz.

Para tanto propomos uma revisão de literatura, que facilite a leitura e consequentemente o entendimento do leitor a respeito do que é a Síndrome, seus achados clínicos, tratamento e posteriormente os cuidados de Enfermagem a serem ofertados ao paciente. Considerando que poucos profissionais conhecem a Síndrome e os cuidados de Enfermagem relacionados, por se tratar exatamente de um assunto pouco conhecido e pelo fato de ser rara em crianças, observamos a dificuldade de encontrarmos trabalhos acadêmicos relacionados à Síndrome de Guillain Barré em crianças.

Diante disso e após a experiência de presenciarmos os cuidados de Enfermagem a um caso da Síndrome, em uma criança de nove anos internado na unidade de terapia intensiva pediátrica onde acontecerá a pesquisa, observamos a dificuldade de entendermos as etapas do tratamento e as possíveis intervenções que a Enfermagem deve realizar. Despertando assim o nosso interesse em dispor a comunidade acadêmica um trabalho que possa sintetizar e divulgar a assistência de Enfermagem prestada a criança acometida pela SGB.

### 1.3 HIPÓTESE

Diante da problemática exposta, pretendemos demonstrar o quanto se faz necessário trazer para a comunidade acadêmica a presente discussão, e analisarmos o quanto sabemos e o que ainda precisamos saber sobre o assunto. Portanto compreendemos que durante a pesquisa encontraremos receios, dúvidas e também pouca compreensão de como deve ser a Assistência de Enfermagem prestada à criança acometida da SGB, por parte dos profissionais enfermeiros que compõem a equipe atuante na UTI pediátrica na cidade de Mossoró.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a percepção dos enfermeiros da UTI Pediátrica de Mossoró/RN sobre a Assistência de Enfermagem na Síndrome de Guillain Barré em crianças.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar na opinião dos enfermeiros o conhecimento sobre a Síndrome de Guillain Barré;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Síndrome de Guillain Barré.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA NERVOSO

As emoções decorrentes da atividade diária, movimentos corporais, percepções geradas por estímulos e provocadas por diferentes fatores, são resultados de informações que chegam das mais diversas formas ao sistema nervoso, gerando comandos e motivando estímulos que são traduzidos e transmitidos para fora deste sistema. (DAVIES, 2002).

Para Smeltezr e Bare (2009), Anatomicamente o sistema nervoso possui duas divisões: o sistema nervoso central (SNC) que inclui o cérebro e medula espinhal e o sistema nervoso periférico (SNP) incluindo os nervos cranianos e espinhais.

No geral, o sistema nervoso tem a função de controlar as atividades motoras, sensoriais, autonômicas, cognitivas e comportamentais através de informações enviadas para o meio ambiente interno e externo do corpo humano. Para tanto o cérebro conta com cerca de 10 milhões de neurônios sensoriais distribuindo as informações por ele transmitidas. (SMELTEZR; BARE 2009)

Essas informações são distribuídas através de estruturas especializadas chamadas de sinapses responsáveis pela transmissão de impulso nervoso de um neurônio a outro, os axônios que são prolongamentos únicos, são envolvidos por uma camada gelatinosa que funciona como isolante que é a bainha de mielina cujas células da glia que as formam, são denominadas de células de schwann (BRASIL 2003).

A célula nervosa ou neurônio é a unidade estrutural e funcional do cérebro responsável por receber essas informações de forma primária e transmitir através de potencial de ação, para fora do corpo celular por meio do axônio, que por sua vez distribui as informações pelos terminais nervosos. A bainha de mielina formada por várias camadas de células de Schwan tem importante papel nessa transmissão, envolvidas em um curto segmento do axônio é responsável pela velocidade de condução do potencial de ação. (CROSSMAN; NEARY, 2007).

#### 3.2 FISIOPATOLOGIA DA SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

No ano de 1859 a Síndrome de Guillain Barré (SGB) foi caracterizada como um distúrbio que acometia os nervos periféricos e paralisava os membros inferiores e superiores, o pescoço e os músculos respiratórios. Em 1916, Georges Guillain, Jean Alexander Barré e

André Strohl, três médicos parisienses evidenciaram a anormalidade como característica do acréscimo das proteínas da mielina com células normais, no líquido dos pacientes acometidos pela doença. A Síndrome de Guillain Barré também pode ser chamada de: Polineurite idiopática Aguda, Polineuropatia Inflamatória Aguda, Polineurite infecciosa e a Síndrome Miller-Fischer que é quando ocorre a paralisia ocular (SOUZA; SOUZA 2007).

Sobre o mecanismo fisiopatológico que ainda não é bem conhecido e tem formas diferentes de apresentação, ocorre uma desregulação da resposta imune humoral e celular, pode-se dizer que ocorre certo mecanismo de mimetismo molecular por consequência de um processo infeccioso recente (SAMPAIO, 2011).

Como consequência desse mimetismo molecular o aminoácido presente no agente infeccioso torna-se capaz de imitar a proteína produzida pela mielina de nervos periféricos, com isso o sistema imunológico não consegue identificar se a proteína apresentada é realmente da mielina, provocando então o ataque (SMELTZER; BARE, 2009).

A bainha de mielina sofre a invasão de células de defesa, provocando um processo inflamatório e alterando a permeabilidade da membrana que por sua vez apresenta exsudação proteica provocando a dissociação albumino citológica, promovendo então a ativação macrofágica causando a inflamação ou destruição da bainha de mielina. (SAMPAIO, 2011)

Porém segundo Smeltzer e Bare, (2009) as células de Schwann não são destruídas durante o ataque o que permite assim a remielinização na fase de reabilitação da doença, a localização exata desse evento no sistema nervoso periférico é o gangliosídeo GM1b.

Na forma clássica a SGB (polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante aguda) ocorre fraqueza muscular progressiva, sintomas sensitivos e disautonomia. Nas formas axonais está a Neuropatia axonal motora aguda que dentre os sintomas, mas comum está fraqueza progressiva de forma muito rápida, insuficiência respiratória, dentre outros (SAMPAIO, 2011).

No geral dentre os achados clínicos estão à percepção de formigamento em membros inferiores e nas mãos, debilidade muscular, redução da sensibilidade, movimentos desordenados, mialgia, visão turva, dispneia, tontura, taquicardia, disúria ou incontinência urinária, causados pela secreção inapropriada de ADH, constipação, desfalecimento, deglutição prejudicada e déficit de força distal (SOUZA; SOUZA, 2007).

Conforme Gauzzi e Fonseca (2006), em média os sintomas surgem de maneira súbita e progredem por cerca de uma a três semanas, de maneira que 20% dos pacientes necessitaram de ventilação mecânica, 40% ficarão retidos no leito, 20% andaram com algum tipo de ajuda,

10% poderão andar ou correr e 10% terão apenas sintomas leves, ocorrendo após o tratamento uma sequência de melhora na mobilidade e retorno dos reflexos antes prejudicados.

Para Beneti e Silva (2006), o diagnóstico torna-se difícil devido as características consideradas clássicas, que são os sintomas citados anteriormente, para tanto alguns critérios são atendidos para concluir o diagnóstico.

Critério requerido que seria a avaliação da existência de arreflexia progressiva e atonia de extremidades; critério de apoio; avaliação do liquorcefalorraquidiano (LCR) para contagem do número de células monucleadas e elevação protéica; critério eletrofisiológico a fim de avaliar a condução de qualquer anormalidade na velocidade da condução nervosa e evidência de mielização (BENETI; SILVA 2006).

Para Gauzzi e Fonseca (2006), os exames laboratoriais devem ser realizados para conclusão do diagnóstico, são eles: sorologia de infecção prévia, creatinofosfoquinase, hemograma, TGO, TGP, íons, screening urinário. É indicado também o Eletrocardiograma para avaliar o risco de arritmias e a radiografia de tórax para observar possíveis atelectasias, pneumonia associada ou aspiração.

Conforme Neves (2007), a imunoglobulina endovenosa ou a plasmaférese seria o tratamento mais indicado na atualidade para esses pacientes, sabendo que ambas oferecem evolução clínica rápida e menor possibilidade de sequelas, porém para o uso da plasmaférese é preciso que o paciente esteja com as funções hemodinâmicas compensadas.

