

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PROPOSTA DE INTERVENÇÕES AO PACIENTE COM MIASTENIA GRAVIS

NURSING DIAGNOSIS AND PROPOSED INTERVENTION TO PATIENT WITH MYASTHENIA GRAVIS

Ana Paula Ferreira Borges

Discente, Faculdade LS, Brasília-DF

Denise Batista de Oliveira

Discente, Faculdade LS, Brasília-DF

Kátia Rejane Batista de Paula

Discente, Faculdade LS, Brasília-DF

Bruno Santos de Assis

Docente, Faculdade LS, Brasília-DF e orientador da pesquisa

Resumo: A Miastenia Gravis é uma doença que atinge a junção neuromuscular, e caracteriza-se por fraqueza muscular e fadiga excessiva. O presente estudo tem, como objetivo verificar os sinais e sintomas prevalentes entre os pacientes portadores de Miastenia Gravis, identificar os diagnósticos de enfermagem e relacioná-los às suas respectivas intervenções, além de traçar o perfil do paciente de acordo com o gênero sexual, idade de início dos sintomas e período de internação para tratamento das complicações relacionadas à doença, no âmbito de um hospital público do Distrito Federal. Para o alcance dos objetivos, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e um levantamento documental de cunho retrospectivo, em prontuários eletrônicos de pacientes que estiveram internados no referido hospital, no período compreendido entre os anos de 2013 a 2015. Como resultados foram identificados os principais sinais e sintomas, bem como a relação entre os diagnósticos levantados e respectivas intervenções e, ainda, a identificação do perfil dos pacientes pelos parâmetros de idade, gênero sexual, entre outros. O presente estudo revela que o paciente miastênico possui peculiaridades específicas, demandando diagnósticos e cuidados de enfermagem diferenciados.

Palavras-chave: Miastenia Gravis; Diagnósticos de Enfermagem; Intervenções de Enfermagem.

Abstract: Myasthenia gravis is a disease that reaches the neuromuscular junction, and is characterized by muscular weakness and excessive fatigue. The objective of this study is to verify the signs and symptoms prevalent among patients with myasthenia gravis, identify nursing diagnoses and relate them to their respective interventions, and draw the profile of the patient from According to the sexual gender, age of onset of symptoms and period of hospitalization for treatment of complications related to the disease, within the framework of a public hospital of the Federal district. For the attainment of the objectives, a bibliographical survey and a retrospective document survey were carried out, in electronic records of patients who were admitted to the hospital, in the period between the years 2013 to 2015. As the results were identified the main signs and symptoms, as well as the relationship between the diagnoses raised and their interventions, and also the identification of the profile of the patients by the parameters of age, gender, among others. The present study reveals that the patient Miastênico has specific peculiarities, requiring differential diagnoses and nursing care.

Keywords: Myasthenia Gravis; Nursing Diagnoses; Nursing Interventions.

Introdução

As doenças neuromusculares são afecções que acometem as unidades motoras (amiotrofia espinhal), nervos periféricos (neuropatias), junção neuromuscular (miastenias) ou fibras musculares (miopatias) (YWABE, 2009).

Como exemplos destas doenças pode-se citar a Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA, a Esclerose Múltipla, a Neuromielite Óptica e a Miastenia Gravis (MG). Estas moléstias podem ser classificadas em genéticas ou adquiridas desenvolvendo-se de forma progressiva e tendo como fator comum, a falta de força muscular (DINIZ et al., 2010).

Conforme Albuquerque et al. (2012) a MG além de ser uma doença neuromuscular é, também, um distúrbio autoimune caracterizado por um déficit no funcionamento da junção neuromuscular. O sistema imunológico do paciente miastênico produz anticorpos que atacam os receptores específicos impossibilitando a transmissão de sinais das fibras nervosas para as fibras musculares.

Thomas Willis, médico e fisiologista inglês foi o primeiro a noticiar a doença em 1672. No relato, descreveu um paciente com uma fraqueza fatigável dos membros e músculos bulbares. Nada obstante, somente em 1900, foram descritas suas principais características clínico-patológicas, dentre elas a relação entre o timo e a MG (BRANCO et al., 2011).

