

VISITA DOMICILIAR À PORTADORA DE MIASTENIA GRAVIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

STURM, Carla Denise

BARIVIERA, Thiago

TOIGO, Cleomara

MORSCHBACHER, Joel

MENEZHINI, Leidimari

Resumo

Introdução: A visita domiciliar é um instrumento de intervenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que ocorre no local de moradia dos usuários do Serviço de Saúde, sendo função das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), sob supervisão e acompanhamento de um enfermeiro. É de fundamental importância, pois facilita o planejamento da assistência, de intervenções no processo saúde-doença de indivíduos ou de ações visando a promoção de saúde, além de melhorar o vínculo entre profissional e usuário (FADEL; MOURA; BITENCOURT, 2011). O enfermeiro utiliza a visita domiciliar como estratégia de cuidado, pois além de planejar a atividade, avaliar as condições de saúde da família e propor condutas, ele desenvolve ações de modo ampliado, numa perspectiva integral da atenção (KAWATA et al., 2013). O presente resumo aborda a experiência de uma visita domiciliar a uma paciente diagnosticada com Miastenia Gravis (MG) que necessita de cuidados específicos. A MG doença rara autoimune da porção pós-sináptica decorrente da deficiência de Receptores de Acetilcolina (AChRs)

da Junção Neuromuscular (JNM) (BRANCO, 2011). Sintomas como fraqueza pode ser limitada a grupos musculares específicos (músculos oculares, faciais, bulbares) ou ser generalizada (BRASIL, 2011). Os cuidados de enfermagem na Miastenia Gravis devem-se basear na instrução do paciente e da família quanto ao autocuidado, controle de medicação, estratégias para ajudar nas manifestações oculares, prevenção, tratamento das complicações oculares, e sobre que medidas devem ser tomadas em uma crise miastênica (BORGES, 2012). Objetivo Descrever uma visita domiciliar de aula prática da disciplina de Saúde do Adulto II da 5ª fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina na Unidade Básica de Saúde do Bairro Salete – São Miguel do Oeste, SC no dia 16 de maio de 2018. Descrição do caso: A origem precisa da miastenia gravis (MG) é desconhecida, existe a hipótese de que o timo esteja relacionado através da presença de um antígeno que transforma linfócitos normais em linfócitos imunocompetentes, visto que 75% dos pacientes com esta doença apresentam anormalidades no timo (BRANCO, 2011). Com a progressão da doença podem ser afetados os músculos dos membros, geralmente proximais e, de modo assimétrico, os extensores e o diafragma, resultando em fraqueza respiratória que pode ser grave ao ponto de ser necessária ventilação assistida (MARQUES, 2001). As opções terapêuticas utilizadas atualmente incluem: inibidores de acetilcolinesterase (anticolinesterásicos), corticosteroides, imunomoduladores, plasmaferese, imunoglobulina endovenosa e timectomia (KAULING et al., 2011), sendo esta a cirurgia de ressecção do timo, glândula localizada no mediastino próximo ao coração, usualmente realizada nos primeiros anos após o diagnóstico da MG, isto tem sugerido que a sensibilização inicial de anticorpos para AChR ocorre pelo próprio timo (WERNECK, 2002). A paciente T. 26 anos, sexo feminino, casada, secretária de um consultório médico, católica, mãe de uma filha de um 1 ano e 8 meses e com ensino médio completo, relata que os primeiros sinais da doença surgiram em novembro de 2017, com sensação generalizada de cansaço e fraqueza isolada muscular, ptose palpebral em olho esquerdo, episódios com impossibilidade de mastigação, queda de

