

AS PRAXIS DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DA MIASTENIA GRAVIS E QUEBRA DE PARADIGMAS

THE NURSING IN PRAXIS CARE MYASTHENIA GRAVIS AND BREACH OF PARADIGM

Darileide Pereira Gomes¹, Maria Onis Rodrigues de Carvalho¹, Alexander Barreto²

¹ Aluna do Curso de Enfermagem

² Orientador do Curso de Enfermagem

Resumo

Considerada doença autoimune de porção pós-sináptica da junção neuromuscular, a Miastenia Gravis (M.G) caracteriza-se por fraqueza flutuante que melhora com o repouso e piora com exercício, infecções, menstruação, ansiedade, estresse emocional e gravidez. Justifica-se, esta pesquisa por ser a – Miastenia Gravis – uma patologia silenciosa e, na atualidade, dado a sua complexidade, apenas o profissional que lida com a doença no seu dia-a-dia tem a capacidade de reconhecer e dar um diagnóstico preciso e eficaz para o tratamento da mesma. Por isso, o objetivo geral desta pesquisa consiste em descrever, através da literatura, a importância da atuação do profissional enfermeiro na prática da Miastenia Gravis. Como objetivos específicos, tem-se: descrever a Miastenia Gravis; informar sobre diversas terapias que foram desenvolvidas para portadores da Síndrome. Como metodologia para alcançar esses objetivos recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica e uma análise da eficácia dos tratamentos específicos para Miastenias Gravis atualmente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), disponíveis para utilização no Brasil. Também foram realizadas buscas nas bases de dados da Bibliografia Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os resultados da pesquisa demonstram que a identificação precoce da síndrome e de seus fatores precipitantes torna essa patologia mais acessível a novas modalidades de tratamento. Com isso fez-se necessário uma abordagem sobre a etiologia, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e principalmente cuidados de enfermagem englobando desde a descoberta da doença até o acolhimento. Neste sentido, considera-se que o enfermeiro deve receber uma educação intensificada para prestar cuidado de qualidade e humanizado aos pacientes portadores da doença. Com a educação contínua o profissional desenvolve uma habilidade de percepção e, com isso, pode identificar a necessidade do portador de um atendimento multidisciplinar, para melhor qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Miastenias; Diretrizes terapêuticas; Etiologia da Miastenia.

Abstract

Considered autoimmune disease postsynaptic portion of the neuromuscular junction, Myasthenia Gravis (M.G) is characterized by fluctuating weakness that improves with rest and worsens with exercise, infections, menstruation, anxiety, emotional stress and pregnancy. Justified, this research to be the - Myasthenia Gravis - a silent disease and, at present, given its complexity, only the professional who deals with the disease in their day-to-day has the ability to recognize and give a diagnosis accurate and effective for the treatment thereof. Therefore, the objective of this research is to describe, through literature, the importance of professional nursing actions in the praxis of Myasthenia Gravis. The specific objectives, we have: describe the Myasthenia Gravis; inform about various therapies that have been developed for people with the syndrome. The methodology to achieve those goals appealed to a literature review and an analysis of the effectiveness of specific treatments for miastenias Gravis currently registered in the National Health Surveillance Agency (ANVISA), available for use in Brazil. Also searches were conducted in the Virtual Literature databases in Health (VHL) in Latin American literature databases and Caribbean Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Centro Latino -American and Caribbean Center on Health Sciences (BIREME) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). The survey results show that early identification of the syndrome and its precipitating factors makes this more accessible condition to new treatment modalities. It was necessary an approach to the etiology, pathophysiology, diagnosis, treatment and nursing care mainly encompassing since the discovery of the disease to the host. In this sense, it is considered that the nurse should receive intensified education to provide quality care and humane to patients with the disease. With continuing education professional develops a perception ability and, therefore, can identify the need for carrying a multidisciplinary care for better quality of life of the patient.

Keywords: Miastenias; Therapeutic uidelines; Etiology of myasthenia.