Noda et al. (2009) inferem que em casos de MG, os primeiros sintomas podem ocorrer de modo súbito e silencioso, geralmente tem-se um histórico de fraqueza momentânea e fadigabilidade da musculatura esquelética, intensificadas por atividades repetitivas ou sustentadas, temperaturas elevadas, infecções, cirurgias e excitação, sendo aliviados pelo repouso. Contudo, pode ainda ocorrer variações de sintomas durante o dia, no entanto a intensidade tende a ser maior no período noturno.

Conforme De Carvalho (2005) uma descoberta feita por Walker e Dale, no ano de 1930, aponta o uso de inibidores de Acetilcolinesterase (AChE)¹ que podem reverter os sintomas de MG.

De Carvalho et al. (2005) revela que os pacientes miastênicos podem apresentar disfagia, comprometimento respiratório, voz anasalada e fraca, ptose palpebral, queda da mandíbula, disfonia, diplopia, hipomímia, emagrecimento inexplicável, depressão e distúrbios do sono. Por se tratar de uma patologia caracterizada pelo comprometimento

¹ A Acetilcolinesterase (AChE) é uma enzima pertencente à família das colinesterases, responsável pela finalização da transmissão dos impulsos nervosos nas sinapses colinérgicas pela hidrólise do neurotransmissor acetilcolina (PETRONILHO; PINTO; VILLARA, 2011).

específico da junção neuromuscular, não se espera qualquer alteração sensorial, cognitiva ou autonômica.

Desta maneira, para a determinação do diagnóstico da Miastenia Gravis é fundamental que seja considerado o relato do paciente, observando os sinais clínicos e podendo ser confirmado por alguns exames como: eletroneuromiografia, considerada uma extensão do exame neurológico o qual compreende o registro gráfico da atividade elétrica dos nervos - estudos de condução nervosa - e dos músculos (eletromiografia); laboratorial, onde é realizado um teste imunológico para o diagnóstico da doença, medindo a quantidade de anticorpo anti-receptor de acetilcolina (ACh) marcado por alfa-bungarotoxina (pesquisa de anticorpo antimúsculo estriado). A sensibilidade deste teste é de 50% na MG ocular e 85% na MG generalizada (BRASIL, 2010).

Segundo Carneiro (2012), após a realização de estudos em diversos países constatou-se o predomínio da patologia no gênero sexual feminino. Todavia, evidências apontam que a diferença entre os gêneros varia de acordo com a idade, observa-se ainda, que a incidência da doença em adultos com idades menores que 40 anos é três vezes maior em mulheres; em ambos os sexos na puberdade e após os 40 anos de idade as incidências são semelhantes; a moléstia é predominante no sexo masculino após os 50 anos de idade.

De acordo com Noda (2007) a prevalência estimada da Miastenia Gravis é de 10 a 15 casos em cada 100.000 habitantes e a incidência anual é de 1,0 a 1,5 casos por 100.000 na população em geral, havendo discreto predomínio em mulheres. Contudo a incidência da patologia vem aumentando, mesmo não sendo uma doença frequente, o que está relacionado a uma melhora no conhecimento sobre a doença, facilitando a confirmação do diagnóstico (GOELDI, 2004).

À vista disto, se não tratada, esta enfermidade pode incapacitar o indivíduo devido aos prejuízos que acometem as terminações motoras. Embora a MG ainda não tenha cura, pode ser tratada e mantida controlada com orientação médica adequada. O tratamento é usualmente medicamentoso sendo comuns os inibidores da enzima colinesterase, que agem na junção neuromuscular, e também imunossupressora - inibidores do sistema imunológico - capazes de aumentar as contrações musculares ou, em alguns casos, cirúrgico com a

remoção do timo (timectomia) que resulta em melhora significativa dos sintomas e até a remissão completa em alguns pacientes (GOELDI, 2004).

Ainda acerca do tratamento, faz-se necessário destacar a assistência de enfermagem ao paciente miastênico, a qual se norteia através de uma observação constante e avaliação correta, cabendo ao enfermeiro ter conhecimento técnico científico das alterações decorrentes da doença para dessa forma agir corretamente. A humanização deve estar presente em todas as atividades realizadas pelos profissionais em saúde, servindo como modelo a ser seguido por familiares, amigos e outros cuidadores através de um olhar compreensivo, respeitoso e solidário para com esses pacientes (ALCÂNTARA; MARQUES, 2009).