No entanto o uso da imunoglobulina na SGB apresenta fatores benéficos relevantes, o seu mecanismo de ação consiste em inibir o efeito cascata imunológica que provoca as lesões nas células nervosas (SAMPAIO, 2011).

Segundo Smeltzer e Bare (2009), devido à evolução rápida da doença provocando insuficiência respiratória neuromuscular, entende-se a necessidade urgente de cuidados intensivos, incluindo a terapia respiratória, como a ventilação mecânica para manter a função pulmonar e a oxigenação, podendo ser necessária até que os músculos respiratórios possam manter a respiração de maneira espontânea.

### 3.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM SÍNDROME DE GUILIAN BARRÉ

Para Malucelli et al (2010), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fruto da Resolução COFEN 358/2009, visa o desenvolvimento do profissional com competência teórica e prática aperfeiçoada ao longo de sua carreira com formação em

atividades de educação permanente resultando em reflexões críticas acerca da assistência prestada.

Segundo Souza e Souza (2007), desenvolver um método em que o enfermeiro possa identificar a necessidade do paciente e atendê-la de forma eficaz, faz parte da assistência exigida hoje pelos serviços de saúde, para tanto é preciso planejar as ações, executar tal qual foram elaboradas e analisar se houve resultado positivo ou não das ações executadas.

Conforme Tannure e Gonçalves (2009), o processo de enfermagem é uma ferramenta utilizada para estruturar a prática de Enfermagem a fim de solucionar os problemas do paciente, para tanto algumas etapas devem ser seguidas são elas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem.

Smelertz e Bare (2009), dizem que devido à instabilidade hemodinâmica provocada pela síndrome é importante seguir com avaliação contínua, a fim de evitar complicações que possam comprometer a evolução do paciente, para tanto alguns problemas devem ser considerados tais como: padrão respiratório ineficaz e trocas gasosas prejudicadas relacionadas á fraqueza progressiva;

Os diagnósticos e intervenções de Enfermagem correspondentes são: manter a cabeceira elevada para evitar broncoaspiração; manter a criança em posição que promova conforto e garanta a expansão torácica; avaliar as vias aéreas quanto à permeabilidade e possíveis dificuldades; atentar para que a fisioterapia respiratória seja realizada constantemente, a fim de evitar acúmulo de secreções e obstrução dos brônquios; em caso de criança com ventilação mecânica avaliar conexão do tubo e fixação como também cianose de extremidades, necessidade de aspiração (DOENGENS 2010).

Distensão abdominal; mobilidade física prejudicada relacionada à paralisia; realizar massagem na panturrilha; mudança de decúbito a cada 2 horas, usar meias de compressão, acolchoamento pode ser colocado nas proeminências óssea a fim de reduzir o risco de ulceração, como também a fisioterapia motora para alívio da dor provocada pela imobilidade ( DOENGENS 2010).

Administrar medicação prescrita para alívio da dor; nutrição prejudicada menor que as necessidades corporais relacionadas à dificuldade de deglutição; manter supervisão e avaliar o suporte nutricional, elevar a cabeceira no momento da administração da dieta para evitar broncoaspiração , avaliar o nível de dificuldade de deglutição, observar a mucosa oral evitando ressecamento; medo e ansiedade relacionados com a paralisia; oferecer informações sobre os procedimentos a serem realizados procurando tranquilizar a criança, manter sempre que possível, a mãe próximo durante as intervenções de Enfermagem, como medida

humanizada, oferecer atividades de distração como ver televisão, ouvir músicas, encorajar a visitação, realizar leitura para as crianças sempre que possível como medidas de alívio para a sensação de isolamento sentida pelo paciente; déficit de autocuidado para banho/higiene relacionado à imobilidade; garantir a privacidade durante a higienização, realizar banho no leito sempre que possível massageando a criança com movimentos circulares para estimular a circulação, dentre muitos outros que o paciente possa relatar ou apresentar ao longo do tratamento. (DOENGENS 2010).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPOS DE PESQUISA

A presente pesquisa foi de natureza exploratória, descritiva, documental através de estudo de caso e ainda com uma abordagem qualitativa que de acordo com Minayo (2010) esse tipo de pesquisa é aquela que procura responder a questões muito particulares. Ela se preocupa, com as ciências sociais, em um nível de realidade que não pode e não deve ser quantificado. Digamos que ela trabalha com o universo de significados, pretextos, pretensões, crenças, valores e estilos.

Exploratória porque começa com a preparação do projeto e os procedimentos para sua execução, investimento de tempo e dedicação na escolha dos instrumentos para operacionalizar o desenvolvimento da pesquisa como também descritiva por seguir uma sequência com coletas de dados através de questionários elaborados de forma sistemática (MINAYO, 2010).

Para Gil, (2009) a pesquisa documental trata-se de uma verificação de documentos que antes não foram analisados ou que ainda podem ser reanalisados conforme o objetivo da pesquisa.

### 4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva pediátrica de Mossoró, localizada no Hospital Wilson Rosado que se trata de um hospital particular, convênio SUS, situado à Rua Pedro Velho, 250, Bairro Doze Anos na referida cidade. É composta por 10 leitos, sendo um para isolamento, a UTI pediátrica dispõe de uma estrutura privilegiada devido aos equipamentos disponíveis e todo o suporte laboratorial que possui, contando também com uma equipe multiprofissional, dentre eles : médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas e assistente social, garantindo a qualidade da assistência.

A escolha do referente local ocorreu por ser a única unidade de terapia intensiva pediátrica na cidade e ter registro de caso da Síndrome de Guillain Barré em crianças. O que é de interesse do nosso estudo, até porque o trabalho de campo se apresenta como uma probabilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que almejamos



distinguir e estudar, mas também de criar um conhecimento, a partir da realidade presente no campo. (MINAYO, 2010).

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo, composta dos enfermeiros que fazem da escala da UTI, num total de dez enfermeiros. A amostra foi de oito enfermeiros. Os critérios de inclusão são: ser enfermeiro atuante no período em que o caso da Síndrome aconteceu na UTI pediátrica e que concorde participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: enfermeiros que não tenham presenciado ou que não aceite participar da pesquisa, como também aquele que se recusar a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada a partir de um roteiro de entrevistas estruturado, sendo que este método é mais utilizado no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informação contida na fala dos seus entrevistados. Ela não significa um diálogo desprezioso e uma conversa neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados por quem vivenciou a hipótese que impulsionou a pesquisa, enquanto sujeitos-objeto do estudo. Suas formas de efetivação podem ser de natureza individual e/ou coletiva. (MINAYO, 2010)

Também foi realizada leitura do prontuário da criança que fora atendida com a referida síndrome de que trata este estudo. Para tanto analisamos a assistência de Enfermagem que foi prestada a essa criança.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi formalizada após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE, Permitiu que os enfermeiros aptos a participar da pesquisa fossem abordados individualmente sobre os detalhes do estudo e, tendo aceitado a participação, um horário foi agendado de acordo com sua disponibilidade e também escolhido um ambiente adequado para a realização do procedimento de coleta dos dados. As entrevistas foram realizadas nos meses de março, abril

e maio de 2014 e gravadas em aparelho eletrônico e as informações alcançadas, transcritas e submetidas à análise.

#### 4.6 ANÁLISES DOS DADOS

Removidas de cada um a opinião principal e suas declarações chaves, empregamos a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005).

O Discurso do Sujeito Coletivo é um discurso sintetizado elaborado com pedaços da fala de sentido semelhante reunidos num só discurso (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005). Para assegurar a discrição e anonimato dos colaboradores, os mesmos serão identificados por pseudônimos, definidos posteriormente. Após a coleta das informações, a análise dos dados aconteceu conforme a literatura relacionada ao tema.

#### 4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida ressaltando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõem a Resolução 466/2013 CNS/MS. Para tanto a mesma foi submetida à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE.