Contato: darileide@live.com

Introdução

A Miastenia gravis é uma doença autoimune da porção pós-sináptica da junção neuromuscular, caracterizada por fraqueza flutuante que melhora com repouso e piora com exercício, infecções, menstruação, ansiedade, estresse emocional e gravidez. A fraqueza pode ser limitada a grupos musculares específicos ou generalizada. A crise miastênica é definida por insuficiência respiratória, associada à fraqueza muscular grave. Pode gerar várias anormalidades como respiratórias ou apendiculares, miastenia é um tema muito abrangente que gera consequentemente vários subtemas (GYUNTON; HAL, 2011).

Um dos sintomas da Miastenia gravis são fraqueza e fadiga, especialmente com a atividade sustentada ou repetitiva e melhora após o repouso. Os sintomas podem variar bastante, e geralmente intensificam-se no final do dia. Diversos fatores pioram a fraqueza muscular como os exercícios, estresse emocional, temperaturas elevadas, infecções e certas drogas: aminoglicosídeos, fenitoína e anestésicos locais, gravidez e cirurgias (TURNER, 2013).

Os músculos mais comumente afetados são o levantador da pálpebra superior, extraoculares, dos membros proximais, facial e extensores do pescoço. Os músculos extraoculares são afetados em cerca de 50% dos pacientes que apresentam Miastenia gravis, e em 90% dos pacientes durante alguma fase da doença, normalmente durante a leitura ou ao dirigir por período prolongado (TURNER, 2013).

A fraqueza da musculatura extraocular comumente pode provocar diplopia e a ptose palpebral, com característica assimétrica e flutuante. Ela pode ser unilateral ou bilateral, parcial, levando a confusão no diagnóstico inicial, pois pode ser confundido com outros distúrbios oculares. A paresia ocular é frequentemente assimétrica, podendo imitar diversas oftalmoplegia. A pupila não é afetada pela Miastenia Gravis (ORSERMAN & GENKINS, 2011).

A Síndrome é causada por um defeito na transmissão de impulsos elétricos nervosos para os músculos. Ela ocorre quando a comunicação entre o nervo e o músculo é interrompida na junção neuromuscular local onde as células nervosas se relacionam com os músculos. Normalmente, quando os impulsos percorrem o nervo, as terminações nervosas liberam uma substância neurotransmissora, a acetilcolina (ACh). A acetilcolina viaja através da junção neuromuscular e se liga a receptores de acetilcolina que são ativados, gerando a contração muscular (MACHADO & BRIZZOTTI, 2012).

Na Miastenia Gravis, anticorpos bloqueiam, alteram ou destroem receptores para a acetilcolina

na junção neuromuscular, o que impede que a contração do músculo ocorra de forma satisfatória. Esses anticorpos são produzidos pelo próprio sistema imune do organismo. Assim, a Síndrome é uma doença autoimune, já que o sistema imunológico, que normalmente protege o organismo contra agentes estranhos, ataca a si mesmo, de forma equivocada (TURNER, 2013).

A Miastenia Gravis é a doença que mais comumente afeta a transmissão nervo-músculo e tem sido amplamente investigada do ponto de vista clínico. Podendo variar de pessoa para pessoa, apresentando-se de forma súbita ou sutil. Quando súbita, a pessoa relata uma fraqueza muscular grave e generalizada, impedindo-a de realizar tarefas diárias básicas. Os sintomas começam a aparecer aos poucos, o que torna o diagnóstico da doença mais difícil, mas os sintomas mais comuns estão relacionados aos músculos da face, (que é queda de uma ou ambas as pálpebras) ptose (MACHADO & BRIZZOTTI, 2012).

Outros sintomas são comuns, tais como: visão dupla ou desdobramento da imagem; fraqueza dos músculos que mobilizam os olhos; fraqueza nos músculos que ajudam na mastigação; tendência em manter a boca aberta; fraqueza nos músculos do pescoço com queda da cabeça para frente; fraqueza dos músculos das pernas com dificuldade para subir degraus ou andar (NETO, 2011).

O autor afirma que também há crise miastênica, quando doente apresenta dificuldade em respirar necessitando ser hospitalizado para assistência respiratória, em geral ventilação mecânica (NETO, 2011).

Materiais e Métodos

Nesta pesquisa utilizou-se como estratégia um estudo bibliográfico a partir das bases de dados, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis End. Retrieval System Online (MEDLINE), e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Na coleta de dado foram utilizados como critério de inclusão artigos dos últimos cinco anos de 2010 a 2015 com idioma em Português. Como critério de exclusão publicações anteriores a 212 que não estejam em português e que fuja do tema.

Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa é descrever, através da literatura, a importância da atuação do profissional enfermeiro na prática da Miastenia Gravis. Como objetivos específicos, tem-se: descrever a Miastenia Gravis; informar sobre

diversas terapias que foram desenvolvidas para portadores da Síndrome.

Justifica-se toda e qualquer pesquisa sobre a Miastenia Gravis por esta ser uma doença de alta complexidade, incapacitante, silenciosa, com difícil diagnóstico, deixando os portadores com grave problema físico e psicológico podendo levar a morte.

A Miastenia Gravis atinge cerca de 3/10.000 pessoas podendo ocorrer em qualquer idade, mulheres de 20 e 30 anos e homens entre 60 e 80 anos, maior prevalência em pessoas do sexo feminino.

Referencial Teórico

A Miastenia Gravis é uma doença autoimune da porção pós-sináptica da junção neuromuscular caracterizada por fraqueza flutuante que melhora com o repouso e piora com o exercício, infecções, menstruação, ansiedade, estresse emocional e gravidez. Tal fraqueza pode ser limitada a grupos musculares específicos, músculos oculares, faciais, bulbares ou ser generalizada. A crise miastênica é definida por insuficiência respiratória associada à fraqueza muscular grave (BRITO, 2014).

O termo Miastenia Gravis vem do latim gravis (pesado), e do grego mys (músculo), astenia (fraqueza), em suma fraqueza muscular severa. essa fraqueza não tem de ser necessariamente gravis para ser miastenia. A patologia atinge principalmente mulheres com

idade entre 20 e 30 anos; 85% dos miastênicos têm fraqueza e fadiga muscular generalizada nos músculos esqueléticos e destes 15% desenvolve mutações nas musculaturas extraocular e palpebral além dos músculos mastigadores e dos que auxiliam na deglutição (BRITO, 2014).

Em torno de 12% dos pacientes em tempos variados apresentam timoma (tumor no timo). Não há a necessidade de biopsia muscular uma vez que são realizados muitos diagnósticos clínicos e as provas terapêuticas estabelecem o diagnóstico, segundo (BORGES, 2012).

Anticorpos circulantes com a função de combater a acetilcolina (ACh) faz a presença em quase todos os pacientes com Miastenia Gravis. Uma curiosidade da doença é que pode ser transferida passivamente a animais com soro de pacientes afetados. Cerca de 10% dos miastênicos vem a óbito devido à insuficiência respiratória devido à fraqueza muscular. É importante ressaltar que há vários tipos de Miastenia Gravis destacando-se a Miastenia congênita pré-sináptica, Miastenia pós-sináptica, Miastenia gravis adquirida, Miastenia medicamentosa e Miastenia animal (MACHADO & BRIZOTTI, 2012).

Os pacientes com Miastenias Gravis podem ser classificados em 4 grupos de acordo com a classificação de (OSSERMAM & GENKINS, 2011), levando em consideração o padrão de fraqueza. Na segunda coluna são apresentadas as prevalências de cada um dos grupos.

Tabela 1 - comparativas entre os 4 grupos

Grupo 1: ocular	20%	Ptose, diplopia
Grupo 2. a: generalizada, leve	30%	Envolvimento ocular e de extremidades, sem sinais bulbares proeminentes.
Grupo 3. b: generalizada, moderada e grave	20%	Sinais oculares ou bulbares, envolvimento variável da musculatura apendicular, sem crises presentes.
Grupo 4. c: aguda fulminante	11%	Sinais generalizados com envolvimento bulbar proeminente, com crises presentes.
Grupo 5. d: grave de instalação tardia.	9%	Generalizada, sinais bulbares proeminentes e crises presentes.

Fonte: OSERMAN; GENKINS, 2011.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), registrou que a incidência da Miastenia Gravis variando de 1-9 por milhão e a prevalência de 25-142 por milhões de habitantes, havendo discreto predomínio em mulheres. A idade de início é bimodal, sendo os picos de ocorrência em torno de 20-30 anos para mulheres

e 70-85 para homens.