Conforme o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN):

O processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (Resolução 358/2009. COFEN, p. 03).

Do Artigo 3º da referida resolução, depreende-se que o processo de enfermagem precisa ter um suporte teórico que oriente suas etapas, sendo de fundamental importância para o enfermeiro ter uma visão holística do cliente. Com isso, a prática de enfermagem não deve estar voltada apenas às doenças e seus sinais e sintomas, mas a um conjunto de fatores que podem influenciar o resultado final a ser alcançado.

De acordo com o COFEN:

Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas. (Resolução 358/2009. COFEN, p. 03).

Do ponto de vista normativo a importância da liderança do enfermeiro em todo o processo de enfermagem que vai desde o histórico até a evolução e incumbe as atividades

privativas a este profissional, principalmente o diagnóstico, prescrição e intervenção de Enfermagem.

Contudo, o presente estudo tem como objetivo verificar os sinais e sintomas prevalentes entre os pacientes portadores de Miastenia Gravis, identificar os diagnósticos de enfermagem e relacioná-los às suas respectivas intervenções, além de traçar o perfil do paciente de acordo com o gênero sexual, idade de início dos sintomas e período de internação para tratamento das complicações relacionadas à doença.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e um levantamento documental de cunho retrospectivo, onde foram analisadas informações contidas nos prontuários de pacientes miastênicos pertinentes ao desenvolvimento de nossa pesquisa. Para obtenção dos dados foram utilizadas as evoluções de enfermagem e de demais profissionais de saúde contidos nos prontuários eletrônicos dos pacientes da Unidade de Internação da Neurologia de um hospital público do Distrito Federal.

Os tramites da pesquisa tiveram início com o envio do escopo do projeto para análise e apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Para a aprovação do projeto de pesquisa seguiram-se todas as orientações da resolução do Conselho Nacional de Saúde CNN – 466/12, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos.

De acordo com os dados fornecidos pela unidade dos pacientes internados foram pré-selecionados 55 prontuários e desse total selecionamos 28 pacientes que preenchem os requisitos e critérios de inclusão os quais foram pacientes que estiveram internados na referida unidade de internação de neurologia com diagnóstico confirmado de Miastenia Gravis, no período de 2013 a 2015 e que estivessem com o prontuário eletrônico devidamente preenchido com informações de interesse para o desfecho desta pesquisa.

Para coleta dos dados utilizados, na construção desta pesquisa, foi empregado como instrumento questionário específico contendo 09 pontos investigativos, de acordo com os sinais e sintomas mais comuns a estes pacientes (APÊNDICE 1).

Após coletados, os dados foram interpretados e julgados clinicamente, levantando assim os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia NANDA (2015) e a partir dos diagnósticos encontrados foi elaborado um plano de cuidados específico de enfermagem para o paciente miastênico.

Resultados e Discussão

Estudos de Prevalência dos Sinais e Sintomas Investigados

Para a presente análise adotou-se 09 (nove) pontos a serem avaliados - sinais e sintomas mais comuns ao paciente miastênico – os referidos pontos foram extraídos dos prontuários médicos consultados por ocasião do levantamento documental, sendo eles: possui dispositivos invasivos; relata fraqueza muscular; problemas relacionados à visão; apresenta fadiga durante as atividades diárias; apresenta dificuldade para alimentar-se, mastigar, engolir; o quadro respiratório é prejudicado; possui comunicação verbal prejudicada; é consciente e orientado; paciente consegue acompanhar e tomar providências sobre o seu processo saúde e doença.

Tabela 1: quantidade de pacientes por pontos investigados

Pontos investigados	Quantidade	%
É consciente e orientado	28	100
Paciente consegue acompanhar e tomar providências sobre o seu processo saúde e doença	28	100
Possui dispositivos invasivos	28	100
Relata fraqueza muscular	25	89,3
Problemas relacionados à visão	21	75
Apresenta fadiga durante as atividades diárias	15	53,6
Apresenta dificuldade para alimentar-se, mastigar, engolir	11	39,3
O quadro respiratório é prejudicado	9	32,1
Possui comunicação verbal prejudicada	7	25

Fonte: elaborada pelos autores

De acordo com a tabela 1 verifica-se que as maiores prevalências de sinais e sintomas pesquisados foram: o paciente é consciente e orientado; consegue acompanhar e tomar providências sobre o seu processo saúde e doença, pois a doença não afeta sua cognição; o uso de dispositivos invasivos, devido à necessidade de infusão de medicações no tratamento

de rotina e também quando há necessidade de internação prolongada devido a crises miastênicas ou procedimentos cirúrgicos, o que representam 100% do objeto pesquisado.