objetos das mãos, Segundo Scherer, Bedlack, Simel (2005) e Brasil (2011) fatos como os descritos pela paciente são comuns em portadores de miastenia gravís. Após procurar auxílio médico e realização de exames como Anticorpo anti receptor de Acetilcolina (Anti-ACh) e Tomografia de Tórax, foi submetida a uma timectomia visando a possível remissão dos sintomas e melhora do quadro. Devido ao tempo de internação, na Unidade de Terapia Intensiva, e na qual teve complicação de pneumonia, necessita de auxílio na deambulação e readaptação do centro respiratório pelas vias aéreas. O comprometimento do padrão respiratório, combinado com a fraqueza muscular respiratória, propicia alterações gasométricas, determinando o desenvolvimento da insuficiência respiratória, que é normalmente precedida de pneumonias por incapacidade de expectoração (PONTES et al., 2012). T. recebe acompanhamento médico, fisioterapia motora e respiratória em dias alternados e fará em breve acompanhamento nutricional e tratamento adjuvante com radioterapia. Pontes et al. (2012) ressalta que o trabalho multidisciplinar no acompanhamento dos pacientes pode melhorar o acesso aos serviços de saúde e a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. T. relata ter episódios de insônia e frequentemente realiza exames complementares para acompanhar o desenvolvimento da doença, faz uso contínuo de inibidores de colinesterase, corticoides e analgésicos não esteroides. A mesma foi orientada a seguir corretamente os horários das medicações, conforme prescrição médica para evitar uma nova crise miastênica, pedir auxílio aos familiares sempre que necessário. Foi orientada a atividades de lazer como leitura, ioga, massagens, alongamentos para regulação do seu sono, após sua recuperação motora e respiratória praticar alguma atividade física como pequenas caminhadas, foi orientada sobre infecções recorrentes em virtude do sistema imunológico deprimido. Discussão: Entende-se por atenção domiciliar de enfermagem as ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos, tratamento, manutenção bem como à sua reabilitação (COFEN, 2014). De acordo com Lionello et. (2012) a atuação do enfermeiro no espaço

domiciliar é fundamental e amplo, na qual é abordado questões que vão além da doença física e sim, contemplem também os problemas sociais e emocionais. T. apresentou uma crise miastênica e foi levada rapidamente ao hospital referência na cidade, Bizarro et al. (2017) afirma que apesar de a mortalidade ser rara, importa referir que as crises miastênicas com envolvimento dos músculos respiratórios podem ser potencialmente fatais se não reconhecidas e tratadas atempadamente. Há necessidade de um seguimento nos cuidados de saúde primários para ter um acompanhamento próximo e contínuo, com especial atenção não só a sinais de exacerbações agudas ou aos seus fatores de risco, mas também ao estado emocional e à dinâmica familiar (BIZARRO et al., 2017). Espera-se o desenvolvimento de novas opções terapêuticas para amenizar as crises, produção de saberes científicos e modos de agir em saúde, dentro dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros para melhorar a qualidade de vida dos portadores desta doença, levando a remissão da doença e não apenas tratando a sua sintomatologia. Considerações finais: A visita domiciliária é utilizada na prática do enfermeiro na atenção primária à saúde, priorizando o reconhecimento das condições de vida das pessoas e comunidade de forma a atendê-las em sua integralidade, aprimorar a atuação do profissional de enfermagem no contexto biopsicossocial do paciente. As orientações do enfermeiro merecem destaque na educação em saúde do paciente e familiares envolvidos, buscando melhores práticas de cuidado e atendendo as necessidades da paciente. Palavras-chave: Doença autoimune. Enfermagem domiciliar. Estratégia Saúde da Família.

Referências:

BIZARRO, M. B. et al. Miastenia gravis, o diagnóstico no olhar: relato de um caso. Revista Portuguesa de Medicina Geral e familiar, Lisboa, v. 33, n. 6, p. 402-406, dez.2017

BRANCO, A. C. C. Atualizações e Perspectivas na Miastenia gravis. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Paraíba, v. 15, n. 4, p.493-506, 1 out. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Miastenia Gravis. Brasília, p.1-17, nov. 2015

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 0464/2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Brasília, out. 2014

FADEL, C. B.; MOURA, A. M. G.; BITTENCOUR, M. E. Visitas domiciliares no programa de agentes comunitários de saúde: a análise de um grupo de usuários do sistema único de saúde. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, v. 13, n. 2, p. 62-67, 2011

KAULING, A. L. C. et al. Miastenia Gravis: Relato de Dois Casos e Revisão da Literatura. Revista Brasileira de Anestesiologia, São Paulo, v. 61, n. 6, p.748-763, nov-dez. 2011

KAWATA L. S. et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. Texto contexto – enfermagem, v. 22 p. 70- 961. 2013.

MARQUES, P. V. Miastenia gravis: a propósito de uma caso clínico. Medicina Interna. v. 8, n. 1. p. 23-25. 2001

PONTES, J. F. et al. Força muscular respiratória e perfil postural e nutricional em crianças com doenças neuromusculares. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v. 25, n. 2, p.253-261, jun. 2012

WERNECK, L. C. Crise miastênica: relato de 24 casos. Arquivos de Neuro psiquiatria. v. 60, n. 3,p. 24-519. 2002

SCHERER, K.; BEDLACK, R. S.; SIMEL, D. L. Este paciente tem Miastenia Gravis. v. 15, n. 293, p. 1- 1906, 2005

E-mails - thiago_bariviera@outlook.com; carlasturm2018;