Estudos do Ministério da Saúde indicam que, na maioria dos pacientes a Miastenia Gravis é causada por anticorpos contra receptores de acetilcolina (ACh). O papel destes anticorpos na etiologia da Miastenia Gravis foi claramente estabelecido nos anos 70, quando a plasmafereze

provou ser eficaz na remoção dos mesmos e na consequente melhora funcional por mais de 2 meses. Existem também alterações anatômicas bem estabelecidas, tais como aumento do tamanho da junção neuromuscular e diminuição do comprimento da membrana pó- sináptica (MINISTÉRIO SAÚDE, 2011).

A Síndrome trata-se de uma doença de caráter autoimune, outras afecções de mesma natureza podem coexistir em paciente com diagnóstico de Miastenia Gravis, devendo ser rastreadas de forma racional, especialmente hipo/ hipertireoidismo e doença do timo. Segundo o autor, 70% dos pacientes com Miastenia Gravis tem hiperplasia de timo e aproximadamente 10% tem timoma- com potencial para comportamento maligno - sendo este mais comum nos pacientes entre 50 e 70 anos de idade (MINISTÉRIO SAÚDE, 2011).

As complicações clínicas mais importantes da Miastenia Gravis são tetraparesia e a insuficiência respiratória (crise miastênica). A mortalidade de pacientes com Miastenia Gravis é baixa, graças aos avanços na área da medicina intensiva (RAYNOLD, 2013).

Fisiopatologia

O impulso nervoso percorre o neurônio motor até alcançar as terminações nervosas, onde há grande número de canais de Ca^{+2} sensíveis à voltagem. A abertura desses canais leva ao influxo de Ca^{+2} provocando a exocitose de acetilcolina, esta liga-se ao receptor específico presente na membrana da célula muscular (nicotínicos). A ativação destes receptores nos músculos, leva a abertura e canais de Na^{+} , despolarizando a célula muscular, o aumento do sódio provoca a liberação de Ca^{+2} armazenados nos retículos sarcoplasmáticos, este Ca^{+2} se ligará á subunidade C da troponina alterando o complexo responsável pela contração muscular na junção neuromuscular, ou placa motora, entendido pelo complexo actina-troponina. (COIMBRA, 2012)

Sintomas Clínicos

Os sintomas mais frequentes são debilidade nos músculos elevadores das pálpebras, visão dupla pela debilidade dos músculos do olhos e fadiga excessiva de determinados músculos depois do exercício. Os músculos oculares são afetados desde o início, em 40 das pessoas com Miastenia Gravis e com decurso do tempo cerca de 85 apresentam esse problema. São frequentes as dificuldades em articular a linguagem e a deglutição e a debilidade dos braços e das pernas (BRASIL, 2010).

O músculo torna-se cada vez mais fraco e, por exemplo, alguém que antes podia utilizar um

martelo, agora, sente-se demasiado fraco para o usar repetidamente. As manifestações de debilidade muscular variam de intensidade no decurso e horas ou de dias. A doença não segue um curso estável e são frequentes as exacerbações. Nos casos agudos as pessoas com miastenia gravi podem ficar virtualmente paralisadas, mas mesmo nessa situação não perdem a sensibilidade. Em aproximadamente 10 das pessoas com esta doença verifica-se um compromisso dos músculos respiratórios que põe em perigo a sua vida (BRASIL, 2010).

O médico suspeita da possibilidade de uma miastenia gravis em qualquer pessoa que apresente uma debilidade generalizada especialmente quando esta afeta os músculos das pálpebras ou da face ou se piora com o uso da musculatura afetada e melhora com o repouso. Outros diagnósticos consistem em medir a função dos nervos e dos músculos através de um electromiograma e fazer análise ao sangue para detectar anticorpos para acetilcolina.

Algumas pessoas com Miastenia Gravis apresentam um tumor na glândula do timo (timoma), que pode ser o causador da disfunção do sistema imunitário. Uma tomografia axial computadorizada (TAC) ao tórax permite detectar a presença de um timoma (SCAFF, 2010).

Conceito de Cuidados de Enfermagem

"Ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das atividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência" (Henderson, 1966).