Em seguida observa-se que a fraqueza muscular teve prevalência alta, com 89,23% de ocorrências, sendo uma das principais queixas dos pacientes internados. Já os problemas relacionados com a visão apareceram em 75% dos casos, destacando-se principalmente a diplopia e a ptose palpebral, no entanto há alguns relatos de pacientes apresentando visão turva. Na sequência de prevalências, observa-se a fadiga durante as atividades diárias que teve um percentual de 53,6%, sendo na maioria dos casos relatada com maior intensidade ao final do dia. Em 39,3% dos pacientes havia relato de dificuldade para alimentar-se, mastigar e deglutir, em alguns casos graves houve a necessidade de passagem de sonda nasoenteral.

Já o quadro respiratório prejudicado ocorreu em 32,1% dos pacientes, destacando-se como a principal causa de crises miastênicas. Foi necessário em todos estes casos o uso de ventilação mecânica e em alguns pacientes a realização de traqueostomia. Pacientes com comunicação verbal prejudica representam 25% da amostra, sendo relatados nas evoluções principalmente os sintomas de disartria e disfonia.

Neste sentido, observa-se que os resultados encontrados na presente análise são compatíveis com a literatura acerca da temática pesquisada que confirma que os sinais e sintomas pesquisados possuem maior prevalência no portador da Miastenia Gravis.

Os resultados revelam a prevalência dos sinais e sintomas encontrados nos pacientes investigados e reforçam o descrito por Albuquerque (2012), em que menciona que a doença pode ser percebida por sinais e sintomas de flutuação da fraqueza, fadiga anormal após atividade muscular repetitiva ou mantida e nas formas generalizadas a fraqueza também acomete a musculatura da face, lábios, língua, pescoço, respiração e a musculatura proximal dos membros. A musculatura ocular é acometida causando diplopia e ptose palpebral.

Estudos por diagnósticos de enfermagem

Após coleta de dados nos prontuários dos pacientes foi realizado um processo de interpretação, o qual culminou a tomada de decisões sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam com maior exatidão as respostas dos pacientes no processo saúde doença.

Tabela 2: diagnósticos de enfermagem levantados

Diagnósticos de enfermagem levantados	Quantidade	%
Disposição para tomada de decisão melhorada caracterizada por expressar desejo de aumentar análise de riscos/benefícios das decisões e expressar desejo de aumentar a compreensão das escolhas na tomada de decisão	28	100
Disposição para controle da saúde melhorado caracterizado por expressar desejo de melhorar o controle da doença e expressar o desejo de melhorar o controle dos sintomas	28	100
Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos	28	100
Intolerância á atividade relacionado à fraqueza generalizada caracterizada por fadiga e desconforto aos esforços	25	89,3
Risco de quedas relacionado à deficiência visual	21	75
Déficit no autocuidado para vestir-se relacionado à fadiga, fraqueza e prejuízo neuromuscular caracterizado por capacidade prejudicada de retirar vários itens do vestuário e capacidade prejudicada de vestir cada um dos itens do vestuário (camisa, meia e sapatos)	15	53,6
Deglutição prejudicada relacionada a anormalidades da laringe e problemas neurológicos caracterizados por dificuldade para deglutir	11	39,3
Padrão respiratório ineficaz relacionado à fadiga da musculatura respiratória e prejuízo neuromuscular caracterizado por dispneia	9	32,1
Comunicação verbal prejudicada relacionada a condição fisiológica (sistema musculoesquelético enfraquecido) caracterizado por dificuldade para formar palavras (disartria) e verbaliza com dificuldade	7	25