A Resolução 466/2013 CNS/MS, trata-se de um documento de suma importância para o campo da bioética, no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por parte dos pesquisadores na realização de pesquisa com seres humanos. Este estudo será desenvolvido ressaltando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Conforme a Resolução 311/2007 COFEN, o profissional de Enfermagem deve respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas particularidades. O profissional de Enfermagem desempenha suas atividades com confiabilidade e competência para a promoção do ser humano na sua totalidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

Este estudo apresenta riscos mínimos aos participantes, que são: constrangimento ao responder determinadas perguntas ou envolvimento afetivo ou emocional do participante com a realidade estudada. Os benefícios, que superam os riscos, são: produção de novos conhecimentos na área, inclusive pouco estudada, e contribuições para a melhoria da qualidade da assistência e transformação da realidade.

Espera-se conhecer com o resultado encontrado nessa pesquisa a partir da análise da percepção dos enfermeiros da UTI Pediátrica de Mossoró/RN sobre a Assistência de

Enfermagem na Síndrome de Guillain Barré em crianças: Verificação na opinião dos enfermeiros, o conhecimento sobre a Síndrome de Guillain Barré e Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Síndrome de Guillain Barré, e com isso, compreender melhor esta Síndrome para poder contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica.

E como desfecho secundário espera-se encaminhar os resultados da pesquisa para publicação na Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança da Facene/Famene, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados na colocar o nome onde os dados foram coletados, instituições onde os dados foram obtidos, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional No 001/2013 MS/CNS.

#### 4.8 FINANCIAMENTO

Toda a despesa decorrente da viabilização desta pesquisa é de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança responsabilizará em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

## 5 ANÁLISE DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 ANÁLISE QUALITATIVA

Neste capítulo serão apresentados o resultado da coleta dos dados, para tanto utilizaremos o método do Discurso do Sujeito Coletivo exposto por Lefèvre e Lefèvre (2005), através de quadros que irão demonstrar o tema, ideias centrais e expressões-chaves dos discursos dos participantes do estudo. Para garantir o anonimato dos participantes serão utilizados codinomes como: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8.

**Quadro 1** - Ideia central e as expressões chaves da questão: “O que você entende por Síndrome de Guillain Barré”?

IDÉIAS CENTRAIS	EXPRESSÕES CHAVES
Doença autoimune	<p>“Síndrome autoimune pós-infecciosa [...] em que os anticorpos atacam a bainha de mielina [...] isso dificulta a condução nervosa”. E2</p> <p>“Doença neurológica que afeta parte do SNP [...]” E7.</p> <p>“Ela é conhecida como se fosse resultante do processo infeccioso [...]” E4.</p>
<p><b>DSC:</b> Doença neurológica que afeta parte do sistema nervoso periférico. Síndrome autoimune pós-infecciosa em que os anticorpos atacam a bainha de mielina e que dificulta a condução nervosa. Ela é conhecida como se fosse resultante de um processo infeccioso.</p>	

**Fonte:** Dados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2014.

Conforme quadro apresentado pode-se observar que existe conhecimento por parte dos entrevistados acerca do assunto e que mesmo de forma resumida existe entendimento no tocante à gravidade e possíveis consequências que ela (SGB) pode trazer a vida do paciente acometido com essa doença.

De acordo com Vargas et.al (2007) a Síndrome de Guillain Barré é uma poliradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda, sendo uma doença autoimune que por sua vez em grande parte dos casos é reversível, atinge principalmente os nervos motores causando comprometimento do sistema, sua evolução é de forma progressiva com perda do controle esfinteriano e diminuindo os reflexos tendinosos profundos.

Neves et.al (2007) afirma que a Síndrome se caracteriza por alguns sintomas clássicos como paralisia flácida, alterações sensitivas discretas e dissociação albumino-citológica.

**Quadro 2** Ideia central e as expressões chaves da questão: “O que você entende por Síndrome de Guillain Barré”?

IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÕES-CHAVES
Paralisia	<p>[...] se trata de uma paralisia flácida que começa nos membros inferiores [...]E6.</p> <p>[...] Vem fazendo paralisia de algumas partes do corpo e dependendo do grau pode até paralisar o corpo todo [...]E8.</p> <p>[...] a perda dos movimentos a sensibilidade e a força motora [...]E5.</p>
<p><b>DSC:</b> Se trata de uma paralisia flácida que começa nos membros inferiores com perda dos movimentos da sensibilidade e da força motora. E vem fazendo paralisia de algumas partes do corpo e dependendo do grau pode até paralisar o corpo todo.</p>	

**Fonte:** Dados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2014.

Respondendo a pergunta dos quadros acima os entrevistados entenderam que a Síndrome tem como principal sintoma a paralisia flácida que caracteriza um dos primeiros sinais da enfermidade, interessante é a forma como a doença se apresenta, com paralisia ascendente conforme bem colocado pelos participantes da pesquisa. Porém em alguns dos relatos podemos perceber que somente após a vivência com o caso ora relatado, é que os entrevistados se dá conta da necessidade de buscar conhecimento acerca da doença.

Neves (2007) Afirma que poucos profissionais conhecem a Síndrome e os cuidados de Enfermagem relacionados, por se tratar exatamente de um assunto pouco conhecido e pelo fato da doença ser rara em crianças.

Exatamente como expõe Vargas et al (2007) que na SGB ocorre um comprometimento dos membros periféricos ascendente, com isso a perda da força muscular. E o que mais chama a atenção em pediatria no geral são os casos em que comprometem os

músculos respiratórios, da deglutição e em alguns casos até os músculos oculares caracterizando a variante mais comum da SGB a Síndrome de Miller-Fischer.

**Quadro 4-** Ideia central e as expressões chaves da questão: O que você entende por Sistematização da Assistência de Enfermagem?”

IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÕES-CHAVES
Plano de cuidados	<p>(...) uma padronização dos cuidados de enfermagem, um plano de cuidados serão desenvolvidos com o paciente (...) E3.</p> <p>Na verdade é um conjunto de ações que a Enfermagem vai fazer (...) eu vejo como algo muito positivo porque você vai direcionar uma atenção mais especializada (...) E8.</p> <p>(...) para uma melhor qualidade de assistência ao paciente, ou seja, ao usuário. (...)E4</p> <p>(...) diariamente o cuidado na assistência ate chegar a melhora do seu quadro (...) E5</p> <p>(...) como tal ajuda o enfermeiro a tomar decisões, prever e avaliar consequências (...) E6.</p> <p>(...) Permite utilizar o conhecimento e habilidade de forma organizada e orientada E6.</p>
<p><b>DSC:</b> Na verdade é um conjunto de ações que a Enfermagem vai fazer para uma melhor assistência ao paciente, ou seja, ao usuário, é um plano de cuidados que serão desenvolvidos com o paciente diariamente na assistência até chegar à melhora do seu quadro. Eu vejo como algo muito positivo porque você vai direcionar uma atenção mais especializada com uma padronização dos cuidados de Enfermagem. Como tal, ajuda o enfermeiro a tomar decisões, prever e avaliar consequências. Permite utilizar o conhecimento e habilidade de forma organizada e orientada.</p>	

**Fonte:** Dados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2014.

No tocante ao quadro acima apresentado ficou claro, que todos os participantes concordam que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é um importante instrumento a favor de uma assistência de qualidade e que os planos de cuidados estabelecidos pelo enfermeiro só tende a contribuir com a prática do cuidado, como também contribui para a melhora e reabilitação do paciente.

Os elementos que compõem o processo do diagnóstico de Enfermagem no exercício reflexivo quanto a prática clínica, requer muito empenho. Na busca de garantir o bem estar do paciente ou o estar melhor, destacamos a necessidade desse olhar crítico, levando em consideração três pontos: o pensamento crítico para que de forma lógica possa conduzir o diagnóstico, raciocínio clínico associando a teoria com a necessidade de intervenção e o julgamento clínico que permitiu a avaliação das intervenções prescritas para o paciente. (CROSSETTI, 2008).

**Quadro -5** Relacionado à Ideia central e as expressões chaves da questão: Descreva sua prática na assistência à criança com Síndrome de Guillain Barré.

IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÕES-CHAVES
Cuidados e intervenção	<p>(...) a mudança de decúbito né que é muito importante porque o paciente fica paralisado (...)E3.</p> <p>[...] você tem que se desdobrar entre cuidar da família que tá que não entende que [...] muitas vezes se revolta e o cuidado de uma criança num estado grave muitas vezes um processo emocional com a família (...)E2.</p> <p>(...) muito importante cuidados com a pele [...] higiene, o banho no leito, cuidados com assaduras como usar cremes protetores (...)E3.</p> <p>Então assim no primeiro momento que a criança esta numa fase bem aguda é de muita dor (...) E2.</p> <p>(...) o conforto controle da dor o apoio psicológico a família a mãe principalmente (...)E4.</p>

	<p>(...) Deve ser feita uma avaliação do estado psicológico, níveis de dor e comportamento, além das potenciais complicações desta fase: insuficiência respiratória (...) E7.</p>
<p><b>DSC:</b> Então assim, no primeiro momento que a criança está numa fase bem aguda e de muita dor, deve ser feita uma avaliação do estado psicológico, níveis de dor e comportamento, além das potenciais complicações desta fase: insuficiência respiratória. A mudança de decúbito que é muito importante, porque o paciente fica paralisado, são muito importantes os cuidados com a pele, a higiene, o banho no leito, cuidados com assaduras como; usar cremes protetores, o conforto e controle da dor. O apoio psicológico a família, a mãe principalmente, você tem que se desdobrar entre cuidar da família que tá que não entende e muitas vezes se revolta e o cuidado de uma criança num estado grave, é muitas vezes um processo emocional com a família.</p>	

**Fonte:** Dados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2014.

O que podemos observar no relato dos entrevistados, é a preocupação com uma assistência humanizada, digamos que de uma forma contextualizada. O que ficou claro é que a assistência não tinha apenas como base a criança doente em se, mas tudo o que a envolvia, como as suas necessidades de cuidados com a higiene corporal, o alívio e controle da dor que segundo os relatos era algo sempre presente durante as intervenções. As observações quanto à necessidade de apoio psicológico tanto a criança quanto a família e em especial a mãe, que entendemos pelo teor dos relatos apresentava desequilíbrio emocional frente ao diagnóstico tornando as intervenções mais difíceis, visto que a figura da mãe para a criança era essencial naquele momento. Enfim podemos dizer que o apoio emocional trabalhado pela equipe é de grande efeito sendo levadas em consideração as circunstâncias em que se encontrava a criança debilitada em local diferente e longe da sua realidade.

Durante as entrevistas foi colocado varias vezes em exposição o comprometimento da equipe multidisciplinar que compõe a referida unidade. A produção de conhecimento compartilhado de forma transdisciplinar rompe fronteiras e enriquece o serviço, sem que cada profissional perca a sua especificidade seja ele do serviço social ou médico, o que importa e a integralidade da assistência com praticas que promovam qualidade ao paciente enquanto este estiver sobre os cuidados da equipe (BRASIL, 2010).



Conforme Molina et al (2007) o estresse da criança é algo que se deve esperar, a final de contas não é fácil de uma hora pra outra, sair da sua zona de conforto para um lugar onde o ambiente lhe causa desequilíbrio emocional, do contrário a isso temos a importância da presença da família nesse momento onde a relação criança/família/equipe, principalmente quando a mãe pode está presente, contribuindo para a diminuição dos efeitos negativos da internação. Melhorando até o processo de adaptação do paciente ao ambiente hospitalar.

**Quadro-6** Referente à Ideia central e as expressões chaves da questão: “Qual a maior dificuldade encontrada por você no momento de aplicar as intervenções prescritas”?

IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÕES-CHAVES
<p>Falta de conhecimento</p>	<p>[...] Minha maior dificuldade foi para compreender a doença, pois não tinha nenhum conhecimento sobre a doença [...] E6.</p> <p>A Síndrome Guillain Barré pra mim foi muito nova, eu nunca tinha visto, [...], portanto a gente aprendeu bastante com essa doença [...] É a falta mesmo do conhecimento de nunca ter pego essa síndrome [...] agente teve que estudar né pesquisar em internet ter aulas com os médicos da equipe pra aproveitar e aprender a trabalhar[...] E1</p>
<p><b>DSC:</b> A Síndrome Guillain Barré pra mim foi muito nova, eu nunca tinha visto, agente teve que estudar pesquisar em internet, ter aulas com os médicos da equipe pra aproveitar e aprender a trabalhar. É a falta mesmo do conhecimento de nunca ter pego essa síndrome. Minha maior dificuldade foi para compreender a doença, pois não tinha nenhum conhecimento sobre a doença. Portanto a gente aprendeu bastante com essa doença.</p>	

**Fonte:** Dados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2014.

Segundo relato dos entrevistados uma das dificuldades na pratica da Assistência de Enfermagem, foi a falta de conhecimento sobre a Síndrome de Guillain Barré na infância, o fato de ser rara em crianças trouxe um desafio aos enfermeiros da assistência em UTIp para tanto fez-se necessário uma busca por conhecimento teórico sobre o assunto e discussão com a equipe para promover um entendimento múltiplo sobre a evolução da doença na medida em que o tratamento teria continuidade. Podemos observar durante as entrevistas as expressões de alívio em poder falar com certa propriedade após vivência de um caso que ate então a maioria não tinha visto ou assistido uma criança com essa doença. A preocupação dos profissionais em garantir uma assistência de qualidade, fez com que toda a equipe multidisciplinar que fazem parte do serviço, buscasse uma maneira de dar sua contribuição para melhora do paciente. Entendemos que a necessidade de conhecimento acerca dessa doença, é notória no universo dos que trabalham em UTIp devido a especificidade que a norteia.

Conforme expressa Faquinello et al (2007) um principio norteador para uma assistência de qualidade é também a promoção de estudos dessa natureza onde se destaca a realidade e as expectativas da equipe de profissionais de saúde na busca da melhoria e estratégias que possam contribuir com a qualidade de vida e saúde de todos os envolvidos nesse processo.

“Como profissionais de saúde, precisamos buscar na pesquisa científica e nas diversas abordagens de “fazer ciência”, meios e estratégias que nos permitam olhar criticamente nossas realidades, identificando lacunas e caminhos de transformação” (FAQUINELLO et al., 2007) citação direta

**Quadro-6** Referente à Ideia central e as expressões chaves da questão: “Qual a maior dificuldade encontrada por você no momento de aplicar as intervenções prescritas”?

IDEIA CENTRAL	EXPRESSÕES-CHAVE
	(...) ‘Infelizmente’ um dos maiores problemas que eu encaro na minha pratica é a aderência dos outros colegas ao uso dos instrumentos da sistematização da assistência, [...] não é documentado então ele faz um achado importante, mas ele não registra, ele não planeja e a assistência pra aquela criança muitas vezes pra sair da

Resistência à adesão a SAE por parte dos profissionais	<p>mesmice (...) E2.</p> <p>A maior dificuldade é porque nem toda a equipe ela consegue entender o processo do trabalho de enfermagem ela consegue entender a sistematização [...] a falta de aproximação de alguns profissionais [...] E8.</p> <p>[...] vai traçar a melhor meta e o melhor objetivo e o melhor trabalho para fazer com a criança, ou qualquer paciente [...] E1.</p>
<p><b>DSC:</b> A maior dificuldade é porque nem toda a equipe ela consegue entender o processo do trabalho de Enfermagem, ela consegue entender a sistematização. Infelizmente, um dos maiores problemas que encaro na minha pratica é a aderência dos outros colegas ao uso dos instrumentos da sistematização da assistência. Traçar a melhor meta e o melhor objetivo e o melhor trabalho para fazer com a criança, ou qualquer paciente, não é documentado, então ele faz um achado importante, mas ele não registra, ele não planeja a assistência pra aquela criança, muitas vezes pra não sair da mesmice. A falta de aproximação de alguns profissionais.</p>	

**Fonte:** Dados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2014.

Nesse contexto o que nos chama a atenção é para os relatos sinceros dos entrevistados no que tange a resistência dos próprios profissionais de Enfermagem ao uso da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), em seu cotidiano mesmo sabendo que se trata de um instrumento eficaz de sistematização do cuidado e ainda assim alguns agem com rejeição.