Cuidados Gerais de Enfermagem

Os cuidados de enfermagem na Miastenia Gravis devem-se basear na instrução do paciente e da família quanto ao autocuidado, controle de medicação, conservação de energia, estratégias para ajudar nas manifestações oculares, prevenção, tratamento das complicações oculares, e sobre que medidas devem ser tomadas em uma crise miastênica (SMITH & TIMBY, 2011).

Devem-se tomar os seguintes cuidados de enfermagem: Avaliação neurológica completa a cada plantão; avaliação respiratória através da monitorização da função pulmonar, frequência e ritmo; avaliação cardiopulmonar através de ritmo cardíaco e pressão arterial; Controle da dor (utilizar escala de dor permitindo evolução); o paciente deve deambular com auxílio ou assistido pela equipe; proporcionar conforto e apoio psicológico; controle de balanço hídrico rigoroso; controle das eliminações vesico intestinais

(observar diarreia e constipação); aplicar escala de BRADEN para promover a melhora da integridade cutânea e prevenir lesões por posicionamento no leito, deverá também intervir em lesões que surgirem; administrar imunoglobulina cuidadosamente, seguindo a indicação do fabricante e estar atento às complicações da sessão de plasmaferese como: hipotensão, pneumonia, trombose venosa, cefaleia, náuseas, mialgia, calafrios e febre. (MINITÈRIO SAÛDE, 2011).

Cuidados de Enfermagem na Plasmaferese

A Plasmaferese é uma técnica para fazer a separação entre o plasma e os outros elementos do sangue e remover do plasma os elementos que possam estar sendo responsáveis pela doença do paciente. Removendo anticorpos e complexos autoimunes que estejam atacando os órgãos do próprio corpo (BORGES, 2012).

O enfermeiro também é atuante prescrevendo cuidados de enfermagem antes e durante a plasmaferese conforme sistematização de enfermagem da instituição. Após análise da requisição, o profissional de enfermagem deverá providenciar, se necessário, a coleta da amostra de sangue do paciente para a realização dos exames pré-transfusionais. Antes da coleta o profissional de enfermagem também deve orientar paciente/familiar sobre o processo, possíveis intercorrências durante ou após o procedimento e solicitar a assinatura do termo de consentimento pelo paciente/familiar autorizando o tratamento (COREN, 2011).

Verificar sinais vitais antes e após o procedimento, confirmar nome completo do paciente, acompanhá-lo durante todo o procedimento, ser capaz de identificar qualquer alteração no quadro clínico do paciente durante e após o procedimento (COREN, 2011).

Cuidados de Enfermagem em Medicamentos Imunossupressores

Os imunossupressores são medicamentos que bloqueiam a resposta do sistema de defesa. São utilizados para a prevenção e tratamento da rejeição de órgão transplantado e doenças autoimunes, atuam diminuindo a capacidade de o organismo atacar as células do próprio corpo.

Orientar paciente/familiar sobre a indicação, contra indicação, reações alérgicas, monitorar sinais e sintomas relacionados às reações adversas e providenciar tratamento, monitorar sinais e sintomas de infecções oportunistas, orientar o paciente quanto às recomendações para a administração da medicação (ABRAMI, 2012).

Cuidados de Enfermagem em Timectomia

Timectomia é a cirurgia de ressecção do timo, glândula localizada no mediastino próximo ao coração. A timectomia geralmente está indicada nos pacientes com tumores do timo (timomas) e nos pacientes com miastenia gravis doença autoimune caracterizada pela fraqueza muscular (COIMBRA, 2012).

A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato é destinada a prevenir ou tratar complicações. Por menor que seja a cirurgia o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas promove rápida convalescência, poupa tempo e reduz gastos (COIMBRA, 2012).

Estabilizar os sinais vitais, colocar o paciente na posição semi-fowler, favorecendo a expansão dos pulmões, facilitando a ventilação com menor esforço possibilitando a drenagem da sonda torácica. O paciente será posicionado a cada 2 horas para prevenção das estases de secreção e manutenção do equilíbrio da ventilação/perfusão.

É necessário orientar o paciente a tossir e respirar fundo a cada duas horas, auxiliando-o a amparar a incisão com uma almofada durante a tosse. A tosse ajuda a expelir as secreções traqueobrônquicas, administra medicação prescrita (COIMBRA, 2012).