Fonte: NANDA (2015) adaptado pelos autores

De acordo com a tabela 2, observa-se que os diagnósticos com maior prevalência, presentes em 100% dos pacientes pesquisados são: disposição para tomada de decisão melhorada o que é traduzido por pacientes conscientes e orientados e que tomam as decisões em relação ao tratamento sempre buscando a melhora e o controle dos sintomas; disposição para controle da saúde melhorada que revelam que os pacientes demonstram um grande interesse em obter maiores informações a respeito da sua patologia, na expectativa de se ter uma melhora ou até mesmo a remissão dos sintomas que acabam impedindo os mesmos de terem uma melhor qualidade vida; e risco de infecção, haja vista que estes pacientes utilizam dispositivos invasivos por ficarem longos períodos internados

devido às crises miastênicas e/ou procedimentos cirúrgicos em especial a timectomia que reduz significativamente a imunidade levando o paciente miastênico a uma maior propensão de adquirir infecções.

Em seguida, com 89,3% observa-se a intolerância à atividade relacionada à fraqueza generalizada, que impede o portador de MG de realizar suas atividades básicas diárias causando fadiga e desconforto aos pequenos esforços.

Na sequência observa-se o risco de queda presente em 75% dos casos que está relacionado à deficiência visual adquirida, sendo comumente relatado o quadro de diplopia, visão turva e ptose palpebral, que estão diretamente vinculadas à Miastenia Gravis.

Presente em 53,6% dos pacientes observa-se que o déficit no autocuidado que é traduzido pela dificuldade que eles têm em realizar as atividades de autocuidado principalmente em vestir-se sozinho, perdendo a independência para cuidar de si próprio, precisando da ajuda de terceiros. O fato de a patologia causar uma intensa fadiga dificulta a realização de atividades simples do cotidiano e até pequenos esforços como vestir-se, pentear o cabelo, escovar os dentes se tornam um obstáculo diário.

Já o diagnóstico deglutição prejudicada aparece em 39,3% da amostra e relaciona-se principalmente ao comprometimento da musculatura laríngea que torna difícil a deglutição para o miastênico, levando-o a uma mudança na alimentação. Nesses casos, torna-se necessário a introdução de uma dieta pastosa ou líquida e dependendo do grau de dificuldade e da gravidade o uso de sonda para alimentar-se é indicado.

A seguir, observa-se em 32,1% dos pacientes o padrão respiratório ineficaz, pois a dificuldade respiratória é a principal causa das crises miastênicas, levando o paciente a internação para tratamento com oxigenoterapia e em casos mais graves o uso de ventilação mecânica.

E por fim a comunicação verbal prejudicada que acomete 25% dos pacientes, relacionada ao acometimento da musculatura da fala, ou seja, disartria que prejudica a comunicação verbal, dificultando entendimento das palavras ditas. É característica também a voz anasalada.

Intervenções de Enfermagem

Com intuito de se estabelecer um plano de cuidados característicos para os pacientes miastênicos foram elaborados cuidados de enfermagem específicos às necessidades desses pacientes.

Quadro 1: intervenções de enfermagem

Reforçar orientações para manter a qualidade de vida e tomada de decisões favoráveis ao tratamento;
Orientar o paciente e familiares a manter o controle de sinais e sintomas da doença;
Manter acessos venosos limpos e secos, trocar a cada 72hrs;
Realizar curativos em ferida operatória uma vez ao dia ou sempre que necessário;
Utilizar técnica asséptica em manipulação de outros dispositivos invasivos quando houver necessidade;
Auxiliar o paciente na alimentação;
Auxiliar o paciente em cuidados com o corpo;
Estimular mobilidade física assistida;
Orientar o uso de andadores e outros equipamentos de apoio para deambulação;
Oferecer locais com boa luminosidade e fácil acesso para deambulação;
Auxiliar em cuidados com vestimentas;
Oferecer itens de vestuário de fácil utilização;
Orientar a hábitos nutricionais adequados;
Alimentação assistida e de fácil deglutição;
Oferecer repouso a fim de poupar oxigênio (O₂);
Cabeceira elevada para proporcionar expansibilidade torácica e melhora de troca gasosa;
Oferecer meios alternativos de comunicação a fim de auxiliar a comunicação verbal;
Orientar acompanhamento fonoaudiólogo;
Orientar acompanhamento fisioterápico motor e respiratório.