Em todos os relatos das outras questões relacionadas aos benefícios da SAE foi mencionado a sua importância e a ajuda relevante que a sistematização produz a pratica dos cuidados de Enfermagem, porém segundo as expressões do discurso do quadro acima citado, um dos principais motivos que promove essa resistência é a falta de conhecimento teórico da SAE como também a indisposição de trabalhar com novas expectativas e práticas que permitam uma nova reflexão no exercício do cuidado de Enfermagem.

Para Câmara et al (2010) a implantação do processo de Enfermagem requer perseverança e instrumentalização da equipe através de oficinas que possibilitem o

aprendizado do novo, sabendo que nessa trajetória podem surgir questionamentos, dúvidas e incertezas que conduziram a novas reuniões e consequentemente o desenvolvimento de ações educativas para instrumentalizar tanto enfermeiros quanto a equipe de técnicos de enfermagem para que esse conhecimento seja compartilhado e compreendido toda a importância do processo de Enfermagem.

**Quadro-7** Referente a Ideia central e as expressões chaves da questão :” Para você quais os benefícios da sistematização da assistência de Enfermagem a criança com a Síndrome “?”

<b>IDÉIA CENTRAL</b>	<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>
Continuidade da assistência	<p>[...] Com certeza a nossa assistência contribuiu a melhora do quadro pra gente ver aquela criança se levantar, sentar, andar e sair daqui falando acompanhado pela mãe numa cadeira de rodas ainda, mas saber depois que ele já tava correndo [...] E5.</p> <p>[...] Benefícios dessa sistematização são [...] a padronização dos cuidados em cima das necessidades do paciente[...] a gente elabora os diagnósticos de acordo com o quadro clínico do paciente [...] diariamente em cima de cada necessidade que ele tem porque o quadro clínico dele vai mudando e a necessidades dele também vão modificando e cada cuidado vai sendo elaborado em cima daquele diagnóstico e[...] plano de cuidados [...] e o diferencial é esse[...] E3.</p> <p>[...] Ela é muito boa porque eu vou ter continuidade da minha assistência, eu não vou ter quebra eu vou ter continuidade e quem chegar pra assumir o plantão [...] vai conseguir ver o que já foi feito [...] e caminhar dentro dessa linha do que já está fazendo[...] E8</p> <p>[...] o quanto ela vai evoluindo e eu acho isso muito bonito e é uma [prescrição] de enfermagem um enfermeiro atento a uma [prescrição] bem feita ela consegue contemplar em cada período desse o que de melhor você pode fazer por aquela criança [...] E 2.</p>

**DSC:** Os benefícios dessa sistematização é a padronização dos cuidados em cima das necessidades do paciente. Agente elabora os diagnósticos de acordo com o quadro clínico do paciente e diariamente em cima de cada necessidade que ele tem, esse é o diferencial. Porque o quadro clínico dele vai mudando e as necessidades também vão modificando e cada cuidado vai sendo elaborado em cima daquele diagnóstico e plano de cuidados. Com certeza a nossa assistência contribuiu para a melhora do quadro. Pra gente ver aquela criança se levantar, sentar, andar e sair daqui falando acompanhado pela mãe numa cadeira de rodas ainda, mas saber depois que ele já estava correndo, o quanto ela vai evoluindo eu acho isso muito bonito e é uma [prescrição] de Enfermagem, um enfermeiro atento a uma [prescrição] bem feita ela consegue contemplar em cada período desses, o que de melhor você pode fazer por aquela criança.

**Fonte:** Dados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2014.

Mediante discurso apresentado referente aos benefícios alcançados através da SAE tanto para vida do paciente quanto para qualificação da equipe de Enfermagem é relevante os relatos dos entrevistados. A elaboração dos cuidados, as intervenções prescritas e análise dos resultados, motiva a equipe a dar continuidade ao processo de Enfermagem. A cada avaliação positiva ou negativa desperta o interesse da enfermeira em manter uma avaliação mais criteriosa mesmo que pra alguns, que não tinham vivência em outros serviços com a sistematização tornou-se prazerosa a pratica da SAE no seu cotidiano na Utip.

O desafio é fazer com que a equipe reconheça as suas próprias limitações, seus valores e suas crenças. Desse modo poderá desenvolver sentimento de confiança em si mesma e, com isso, construir um caminho para estabelecer um relacionamento mais harmonioso, tanto no cuidado, como no ambiente de trabalho da UTIp (PAULI; BOUSSO, 2002).

Para Moraes e Costa (2007) a experiência da hospitalização para uma criança é bastante desagradável e tem efeitos prologados, a separação do seu ambiente e da companhia dos seus entes queridos para um ambiente hostil e associado a morte e sofrimento torna ainda mais difícil a aceitação e superação desse momento.

Como sendo um dos objetivos da clinica ampliada a humanização da assistência prestada ao “objeto de trabalho” (o cliente/ paciente) propõe a ampliação da finalidade do trabalho clínico que além de curativo, preventivo e de reabilitação seja compreendido em seu contexto biopsicossocial (CAMPOS; AMARAL 2007).

## 5.2 RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, pesando 40 kg, medindo 1,22cm, residente na cidade de triunfo potiguar, proveniente do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), admitido nesta unidade de terapia intensiva com história de paralisia em MMII e MMSS de forma ascendente e simétrica iniciado à +/- 4 dias. Segundo a sua genitora o mesmo apresentou estado gripal há uma semana, com tosse persistente e febre. Há um dia começou apresentar disartria e hoje pela manhã não conseguiu engolir água. No HRTM foi realizado coleta do liquor, o qual não foi tão específico para Síndrome de Guillain Barre (SGB), ainda foram realizados tomografia de crânio com resultado sem anormalidades, no entanto frente a ascensão da paralisia e aparecimento da disartria e disfagia além de desconforto respiratório foi encaminhado para unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIp ),chegando às 20:15hs. A admissão, menor apresentava desconforto respiratório, com tiragem intercostal inferior e superior, enchimento capilar maior que dois segundos, frequência respiratória de 36mrp, de modo que associado com o quadro já descrito foi decidido realizar intubação eletiva e colocado em ventilação mecânica.

Demais exames físicos paresia em MMII e MMSS, disartria, ausculta pulmonar diminuída murmúrios vesiculares com estertores grossos em ambos hemitórax principalmente em base do pulmão direito. abdômem flácido, ausculta cardíaca ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros, frequência cardíaca de 112bpm.glasgow de 13. Não evidenciado paralisia facial antecedentes, genitora nega patologias na família, hábitos de vida saudável + guloseimas. Início de antibioticoterapia, sedação com midazolam e fentanil, hidratação venosa, e prescrito imunoglobulina humana e solicitados os exames laboratoriais e complementares, RX de tórax, hemocultura, e eletrólitos. No 2º dia de internação criança segue grave porém estável confortável com respirador, hidratado, hipocorado, boa diurese.neurologico sedado, resposta a estímulo doloroso, pupilas mióticas, cardiovascular PCR , em 2t, sem sopros, FC 130bpm, bem perfundido, AP murmúrios vesiculares presentes simétricos sem ruídos adventícios, FR 22mrp, abdômem flácido, indolor, infeccioso com leucócitos elevados e desvio á esquerda. Paciente em segundo dia de antiotocoterapia e uso de imunoglobulina humana, sedação, passado sonda nasoenteral para início de dieta de prova. No quinto dia criança evoluindo estável, eupnéico, acianótico, bastante secretivo confortável ao respirador, sem movimentos em MMII e MMSS. Solicitado imonuglobulina para ultima dose. No 9º de DIH, criança grave com diagnostico, de Síndrome de Guillain Barré