Tabela II- Diagnóstico de enfermagem

Diagnóstico	Característica definidora	Intervenção de enfermagem	Resultado Esperado
Deambulação prejudicada	Movimentação independente limitada caracterizada pela visualização da capacidade prejudicada de andar em superfícies irregulares, descer e subir escadas, percorrer longas distâncias relacio-	Promover terapia com exercícios passivos três vezes ao dia, encorajar e encorajar deambulação.	Postura e equilíbrio melhorados, evitar quedas.

	nadas a prejuízo neuromuscular e força muscular insuficiente.		
Mobilidade física prejudicada	Limitação do movimento físico independente e involuntário do corpo, caracterizado por percepção de dispneia ao esforço, movimentos lentos, mudança da marcha e tempo de resposta diminuído, relacionado a desconforto à dor controle muscular diminuído, prejuízo neuromuscular.	Usar cadeira e rodas para paciente que não consegue locomover-se.	Prevenir quedas, proporcionar independência do paciente.
Deglutição prejudicada	Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição, associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica caracterizado, por odinofagia, evidenciada pela observação de dificuldade para deglutir, relato de que alguma coisa entalou relacionada por engasgo antes de engolir e distúrbios ao deglutir, distúrbios respiratórios.	Ensinar o paciente a fazer uso do analgésico prescrito pelo médico antes das refeições; Ensinar o paciente a alimentar-se com porções fracionadas geralmente seis porções diárias, comer lentamente, mastigando bem os alimentos.	Melhorar capacidade de deglutição, manter as necessidades corporais adequadas, previne engasgo.
Nutrição desequilibrada menos que as necessidades normais	Nutriente para satisfazer às necessidades metabólicas, caracterizado por relato verbal de dor abdominal, fraqueza dos músculos maxilares necessários para a mastigação, sensação de sabor alterado, visualizado por distensão abdominal, relacionado à capacidade prejudicada de digerir alimentos.	Administrar medicamentos prescritos para dor e anti-espasmódicos, orientar quanto a uma alimentação equilibrada, porções fracionadas com pouca quantidade, mastigar e comer lentamente.	Alívio da dor, evitar engasgo e bronco aspiração.
Padrão respiratório ineficaz	Ventilação inadequada caracterizada por pressão inspiratória e expiratória diminuída, dispneia e alteração na profundidade, relacionada à ansiedade, fadiga da musculatura respiratória e disfunção neuromuscular.	Promover a oxigenoterapia, elevar a cabeceira no mínimo trinta graus, monitorar sinais vitais.	Melhora na respiração, tranquilizar o paciente.
Déficit no autocuidado	Capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades básicas banho/higiene caracterizada pela incapacidade de lavar o corpo, relacionado à diminuição da motivação, prejuízo músculo	Orientar o acompanhante e paciente quanto à importância da higiene corporal, como: escovar os dentes, tomar banho, cuidar das unhas.	O aumento da baixa autoestima, sensação de bem estar, prevenção de infecção.

	esquelético, prejuízo perceptivo.		
Fadiga	Sensação opressiva e sustentada de exaustão caracterizada por relato constante falta de energia, sonolência, incapacidade de manter as rotinas habitacionais, relato de cansaço e desempenho diminuído relacionado à fisiopatologia da doença, condição física debilitada.	Manter o ambiente calmo e tranquilo, explicar à família as causas da fadiga, identificar fatores que desencadeiam a fadiga, auxiliar o paciente nas atividades como (alimentação e higiene); orientar ao acompanhante para deixar o paciente em repouso.	Paciente calmo, sensação de cansaço diminuído.
Risco de quedas	Risco de queda caracterizado por mobilidade física prejudicada relacionada a fatores fisiopatológicos com dificuldade de marcha, força diminuída nas extremidades inferiores, relacionado ao ambiente com moveis e objetos em excessos como (tapetes espalhados pelo chão, ausência de piso antiderrapante).	Usar andador, cadeira de rodas para paciente que não consegue locomover-se manter a área de circulação do espaço físico livre de obstáculos como: cadeiras, mesas, tapetes e auxiliar na locomoção.	Prevenir quedas, melhor circulação do paciente.