Fonte: elaborado pelos autores

Todas as intervenções propostas foram elaboradas com base nos diagnósticos de enfermagem encontrados. São ações que devem ser prescritas pelo enfermeiro para que a equipe de enfermagem possa executá-la, garantindo assim cuidados específicos que sustentem uma qualidade de vida aos pacientes miastênicos.

Estudos por Gênero

Segundo Cunha, Scola e Werneck (1999) em vários estudos constatou-se que as mulheres são mais acometidas pela Miastenia Gravis do que os homens, em uma variação de 2 a 4:1. No entanto, observou-se que na literatura utilizada não há explicações do porquê a Miastenia Gravis ser predominante no sexo feminino.

Tabela 3: quantidade de pacientes por gênero sexual

Sexo	Quantidade	%
Feminino	23	82,14
Masculino	5	17,86
Total	28	100

Fonte: elaborada pelos autores

Na presente análise os resultados foram compatíveis com a literatura que confirma a maior prevalência da patologia em mulheres. A diferença é significativa, haja vista que o gênero feminino representa 82,14% dos casos levantados, ao passo que, o gênero masculino tem uma representatividade de 17,86%.

Estudos por Faixa Etária

De acordo com Branco et al. (2011) a doença pode ocorrer em qualquer faixa etária, no entanto, observa-se um pico dos 20 aos 40 anos em mulheres e dos 40 aos 60 nos homens, e em ambos os sexos fica evidenciado a queda da incidência após a sétima década.

Tabela 4: quantidade de pacientes por faixa etária

Faixa etária	Quantidade geral	%
25 – 34	9	32,14
15 – 24	6	21,43
35 – 44	6	21,43
45 – 54	4	14,29
55 – 64	3	10,71
Total	28	100

Fonte: elaborada pelos autores

Nesta análise da tabela 4 verifica-se que o maior número de ocorrências de MG se dá na faixa etária dos 25 aos 34 anos, totalizando 32,14%. Contudo, a faixa etária dos 15 aos 24 anos e dos 35 aos 44 anos também apresentam grande prevalência, resultando 21,43% em cada um dos casos.

É fato que a faixa etária dos 25 aos 34 anos é a mais expressiva, todavia e, dado o número significativo de casos levantados entre os 15 e os 24 anos é pertinente o empenho

na confirmação do diagnóstico nesta faixa etária, a fim de que se possa intervir clinicamente no momento mais oportuno, ou seja, em pacientes mais jovens.

Verificou-se que na faixa etária entre 45 e 64 anos, a prevalência da MG é maior no sexo masculino. Este resultado pode estar diretamente ligado ao fato dos homens se acharem invulneráveis, o que dificulta o autocuidado e a busca por atendimento e ajuda médica assim que surgem os sintomas. Esses fatores muitas vezes adiam a descoberta da doença e impedem que os mesmos comecem o tratamento precocemente, assim como ocorre com as mulheres.

Estudos por Período de Internação

O presente estudo permitiu ainda uma análise acerca do tempo de internação dos pacientes pesquisados, a qual se descreve na tabela abaixo:

Tabela 5: quantidade de pacientes por períodos de internação

Períodos de internação	Quantidade	%
> 72 horas	20	71,43
< 72 horas	8	28,57
Total	28	100

Fonte: elaborada pelos autores

Para efeito do presente estudo, adotou-se 2 (dois) períodos temporais distintos de internação, menor que setenta e duas horas (< 72 h) e, maior que setenta e duas horas (> 72 h). Os referidos períodos foram escolhidos em virtude de serem marcos específicos na adoção de procedimentos relacionados à patologia, sendo eles:

Menor que 72 horas – tratamentos referentes aos procedimentos de rotina, preventivos e complicações moderadas relacionadas à doença.

De acordo com Noda (2009), o tratamento usual é baseado na utilização de medicamentos inibidores da acetilcolinesterase, corticosteróides, imunossupressores, plasmaférese e imunoglobulina intravenosa. Há também a necessidade da timentomia, um procedimento cirúrgico onde ocorre a retirada do timo, resultando na maioria dos casos em

remissão dos sintomas. Já as complicações que demandam tempo maior de internação estão relacionadas à função respiratória, sendo considerada crise miastênica, podendo necessitar de ventilação mecânica por um período prolongado.