apresentando quadro de pneumonia nosocomial, e hipertensão arterial, tendo alguns picos hipertensivos relacionados a presença materna, dor abdominal relacionada a dieta. Ao exame físico bom estado geral, em VMI confortável, corado, hidratado, vigil, realizado ressonância crânio/lombar. No vigésimo dia de internação menor apresenta intercorrências de dois picos febris de 37.8-38c, estado geral regular, eupnéico, acianótico, anictérico bem perfundido, hidratado, corado, afebril ao toque. neurológico atende ao comando, Glasgow de 11, em uso de cefepime, solicitados exames de rotina e solicitado cirurgião para realização de traqueostomia em dieta zero até 2ª ordem,. Em uso de lasix e tramal ACM, realizado traqueostomia com sucesso. 23 DIH criança evolui com vários picos hipertensivos, afebril há 2 dias, ao exame físico acordado, consciente, orientado desconfortável em VMI, corado, sudorese, extremidades sem edemas, pulso cheio, em dieta líquida com maior aporte calórico. No 44 DIH, criança em estado geral bom sem evacuar há 6 dias queixas de dor em MSD, não dormiu a noite, ao exame EGB, eupneico, corado, hidratado, afebril, suspendo berotec e omeprazol. No 50 DIH evolui bem sem intercorrências, EGB, eupneico, corado, hidratado, tubo traqueal fechado, RCR 2t, BNF, MV+, sem RA, abdômen depressível sem megalias, extremidades sem edemas, pulso cheio, diurese presente, evacuação presente, recebeu atendimento da fonaudióloga, mãe sendo treinada para realizar aspiração de traqueostomia e cuidados gerais com higiene e dietas. No 51 DIH criança estável, hidratado, AP MV+, simétrico, abdômen flácido, sem edemas de MMII, normotenso, suspender o uso de fraldas descartáveis. No 56 DIH evolui sem intercorrências, EGB, eupneico, corado, hidratado, afebril, programada a alta para o dia seguinte, criança recebeu atendimento de fonaudióloga. No 57 DIH criança recebe alta hospitalar. E segundo informações de familiares em menos de 6 meses após, iniciou a deambulação e até andar de bicicleta.

As prescrições de Enfermagem associada a cada prescrição médica e formulada de acordo com o diagnóstico de Enfermagem determinado após realização das etapas que compõe o processo de Enfermagem. Na admissão criança admitida na UTIp procedente de triunfo potiguar veio com sua genitora acompanhada pela equipe do SAMU do HRTM, com quadro de paresia em MMII e MMSS, não conseguiu deglutir, tosse produtiva, secretivo de cor amarelada e espessa, febril, desconforto, respiratório, foi entubado com tubo 6,5, iniciado antibioticoterapia, AVP em MSD, MSE com hidratação venosa em curso, monitoração cardíaca sob cuidados e observação da equipe. No dia seguinte após exame físico os seguintes diagnósticos foram observados:

**2º DIH, Exame Físico e Evolução de Enfermagem,** Criança sedada, pupilas mióticas, acianótico em uso de Midazolan e Fentanil, AP MV + boa expansibilidade em VMI, AC

rítmico, monitorado, em jejum diurese por SVD (Sonda Vesical Demora), sem edema em MMSS, MMII, força motora diminuída; Criança com H.D de SGB continua com VMI, SPO<sub>2</sub> de 97%, realizada S.N. gastro nº 12 aberta eliminando 15 ml de secreção de cor esverdeada. **Diagnóstico de enfermagem**, Risco para transmissão de infecção relacionada a colonização de agentes persistentes padrão respiratório ineficaz, troca de gases prejudicada relacionada a desequilíbrio ventilação/ perfusão, risco para aspiração por pressão gástrica, sonda, integridade da pele prejudicada relacionado a imobilização; integridade tissular prejudicada relacionado à drenos e cateteres mobilidade física prejudicada relacionado a dor e imobilização. Conflito no desempenho pai/mae relacionado a doença com cuidados especiais. Risco para tempo desequilibrada. **Prescrições de Enfermagem**, Monitoração do SSVV 2/2hs, balanço hídrico rigoroso, aspirar VAS e intratraqueal, observar perfusão periférica e cianose higiene e conforto, limpeza genital com água e sabão. Anotar eliminações fisiológicas, higiene ocular com SF 9%, higiene oral observar sinais de flebite/infiltração, registrar volumes infundidos na alimentação supervisionar dieta, lavagem SNE após administrar dietas e medicações com 10 ml de água, realizar rodízio de manguito e oxímetro.

**5º DIH Exame Físico e Evolução de Enfermagem**, Criança em 5º DIH sedada em uso de Midazolan + Fentanil, acianótica, mucosas coradas, não apresenta secreção ocular e oral, A. pulmonar boa expansibilidade MV + estertores em ambos Hemitórax, realizado aspiração, AC, rítmico, monitorado, Abdômen plano, flácido, dieta por SNG, evacuação ausente diurese por SVD. MMII, MMSS edema ausente, força motora diminuída, sensibilidade diminuída, boa perfusão, AVP em MMSS D e E. 18h40min saiu para realizar exame de ressonância magnética de crânio acompanhado por anesthesiologista + enf<sup>a</sup> + maqueiro em ventilação manual. 20h40min retornou da sala de exames, SIC do médico acompanhado, apresentou refluxo sanguíneo em AVD em MSD de tal maneira que dificultou a execução de todos os exames. **Diagnóstico de Enfermagem**, Risco para infecção relacionado à hospitalização; padrão respiratório ineficaz; desobstrução ineficaz VAS- hipersecreção; risco para aspiração relacionado a COT/traqueostomia integridade de pele prejudicada relacionada a imobilidade integridade tissular prejudicada/drenos/cateteres conflito no desempenho do papel pai/mãe relacionado à doenças com unidades especiais. **Prescrição de Enfermagem**. Monitorização de 2/2hs, controle hídrico rigoroso; aspirar VAS; observar perfusão periférica e cianose; observar/comunicar alteração padrão respiratório; higiene e conforto, banho no leito, limpeza genital; anotar eliminações fisiológicas- pesar fraldas, volume urinário; higienização ocular com SF 9%, higienização oral clorexed; observar sinais de flebite/infiltração; registrar volumes infundidos, manter AVD heparinizado, manter decúbito elevado, chegar posição da



sonda antes de administrar dietas, administrar dieta enteral sem descontar resíduos, lavar sonda após administrar dieta ou medicações com 10ml de água, realizar rodízio de oxímetro e manguito a cada 2/2hs. **9 DIH exame físico e Evolução de Enfermagem**, Criança sonolento, hidratada, corada, boa expansibilidade em VMI, AC rítmico, monitorado, AVP em MSE abdômen plano flácido, ruídos hidroáereos presentes, dieta por sonda, diurese por SVD+ evacuação presente, não apresenta edemas em MMII e MMSS, força motora ausente, pré-adolescente acomodado em cama com grades e decúbito elevado aguarda RNM, colhido rotina laboratorial. 21h30min criança apresentou rush cutâneo em região da face, pescoço e tórax após realização da RNM, (reação alérgica ao contraste? Fentanil?) antecipada ranitidina e administrado decadron EV e prometazina em SNG apresentando melhora do quadro. 18/05/2013 4h20min criança apresentou sudorese, fria, hiposaturação e taquicardia, administrado atropina, mudado parâmetro de respirador e aspirado TOT + VAS. **20º DIH, Evolução de Enfermagem.** Criança acordada, confuso, pupilas isocóricas, apresentando hipotonia + flacidez, acianótico, mucosas corcidas, ausência de secreção ocular e oral, A pulmonar boa expansibilidade, roncos em ambos Hemitórax. A C rítmico, monitorado, cateter venoso central em veia subclávia esquerda, abdômen plano, flácido ruídos adventícios presentes, dieta por sonda, diurese por SVD de aspecto concentrado às 12h realizada TQT sob sedação + analgésica com sucesso. Criança com queixa de algia, feita medicação, realizado procedimentos e cuidados de enfermagem fica ceftriaxona a ser realizada. **Diagnóstico de Enfermagem sem diagnóstico no dia relacionado, Prescrição de Enfermagem.** Observar perfusão periférica e cianose. Higiene e conforto, banho leito, registrar volumes infundidos, manter decúbito elevado, alimentação lavar SNE/SNG após dieta/medicação. **23º DIH, Evolução de Enfermagem.** Criança acordado, pupilas isocóricas, acianótica, corada, boa expansibilidade, A, pulmonar MV+, aspiração, AC rítmico, monitorizado abdômen flácido, plano, dieta por sonda, diurese por SVD límpida, evacuação, ausência edema em MMSS e MMII. Paciente secretivo, aspirado sempre + oximetria de pulso padrões de sinais vitais, sem anormalidades, eliminações presentes, segue em observações da equipe. **Diagnóstico de Enfermagem.** Risco para infecção relacionado hospitalização, risco de aspiração COT/traqueostomia; integridade de pele prejudicada. Imobilização; mobilidade física prejudicada imobilização; proteção ineficaz; conflito no desempenho do papel pai/mãe doença com cuidados especiais; padrão de sono perturbado, hospitalização; nutrição desequilibrada que as necessidades corporais. **Prescrição de Enfermagem.** Monitorização de SSVV 2/2hs, balanço hídrico rigoroso, aspirar VAS, observar perfusão periférica e cianose, observar/comunicar alteração padrão respiratório, observar e nível de água dos