Fonte: NANDA, 2014.

Na análise feita sobre a Miastenia Gravis verificou-se que ela não tem cura conhecida, existem duas frentes para tratar a doença: medicamentosa ou cirúrgica. Por meio delas, busca-se estabilizar as possíveis crises, reduzir a sua progressão e melhorar a força do paciente (RAYNOUD, 2013).

Nas situações mais graves, como insuficiência respiratória, adota-se o tratamento por plasmaferese e imunoglobulina enquanto a primeira responde por uma filtragem de parte do sangue, retirando elementos que possam estar causando a doença (BORGES, 2012).

A segunda atua como uma inserção de anticorpos para fortalecer o sistema imunológico por determinado período. Todo esse processo constitui-se em procedimentos médicos que incluem o afastamento do paciente do ambiente de trabalho e repouso total e isso não é bem visto por parte dos empregadores e muitas vezes, também pela família, que, por falta de informações estigmatizam o paciente, dificultando assim o tratamento (BORGES, 2012).

Como os sintomas não aparecem em conjunto e desaparecem espontaneamente, podendo até se manifestar de forma descontinuada, os primeiros inícios da Miastenia Gravis podem passar despercebidos ou confundidos com uma simples indisposição

durante anos. Entre eles, estão a fraqueza da pálpebra e dificuldades para abrir os olhos ou piscar, fraqueza dos músculos do olhos – que leva ao estrabismo e a visão dupla – e o cansaço muscular excessivo após exercício ou esforço físico (BRITO, 2014).

Com o desenvolvimento da doença, os sinais se agravam, causando dificuldade para subir escadas, levantar os braços, escrever, falar, engolir alimentos, além de fraqueza dos músculos do pescoço – que deixam a cabeça pendida para frente ou para o lado – e dos braços e das pernas – que varia de intensidade ao longo de horas ou dias (BRITO, 2014).

Esses sintomas, ou ambiente de trabalho, na escola, ou mesmo na família podem ser identificados como preguiça, ou seja, como se o paciente estivesse usando os sintomas para se esquivar de suas atividades (BRITO, 2014).

Na história de vários pacientes acometidos pela Miastenia Gravis constam casos de relacionamento conflitantes antes da identificação da doença, sobremaneira, no ambiente de trabalho, onde muitos indivíduos são estigmatizados pelos sintomas que se agravam a medida que suas atividades laborais se intensificam (BORGES, 2012).

O diagnóstico e tratamento da Miastenia Gravis, pelo fato do repouso ser uma das formas

de abrandamento dos sintomas, o tratamento dos sintomas, o trabalhador é confundido com pessoas que usam qualquer motivo para se manterem de licença médica. Esse tipo de postura dos gestores e dos colegas de trabalho dificulta não somente o relacionamento no trabalho, mas o lado psicológico do paciente, agravando mais ainda o quadro geral da doença.

Apesar de raramente ser fatal, a Miastenia Gravis tem complicações sérias. A mais significativa delas é a insuficiência respiratória, já que a fraqueza muscular pode atingir também o diafragma, músculo fundamental no processo de inspiração e expiração. Na ocorrência destes episódios, o paciente deve receber atenção redobrada, o que inclui uma possível internação em unidades de atendimento semi-intensivo (BORGES, 2012).

Considerações finais

A pesquisa feita leva a entender que a Miastenia Gravis é uma doença rara, porém tratável. A identificação precoce da síndrome e de seus fatores precipitantes torna esta patologia mais acessível a novas modalidades de tratamento. Com isso fez-se necessário uma abordagem sobre a etiologia, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e principalmente cuidados de enfermagem englobando desde a descoberta da doença até o acolhimento.

Conclui-se que o melhor conhecimento acerca de seus mecanismos moleculares tem proporcionado o desenvolvimento de novas

opções terapêuticas, necessárias para amenizar crises severas, levando a um prognóstico adequado.

Apesar das novas tecnologias e a rede de informações disponível, ainda verificam-se situações em que os portadores de Miastenia Gravis deparam com dificuldades no tratamento.