Maior que 72 horas – tratamento de complicações mais intensas relacionadas à doença.

No entanto, de acordo com a tabela 5 verifica-se que os períodos de internação superiores a 72 horas foram os mais expressivos, totalizando 71,43%, o que demanda intervenções clínicas de médio e longo prazo dada à necessidade destes pacientes a um ambiente com assistência médica constante.

Considerações Finais

O presente estudo revela que os sinais e sintomas prevalentes nos pacientes miastênicos, os quais se destacam: fraqueza muscular, problemas relacionados à visão, fadiga durante as atividades diárias, dificuldade na deglutição, quadro respiratório e comunicação verbal prejudicada, todos relacionados ao comprometimento da junção neuromuscular.

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, constatou-se que a grande maioria está relacionada à condição da doença que possui sinais e sintomas característicos, principalmente, a fraqueza muscular que impede o paciente de exercer suas atividades diárias, comprometendo a qualidade de vida, tornando-se mais dependente da assistência hospitalar.

As intervenções propostas visam à melhora do quadro em que estes pacientes se encontram, ou seja, através de uma conduta correta pode-se dispor ao portador de MG condições favoráveis para uma recuperação de acordo com suas necessidades individuais.

Ao traçar o perfil dos pacientes miastênicos, observou-se que se trata de uma doença com maior predominância no gênero feminino, além de ser mais comum na faixa etária entre 15 e 44 anos.

Esta pesquisa identificou os diagnósticos e intervenções mais frequentes nos pacientes com Miastenia Gravis internados em uma unidade de neurologia. Através dessas informações pode-se alcançar a qualidade na assistência de enfermagem, uma vez que essa equipe, quando da identificação das complicações pertinentes ao quadro de MG poderá atuar de forma eficaz, diminuindo o tempo de internação e melhorando a qualidade de vida do paciente.

Referências Bibliográficas

- ALBUQUERQUE, P.S *et al.* **Os efeitos da hidroterapia na fadiga, força muscular e qualidade de vida de pacientes com miastenia grave - estudo de dois casos.** Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, 2012.
- ALCÂNTARA, T.F.D.L. de; MARQUES, I.R. **Avanços na monitorização neurológica intensiva: implicações para a enfermagem.** Rev. Bras. Enferm., 2009.
- BRANCO, A.C.S.C. *et al.* **Atualizações e Perspectivas na Miastenia gravis.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2011.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.** Disponível em: <<http://www.portal.cofen.com.br>>. Acessado em: 02 ago. 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 29, de 10 de maio de 2010. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Miastenia Gravis.** Brasília, 2010. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0029_10_05_2010.html Acesso em: 05 jul. 2014.
- CARNEIRO, S.C.R. **Fisiopatologia e tratamento da miastenia gravis: atualidade e perspectivas futuras,** 2012.
- CUNHA, F.M.B.; SCOLA, R.H.; WERNECK, L.C. **Miastenia grave: avaliação clínica de 153 pacientes.** Arq. neuropsiquiatr, 1999.
- DE CARVALHO, A.S.R.; DA SILVA, A.V.; FÁVERO, F.M. **Miastenia grave autoimune: aspectos clínicos e experimentais.** Revista Neurociências, 2005.
- DE ENFERMAGEM DA NANDA, **Diagnósticos, definições e classificação 2015-2017.** NANDA Internacional. Garcez RM, tradutora. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- DINIZ, G.P.C. *et al.* **Doenças neuromusculares e instrumentos úteis na avaliação motora em crianças e adolescentes.** Revista Médica de Minas Gerais, 2010.
- GOELDI, C. **Miastenia Gravis: Uma abordagem para enfermeiros.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2004.

IWABE, C. **Escala medida da função motora (MFM): novo instrumento de avaliação em doenças neuromusculares.** Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2009.

NODA, J.L. *et al.* **O efeito do treinamento muscular respiratório na miastenia grave: revisão da literatura.** Rev Neurocienc, 2009.

PETRONILHO, E.C.; PINTO, A.C.; VILLARA, J.D.F. **Acetilcolinesterase: Alzheimer e guerra química.** Ciência e Tecnologia, 2011.