umidificadores, preencher com água destilada sempre que necessário. Higiene e conforto banho no leito, limpeza genital com água e sabão, anotar eliminações fisiológicas, higiene ocular ABD Higiene oral c/ BIC, observar sinais de flebite/infiltração, registrar volumes infundidos, manter AVD heparinizado, manter decúbito elevado, oferecer e anotar a aceitação. **44º DIH Exame físico e Evolução de Enfermagem.** Criança acordado, corada, acionótica, boa expansibilidade abdômen plano dieta por via oral diurese espontânea. Ausência de edemas em MMII MMSS, força motora diminuída, sensibilidade preservada, perfusão boa. Paciente estável, queixando-se de dores, no braço, sono prejudicado, aceitando regular a dieta, não evacuação, segue aos cuidados da equipe. **Diagnóstico de Enfermagem.** Risco para temperatura desequilibrada exposição ao frio/calor; padrão do sono perturbado-hospitalização. **Prescrição de Enfermagem** Monitorização SSVV 2/2hs, balanço hídrico rigoroso, aspiração VAS, observar perfusão periférica e cianose, observar/comunicar alteração padrão respiratório, higiene com conforto banho no leito, anotar eliminações fisiológicas, pesar fralda, volume urinário, observar sinais de flebite/infiltração, registrar volumes infundados, estimular deambulação. Oferecer e anotar aceitação de dieta oral. **50 DIH, Exame físico e evolução de Enfermagem** Acordado, acianótica, hidratada, corada asecretivo expansibilidade boa, sem acesso venoso, dieta VO diurese espontânea, ausência de edemas em membros, força motora preservada, sensibilidade preservada. Menor evoluindo sem intercorrências, consciente, orientado, afebril, em ar ambiente, com eliminações SIC da genitora normais, aguarda em observação. **Diagnóstico de Enfermagem** Risco para infecção relacionado hospitalização. **Prescrição de Enfermagem** Monitorização SSVV, peso, balanço hídrico rigoroso, aspiração VAS; observar perfusão periférica e cianose, observar/comunicar alteração padrão respiratório, higiene e conforto banho no leito, anotar eliminações fisiológicas, pesar fraldas, manter decúbito elevado, estimular deambulação. **51º DIH Exame físico e evolução de Enfermagem** Acordado, pupilas isocóricas, acianótica, corada, AC rítmico, AP boa expansibilidade, abdômen plano, dieta via oral, diurese espontânea de aspecto límpida evacuação presente ausência de edemas em membros força motora diminuída e sensibilidade diminuída. Criança evolui bem, em ar ambiente, corado, hidratado, aceita bem a dieta com a necessidade fisiológicas normais com traqueostomia fechado, fica em observação da equipe, com alimentação ora e sem acesso venoso, criança evoluindo sem intercorrências no período da noite. **Diagnóstico de Enfermagem,** Risco de infecção relacionado hospitalização e doença crônica risco de aspiração, proteção ineficaz, padrão de sono perturbado. **Prescrição de Enfermagem** Monitorização SSVV, balanço hídrico rigoroso, observar perfusão periférica e cianose, observar/comunicar alteração do padrão respiratório,

higiene com conforto banho chuveiro, anotar eliminações fisiológicas, alimentação por via oral, oferecer e anotar aceitação. Rodiziar probe e manguite a cada 2hs; recreação e brinquedo terapêutico. **56º DIH Exame físico evolução de Enfermagem** Acordado, pupilas isocóricas, acionática, hidratada corada, ausência de secreção ocular e oral, AP MV+ boa expansibilidade, ausência de enfisema cutâneo, suspenso aspiração, AC rítmico, monitoração, Abdômen flácido, diurese espontânea, ausência de edema em membros, criança evoluindo sem aceitando bem as dietas, segue aos cuidados da equipe. **Diagnóstico de Enfermagem** Risco para infecção relacionado hospitalização, integridade de pele prejudicada imobilização; conflito no desempenho do papel pai/mãe doença com cuidados especiais, dor aguda, nutrição desequilibrada. **Prescrição de Enfermagem** Monitoração SSVV 4/4hs, balanço hídrico rigoroso, observar perfusão periférica e cianose, observar/comunicar alteração padrão respiratório, higiene e conforto, banho chuveiro, limpeza genital com água e sabão, anotar eliminação fisiológicas, higiene ocular com água higiene oral BIC, manter decúbito elevado, alternar decúbito 2/2 hs. **57 DIH Exame físico e evolução de enfermagem** Criança acordada, hidratada, corada, AP boa expansibilidade, suspenso a aspiração, AC rítmico, normocárdico, sem monitorização, sem acesso venoso, abdômen flácido, plano, dieta via oral, deglutição coordenada, diurese espontânea, evacuação ausente, ausência de edemas em membros, força motora diminuída, sensibilidade preservada, boa perfusão, 10hs paciente evoluindo bem, saiu de alta hospitalar acompanhado por sua mãe em ambulância do município de origem. **Diagnóstico de enfermagem** Conflito no desempenho do papel pai/mãe doença com cuidados especiais; dor aguda, nutrição desequilibrada que as necessidades corporais. **Prescrição de enfermagem** Monitoração dos SSVV, balanço hídrico rigoroso, observar perfusão e cianose, observar/comunicação alteração padrão respiratório; higiene e conforto, banho no chuveiro anotar eliminações fisiológicas; manter decúbito elevado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o presente estudo tem importante relevância para a comunidade acadêmica e que os resultados contribuirão para ampliar o conhecimento da Enfermagem atuante em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. No tocante ao tema proposto no referido trabalho a Sistematização da Assistência de Enfermagem a criança acometida com a Síndrome de Guillain Barré, foi um desafio, porém prazeroso. Por se tratar de um tema pouco conhecido, encontramos muitas dificuldades no tocante a referencial teórico voltado a Síndrome em crianças.

A satisfação é percebermos que os objetivos propostos foram alcançados com sucesso, quando na análise dos dados os entrevistados demonstraram interesse e disposição pra responder às questões e que as respostas vieram a confirmar a hipótese levantada neste trabalho, encontramos receios quanto a pratica da SAE à criança com SGB e relatos de que em algum momento vieram duvidas quanto a que intervenção realizar no momento do exame físico para iniciar a prescrição de Enfermagem.

Mediante a análise dos resultados constatamos que em algumas prescrições as intervenções eram praticamente as mesmas e que na maioria das vezes o processo de Enfermagem era realizado seguindo todas as etapas, mas, no entanto, na grande parte das prescrições analisadas, o resultado destas não era registrado deixando assim uma lacuna na assistência, pois se precisamos prescrever, também precisamos avaliar o resultado do que foi prescrito.

A vivência desse caso, tão específico, e que após um ano de inauguração da UTIp em Mossoró-RN não houve outro semelhante, proporcionou aos enfermeiros uma experiência única, que nos despertou para a necessidade de ampliar os conhecimentos ora adquiridos e também sobre a necessidade de continuar nessa busca, de procurar diminuir as lacunas abertas no cotidiano de cada profissional que muitas vezes acomodado ao seu “habitat” não se preocupa em melhorar sua prática e com isso valorizar e qualificar sua assistência. Para tanto está a nossa disposição esse instrumento poderoso chamado SAE que representa mais um desafio enfrentado pela enfermagem atuante em UTIp, um universo complexo, cheios de incertezas e que exige do profissional enfermeiro habilidade, conhecimento pratico e teórico de forma ampla e humanística.