Neste sentido, o enfermeiro deve receber uma educação intensificada para prestar um cuidado de qualidade e humanizado aos pacientes portadores da doença. Com a educação continua o mesmo desenvolve uma habilidade de percepção e, com isso, ele pode identificar a necessidade do portador de um atendimento multidisciplinar, para melhor qualidade de vida do paciente.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado vida, saúde e força para superar os obstáculos.

A esta faculdade, seu corpo docente, direção e administração que proporcionaram a oportunidade de abranger novos horizontes, eivados na confiança, no mérito e ética aqui presentes.

Ao meu orientador Alesxander pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

E a todos que direto e indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigado a todos.

Referências

- 1 - ABRAMI, 2010. Miastenia Gravis: História da Miastenia Gravis - Disponível em: www.diariodeumianstenica.blogspot.com/historia-da-miastenia-gravis.html- Acesso em 12/12/2015.
- 2 - BORGES, 2012. Miastenia Gravis: Diagnóstico, tratamento- Scielo - Disponível em: www.revistaneurociencias.com.br/edições/2014/2201/de_817rc.pdf - Acesso em 5/ 11/ 2015.
- 3 - BRASIL, 2010. Miastenia Gravis, Sintomas, diagnóstico e tratamento - Disponível em: [www.leandroteles.com.br/Doenças e Distúrbios](http://www.leandroteles.com.br/Doenças_e_Distúrbios) - Acesso em 22/10/2015.
- 4 - BRITO, 2014. atuação da Fisioterapia na Miastenia Gravi: Estudo de Caso - Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-709420011000600007&script= Acesso em 22/10/2015.
- 5 - COIMBRA, et al, 2012. Neurologia - setor e ciências da saúde - Disponível em: www.saude.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2015/09neurologia.pdf - Acesso em 14/10/2015.
- 6 – COREN - SP, 2011. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 57. Disponível em: www.corensp.com.br. - Acesso em 12/05/16.
- 7 - GYUNTON E HAL, 2011. Miastenia Gravis Autoimune. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/4255>.- Acesso em 22/10/2015.
- 8 - IBGE, 2010. Miastenia Gravis - Ministério da Saúde.- Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt10-05-2010.htm.- Acesso em 11/10/2015.
- 9 - MACHADO & BRIZOTTI, 2012 Miastenia Gravis, a doença da fraqueza_ Hospital Israelita. Disponível em: www.einstein.br/einstein/miastenia-gravis-a-doenca-da-fraqueza.aspx- Acesso em 12/10/2015.
- 10 - NANDA, 2014. Livro- Diagnóstico de Enfermagem da Nanda,2012/2014. - Disponível em: www.submarino.com.br/portal/hotsite_novo/header/111967564=- Acesso em 03/11/2015.
- 11 - NETO, 2011 Miastetenia Gravis: relato de dois casos e revisão da Scielo- Disponível em : www.revistaneurociencias.com.br/edições/2014/2201_med_ghc.pdf- Acesso em 05/11/2015.
- 12 - NORMANN. 2011MINISTÉRIO DA SAÚDE GRUPO HOSPITALAR. Disponível em: www.fundaçãoalalle.org.br/wp-content/ed_abert_022011_med_ghc.pdf- Acesso em 22/10/2015.
- 13 - OSERMAN e GENKINS, 2011. Miastenia Gravis- Ministério da Saúde- Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0029-10-05-2010.html.- Acesso em 14/10/2015.
- 14 - PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS, 2010. Miastenia Gravis- Ministério da Saúde. - Disponível em: bvsms.saude.gov.br/sas/2010/prt0029-12-05-2010.html. - Acesso em 22/10/2015.
- 15 - RAYNOUD, 2013, 400 - residência médica com pré-requisito em PUCPR. -Disponível em: www.pucpr.br/arquivosUpload/5374209391387059175.pdf- Acesso em 04/11/2015.
- 16 - SCAFF, 2010 miastenia gravis no Ceará, Brasil aspectos clínicos. Disponível em: www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/862/1/2010_dis_aaxaguiar.pdf- Acesso em 08/10/2015.
- 17 - TURNER, 2013. Atualizações e perspectivas a Miastenia Gravis. Disponível em: www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=333f1eb5862390c4- Acesso em 20/03/2016.