## REFERÊNCIAS

- BENETI Giselle Maria; SILVA Dani Luce Doro Barré. Síndrome de Guillain-Barré Semina: **Ciências Biológicas e Saúde**, Londrina, v. 27, n. 1, p. 57-69, jan./jun. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Brasília: MS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: cadernos do aluno, instrumentalizando a ação profissional. Brasília, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CÂMARA, Sônia Maria Campos et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade Neonatal: relato de experiência. **Revista Tendências da enfermagem profissional**, v.2, n.2, p.38-41, 2010.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para reforma do hospital. **Ciência e Saúde coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007.
- CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Raciocínio clínico e julgamento clínico no processo diagnóstico na Enfermagem. **Enfermagem Atual**, v.45, p.39-43, 2008.
- CROSSMAN, A. R.; NEARY, D. **Neuroanatomia ilustrada**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- DAVIES, A. et.al. **Fisiologia Humana**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice R. **DE – Diagnósticos de Enfermagem**: intervenções, prioridades, fundamentos. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- FAQUINELLO, Paula; HIGARASHI, Iêda Harumi; MARCON, Sônia Silva. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.4, p. 609-616, out./dez. 2007.
- GAUZZI, Luciana Dolabela Veloso; FONSECA, Luiz Fernando. Polirradiculoneurite Aguda (Síndrome de Gullian-Barré). In: FONSECA, L. F. et al. **Manual de neurologia infantil**: clínica, cirúrgica, exames complementares. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed.-2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.
- LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito Coletivo**: Um Enfoque em Pesquisa Qualitativa. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.
- MALUCELLI, Andreia et al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.4, p.629-236, jul./ago. 2010.

MENDES, Andréa F. Síndrome de Guillain-Barré. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.100, n.3, jul./ago. 2012.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega; COSTA, Solange Fátima Geraldo da. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v.43, n.3, p.639-646, 2009.

MOSSORÓ (Município). Secretaria municipal de saúde. **Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**. Mossoró, 2013.

NEVES, M. A. O. et al Síndrome de Guillian Barre na infância: relato de caso. **Rev. Neurociencia**, v.15, n.4, p.329-333, 2007.

PAULI, Maria Cristina; BOUSSO Regina Szylyt. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Latino-am.Enfermagem**, v.11, n.3, p.280-286, maio/jun. 2003.

SAMPAIO, Maria João et al. Síndrome Guillian Barré em idade pediátrica: protocolo de actuação. **Acta Pediatr Port.**, v.42, n.1, p.33-42, 2011.

SMELTZER, S. et.al. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, Adriana Verli; SOUZA, Michelle A. Ferreira. Síndrome de guillain barré sob os cuidados de enfermagem. **Rev. Meio Amb. Saúde**, v.2, n.1, p.p.89-102, 2007.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TORRES, V. F. **Níveis séricos e líquóricos da proteína S100B, enolase específica do neurônio e neurotrofinas na síndrome de Guillain-Barré**. 58f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

VARGAS, Franciane R. et al. Síndrome de Guillain Barré. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.51, n.1, p.58-61, jan./mar. 2007.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a):

“Eu, Thiago Enggle de Araújo Alves, pesquisador e professor no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança – FACENE estou desenvolvendo uma pesquisa com o título”. “Assistência de Enfermagem à criança acometida com a síndrome de Guillain Barré”. Tem-se como objetivo geral Analisar o conhecimento dos enfermeiros da UTI Pediátrica de Mossoró/RN sobre a assistência de enfermagem na Síndrome de Guillain Barré em crianças.

Como objetivos específicos pretenderam: Avaliar o conhecimento dos enfermeiros da UTI Pediátrica de Mossoró/RN sobre a assistência na Síndrome de Guillain Barré em crianças. **E como objetivos específicos:** Verificar na opinião dos enfermeiros o conhecimento sobre a Síndrome de Guillain Barré e Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Síndrome de Guillain Barré.

Justifica-se essa pesquisa pela sua importância e benefício diante da necessidade de ampliar o conhecimento da enfermagem atuante em Unidades de Terapia Intensiva pediátrica buscou através de revisão de literatura esclarecer e demonstrar a importância de se manter integrado e com informações atualizadas sobre a síndrome de Guillain Barré em crianças, a fim de melhorar a assistência e tornar cada vez mais capacitada a equipe de enfermagem, garantindo uma atuação segura e eficaz.

Para tanto propomos uma revisão de literatura mais dinâmica, facilitando a leitura e consequentemente o entendimento do leitor a respeito do que é a síndrome, seus achados clínicos, tratamento e posteriormente os cuidados de enfermagem a serem ofertados ao paciente. Considerando que poucos profissionais conhecem a síndrome e os cuidados de enfermagem, exatamente por se tratar de um assunto pouco conhecido pelo fato da patologia ser rara em crianças, portanto observamos a dificuldade de encontrarmos trabalhos acadêmicos relacionados à síndrome de Guillain Barré em crianças.

Diante disso e após vivenciarmos um caso de uma criança de nove anos, em uma unidade de terapia intensiva, observamos a dificuldade de entendermos as etapas do tratamento e as possíveis intervenções que a enfermagem deve realizar, despertando assim o nosso interesse em dispor a comunidade acadêmica um trabalho que possa sintetizar e divulgar essa patologia e a assistência de enfermagem que deve ser prestada ao paciente de acordo com a sistematização dos cuidados de enfermagem.



Este estudo apresenta riscos mínimos aos participantes, que são: constrangimento ao responder determinadas perguntas ou envolvimento afetivo ou emocional do participante com a realidade estudada. Os benefícios, que superam os riscos, são: produção de novos conhecimentos na área, inclusive pouco estudada, e contribuições para a melhoria da qualidade da assistência e transformação da realidade.

Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dados relativos à assistência de enfermagem à criança com Síndrome de Guillain Barré.

Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

A participação do (a) senhor (a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa<sup>1</sup>.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização desta pesquisa.

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi o(s) objetivo(s), a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o(a) pesquisador(a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE<sup>2</sup>.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró/RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

---

Participante da pesquisa

---

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves<sup>1</sup>

Pesquisador

---

<sup>1</sup> Endereço do pesquisador responsável: Av. Pres. Dutra, 701, Alto de São Manoel, Mossoró/RN. Tel.: (84) 3312 – 0143. E-mail: [thiagoenggle@facenemossoro.com.br](mailto:thiagoenggle@facenemossoro.com.br)

<sup>2</sup> Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: [cep@facene.com.br](mailto:cep@facene.com.br)

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADO

- 1 - O que você entende sobre a Síndrome de Guillain Barré?
- 2 - O que você entende por Sistematização da Assistência de Enfermagem?
- 3 - Descreva sua prática na assistência à criança com Síndrome de Guillain Barré.
- 4 - Qual a maior dificuldade encontrada por você no momento de aplicar as intervenções prescritas?
- 5 - Para você quais os benefícios da sistematização da assistência de Enfermagem a criança com a Síndrome?

**ANEXO**

## ANEXO A – Certidão



**Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.**  
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da  
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN  
Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução CNS 466/13 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1º Reunião Extraordinária realizada em 30 de Janeiro 2014 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA ACOMETIDA DA SINDROME DE GUILLIAN BARRÉ", protocolo número: 11/14, CAAE: 2685484.5.0000.5179 e Parecer do CEP:518.332, Pesquisador responsável: **Thiago Enggle de Araújo Alves** e das Pesquisadoras associadas: **Tatiana Oliveira Souza, Verusa Fernandes Duarte e Cláudia Karina da Silva.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2014, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 23 de Janeiro de 2014

*Rosa Rita da Conceição Marques*  
Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.  
Rosa Rita da Conceição Marques  
Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

**Rosa Rita da Conceição Marques**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE