

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA PORTADORA DA SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: ESTUDO DE CASO

NURSING ASSISTANCE SYSTEMATIZATION FOR PATIENT WITH CHURG STRAUSS SYNDROME: CASE STUDY

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DEL SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS: ESTUDIO DE CASO

Flávia Sampaio Latini Gomes¹
Lúcia de Fátima Rodrigues Moreira¹
Paula Gabriela Ribeiro Andrade²
Fabrícia Madalena Meira Santos²

RESUMO

Trata-se de estudo de caso de um paciente portador da síndrome de Churg-Strauss, desenvolvido durante o ensino clínico da disciplina Enfermagem do Adulto e do Idoso. Os resultados obtidos demonstraram que as intervenções de enfermagem implementadas contribuíram positivamente para a melhoria das condições do paciente, evidenciada pela diminuição da dor e da ansiedade, bem como pela melhor compreensão do paciente em relação ao diagnóstico médico, fatores que propiciaram o envolvimento dele no autocuidado.

Palavras-chave: Estudo de Caso; Síndrome de Churg-Strauss; Processos de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

Case study of a patient with Churg-strauss syndrome, drawn up during the clinical teaching period of an Adult and Elderly Health course. Results obtained demonstrated that nursing interventions implemented contributed in a positive way to enhance the conditions of patients. This can be seen by the reduction of pain and anxiety the patient's understanding his diagnosis. These factors helped improve his involvement in self care.

Key words: Case Studies; Churg-Strauss Syndrome; Nursing Process; Nursing Diagnosis.

RESUMEN

Se trata del estudio de caso de un paciente portador del síndrome de Churg-Strauss desarrollado durante la enseñanza de la asignatura Enfermería del Adulto y del Anciano. Los resultados obtenidos demostraron que las intervenciones de enfermería implementadas contribuyeron positivamente a mejorar las condiciones del paciente, lo cual se refleja tanto en la disminución del dolor como de la ansiedad y en el hecho de que el paciente entiende mejor su diagnóstico médico, todos ellos factores que propician su autocuidado.

Palabras clave: Estudios de Casos; Síndrome de Churg-Strauss; Procesos de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Docente do Departamento de Enfermagem Básica da EEUFMG. Minas Gerais, Brasil.

² Discente do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem da UFMG – Departamento de Enfermagem Básica. Avenida Alfredo Balena, 190, sala 106, Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG, Brasil – CEP 30.130-100.

E-mail: latini@ufmg.br.

INTRODUÇÃO

Durante o acompanhamento de alunos nas atividades práticas da disciplina Enfermagem do Adulto e do Idoso, do curso de graduação em Enfermagem, em Unidade de Internação de um Hospital Universitário, um dos clientes atendidos pelos discentes era portador da síndrome de Churg-Strauss (SCS).

O objetivo geral da disciplina é prestar assistência de enfermagem ao adulto e idoso com acometimentos de saúde agudos ou crônicos, que demandem intervenções de enfermagem, utilizando uma metodologia de assistência. Para tal, os discentes desempenham atividades de coleta de dados, definição de problemas, estabelecimento dos diagnósticos, das intervenções e evoluções de enfermagem, o que é precedido da anuência dos clientes em participar desse processo.

Julga-se pertinente o relato de caso dessa síndrome em virtude da raridade dela e da importância de seu conhecimento por parte dos profissionais de saúde, em especial pelos enfermeiros, para o atendimento das necessidades específicas decorrentes da SCS.

Assim, o objetivo com este trabalho é apresentar uma experiência discente durante a realização do ensino clínico da disciplina Enfermagem do Adulto e do Idoso no atendimento a uma pessoa portadora da SCS, internado em unidade de clínica médica de um hospital universitário de Belo Horizonte-MG.

SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS

A SCS é uma doença auto-imune, rara e de etiologia indeterminada que afeta, principalmente, homens na faixa dos 50 anos com história pregressa de asma e rinite alérgica.¹ Essa síndrome, também conhecida como *angeíte granulomatosa*, é definida como uma vasculite sistêmica, clinicamente caracterizada por asma, hipereosinofilia e infiltrados pulmonares temporários.²

A incidência mundial da SCS é de 2,4 a 4,0 casos entre 1 milhão de pessoas, de acordo com estudos europeus realizados em 1984 e 1995.³ E a prevalência dessa patologia pode ser subestimada em decorrência da sobreposição clínica e anatomopatológica de outras vasculites e da própria raridade da doença.²

Os primeiros casos foram descritos por Churg e Strauss, em 1951, quando os pesquisadores avaliaram um grupo de 13 pacientes que apresentavam asma, eosinofilia, inflamação granulomatosa, vasculite sistêmica necrotizante e glomerulonefrite necrotizante.^{4,5} Em 1990, o American College of Rheumatology definiu seis critérios classificatórios da SCS: asma, eosinofilia periférica acima de 10%, sinusite paranasal, infiltrado pulmonar, prova histológica de vasculite com eosinofilia extravasculares e polineuropatia. Na presença de quatro desses critérios, a pessoa é considerada portadora da síndrome.⁶

A evolução da doença, por sua vez, pode ser dividida em três fases. A primeira é conhecida como *prodromica* e caracteriza-se pelo aparecimento da asma com sinais e sintomas de rinite e sinusite. A segunda é a *eosinofílica*, que se caracteriza pela eosinofilia periférica e infiltrados eosinofílicos teciduais. Na terceira fase, denominada *vasculítica*, há presença de vasculite sistêmica com neuropatia

periférica e de doenças cardíacas. Essa fase pode ser grave e aumentar a morbimortalidade.^{7,8}

A determinação do diagnóstico da SCS pela equipe médica pode ser conseguida com o auxílio de diversos exames laboratoriais. Os exames hematológicos revelam eosinofilia, anemia, aumento da taxa de sedimentação eritrocitária e dos níveis de proteína C reativa, IgE e hipergamaglobulinemia. Sendo que, 70% dos casos são p-ANCA (anticorpos antimieloperoxidase) positivo.⁵

Além da eosinofilia, a síndrome é caracterizada por quadro de asma e de sinusite, sendo esta observada em até 61% dos casos.⁹ As manifestações respiratórias são apresentadas durante a primeira fase da doença, podem perdurar por vários anos e estão, normalmente, relacionadas com inflamação do trato respiratório inferior e superior. Os sintomas iniciais são brandos e podem tornar-se mais severos com o tempo, sendo que 77% dos pacientes precisam ser submetidos ao tratamento com corticosteróides para o controle da asma. No entanto, observa-se que metade dos pacientes apresenta melhora do quadro de asma ao alcançar a fase vasculítica da doença. Nos estudos de imagem, as alterações radiológicas torácicas estão presentes em, aproximadamente, 75% dos casos e a radiografia de tórax pode mostrar opacidade pulmonar em 26-77% dos casos.^{2,9}

O sistema nervoso também pode ser acometido. Um estudo com portadores da SCS revelou que, quando o sistema nervoso central era afetado, as manifestações variavam desde desorientações e convulsões até o coma. Entretanto, os pacientes com o sistema nervoso periférico afetado apresentaram neuropatia periférica com distúrbios motores, sensitivos e tróficos.⁴ Este último sistema é o mais acometido e aparece em 50% a 70% dos pacientes.³

Em casos de envolvimento do sistema nervoso periférico, a biópsia do nervo sural é o procedimento mais viável.⁵ Entretanto, o diagnóstico é baseado, principalmente, nos aspectos clínicos, pois nem sempre os granulomas eosinofílicos estão presentes em uma biópsia.⁷ A polineuropatia é menos freqüente, uma vez que na SCS o mais comum é a mononeuropatia periférica. A polineuropatia caracteriza-se por ser um tipo de desordem que acomete numerosos nervos periféricos ao mesmo tempo, o que contribui para um déficit distal e simétrico associado a problemas em reflexos tendinosos.¹⁰

O acometimento dos nervos ocorre por causa da isquemia nos vasos que os irrigam provocada pelas vasculites necrotizantes. Essa circulação colateral deficiente, portanto, torna os nervos susceptíveis a danos isquêmicos.³

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

M.A. P., 56 anos, amasiado (vive com companheira há 20 anos), foi admitido no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (PA-HC/UFMG) no dia 29/9/2006, com quadro de tosse, dor generalizada, parestesia e parestesia em membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII).

À anamnese, realizada em 24/11/2006, queixou-se de sensação de “choque e de que os ossos estão [estavam] crescendo e esticando a pele” e piora[va] a dor nas mãos.

Residia em São Paulo-SP, onde trabalhava como gráfico há 40 anos. Relata que, em julho desse mesmo ano, apresentou episódio súbito de asma (nega episódios semelhantes anteriores) e fortes dores nas pernas. Ao consultar-se com um pneumologista, foi prescrito broncodilatador do tipo aerossol, para os momentos de crise. Para as dores nas pernas, M. A. P. se automedicou com diclofenaco de sódio (Voltaren®), relatando melhora. Após dois meses, apresentou dor intensa de MMII durante o trabalho, fazendo, novamente, uso de diclofenaco de sódio. No dia seguinte, percebeu aumento da dor, fraqueza e tremor, perda da sensibilidade no terço distal dos MMII e incapacidade de se manter de pé sem apoio.

Em virtude da piora do quadro, o paciente decidiu mudar-se para Belo Horizonte-MG para se tratar. Relatou que durante a viagem de mudança apresentou episódio de dor generalizada, cefaléia e tonteira, e por esse motivo procurou o Hospital das Clínicas de Pouso Alegre-MG, onde permaneceu internado por cinco dias. Quando recebeu alta, foi orientado para consultar-se com um neurologista. Ao chegar a Belo Horizonte, iniciou tratamento na clínica de pneumologia do Ambulatório Bias Fortes do HC/UFMG e realizou a consulta com neurologista. Em 29/9/2006, apresentou piora do quadro algico, sendo encaminhado ao PA-HC/UFMG. Ao ser admitido, relatou emagrecimento de 20 quilos nos últimos quatro meses, relacionado com inapetência e náuseas, além de perda de memória, tontura e tremor de repouso. História pregressa de sífilis na juventude, gota há quatro anos, hipertensão arterial sistêmica e úlcera gástrica diagnosticada há três anos. Relatou que antes da internação realizava suas atividades da vida diária de forma independente e trabalhava em média 12 horas por dia. Informou que suas atividades de lazer consistiam em assistir a filmes durante a noite, ler e observar o céu. Caminhava pelo parque ocasionalmente. Dormia em torno de três horas por noite, relatando padrão de sono satisfatório. Consumia bebida alcoólica nos finais de semana. Relatou que encerrara suas atividades laborativas havia quatro meses, desde o agravamento do quadro de saúde.

Após a internação, mantém-se acamado. Necessita de auxílio para mudar-se de decúbito, alimentar-se, vestir-se e banhar-se. Não consegue manter-se de pé sem auxílio. Relata que tem dispnéia e tontura quando faz pequenos esforços e desconforto na região facial durante a mastigação. Ingerir 1000 mL de líquido por dia.

Ao exame físico, realizado em 24/11/2006, encontrava-se alerta, consciente, orientado no tempo, no espaço e sobre si mesmo, comunicativo e colaborativo. Estava afebril, hidratado e eupnéico. Apresentava tremor de repouso e parecia ansioso. Tinha a pele hipocorada (2+/4+), anictérica, acianótica. Sentia dor à palpação da região dos seios maxilares. Apresentava conjuntivas hipocoradas (2+/4+). Sua *ictus cordis* era visível, medindo duas polpas digitais. Apresentava bulhas normofonéticas e o ritmo cardíaco era regular. O tórax apresentava expansão simétrica e murmúrios vesiculares fisiológicos, sem ruídos adventícios. O pulso da aorta abdominal era visível. O abdome estava livre, escavado, indolor à palpação superficial e doloroso à palpação profunda na região do hipocôndrio esquerdo. O fígado era palpável no nível do rebordo costal. Os MMSS apresentavam-se simétricos, hipotônicos, atroficos com restrição dos movimentos finos e grossos, e a pele estava

seca e descamativa. Havia a presença de pequenos nódulos em vasos periféricos dos antebraços. As respostas sensitiva e motora estavam alteradas. As palmas das mãos estavam hipocoradas (2+/4+), apresentando hipersensibilidade tátil e dolorosa. Os membros inferiores eram simétricos, hipotônicos e atrofiados, com sensibilidade tátil diminuída ao toque, sendo mais acentuada na região distal do membro inferior direito. Apresentava restrição de movimentos nos MMII ao exame e pele ressecada e descamativa. Na região maleolar direita, foi observada incisão cirúrgica limpa e seca, de aproximadamente 10 cm, decorrente de biópsia de nervo sural. Dados vitais e antropométricos: pressão arterial: 130x80mmHg; frequência cardíaca: 80 bpm; frequência respiratória: 20irpm; temperatura axilar: 35,9°C; peso: 52 kg; altura: 1,68 m, IMC: 18,42 kg/m² (peso há quatro meses: 72 kg; IMC: 25,5 kg/m²).

Segundo dados do prontuário, na data de realização do exame físico, o paciente estava em uso de losartana potássica, 50 mg, associada a hidroclorotiazida, 12,5 mg, duas vezes ao dia; dipirona, 20 gotas, de 6 em 6 horas, se necessário; codeína associada a paracetamol, 7,5 mg, se dor; liquemine, 1 ampola, subcutânea, de 12 em 12 horas; ácido fólico, 3 mg, de 12 em 12 horas; prednisona, 60 mg, de 24 em 24 horas; ranitidina, 20 mg, de 12 em 12 horas.

Os exames complementares, na data de admissão, revelaram hemoglobina de 11 g%, leucócitos totais 21000/mm³, com presença de 65% de eosinófilos. O raio-X de tórax evidenciou nódulos centrolobulares em ambos os pulmões, alguns com padrão de árvore em brotamento. O raio-X dos seios da face revelou sinusopatia etmoidal e frontal esquerda e dilatação parcial das unidades osteomeatais. À tomografia computadorizada de tórax/mediastino, realizada em 18/10/2006, nódulos centrolobulares mal definidos, em ambos os pulmões. Não foi observado aprisionamento aéreo nos cortes em apnéia respiratória máxima, linfadenomegalia ou lesão expansiva mediastinal. Não foram evidenciadas anormalidades nos grandes vasos e as superfícies e os espaços pleurais apresentavam-se livres. Segundo o responsável pelo laudo, embora não se observassem os padrões mais comuns de consolidações periféricas e vidro fosco, a possibilidade de acometimento pulmonar pela vasculite Churg Strauss deveria ser considerada, dada a correlação com os informes clínicos.

Em 20/10/2006, foi realizada espirometria, que revelou distúrbio ventilatório obstrutivo leve com variação significativa de fluxo após broncodilatador, sendo compatível com quadro de asma. A saturação de oxigênio foi de 98% e a frequência cardíaca, de 80bpm.

Em 27/10/2006, foi realizada biópsia dos nervos fibular e sural, que revelou sinais de desmielinização com alguns feixes neurais contendo fibras mielíneas vacuolizadas, sem sinais de neurite, vasculite ou depósitos metabólicos, caracterizando quadro de neuropatia desmielinizante. A conduta de tratamento para a neuropatia incluiu a pulsoterapia com metilprednisona e ciclosfamida.

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM

Em 24/11/2006, os seguintes problemas de enfermagem foram identificados: dor em região mandibular durante a mastigação; dor à palpação no hipocôndrio direito; dor nas regiões palmares; impossibilidade de apoiar os pés no chão; dispnéia e tonteira aos pequenos esforços; tremor de repouso; parestesia, parestesia e limitação dos movimentos

em MMSS e MMII; sensação “de choque e de que os ossos estão [estavam] crescendo e esticando a pele” das mãos; MMSS e MMII hipotróficos e hipotônicos; medo de contrair infecção em ferida operatória em MID; pele ressecada nos MMSS e MMII; ansiedade; ingesta de apenas 1000 mL de líquidos por dia; emagrecimento súbito (IMC 18,42 kg/m²); anemia, eosinofilia; história de hipertensão arterial sistêmica, úlcera gástrica, gota e asma; uso de diurético; afastamento das atividades laborativas e de lazer; dependência para realização das atividades da vida diária.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem, segundo NANDA (2005/2006)⁹, foram:

1. Ansiedade, relacionada às dificuldades no atendimento às suas necessidades básicas, caracterizada por preocupação expressa, decorrente das mudanças em seu cotidiano e na atividade laboral após o surgimento do agravo, inquietação e tremores.

2. Dor, relacionada a agentes lesivos biológicos, caracterizada por relato verbal, adoção de posição antálgica, comportamento de defesa e expressão facial.

3. Risco para síndrome do Desuso, relacionada a dor intensa, dispnéia, movimentos limitados, parestesia e parestesia em MMSS e MMII.

4. Risco para integridade da pele prejudicada, relacionada a déficit de líquidos, restrição ao leito imposta pela patologia, corticoterapia, ressecamento e descamação da epiderme.

5. Nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais, relacionada à dificuldade para ingerir alimentos, secundária à sinusopatia e desconforto à mastigação, caracterizada por conjuntivas hipocoradas e perda de peso.

6. Mobilidade física prejudicada, relacionada a dor, prejuízos musculoesqueléticos e neuromusculares, caracterizada por amplitude limitada de movimentos e capacidade limitada para realizar movimentos grossos e finos.

7. Risco para infecção, relacionado a terapia medicamentosa, internação hospitalar prolongada e cirurgia.

8. Padrão respiratório ineficaz, relacionado à presença de nódulos centro lobulares em ambos os pulmões secundários à vasculite Churg-Strauss, evidenciado por dispnéia e tonteira aos pequenos esforços.

9. Percepção sensorial tátil perturbada, relacionada à integração sensorial alterada secundária à neurite periférica, caracterizada por hipersensibilidade tátil e dolorosa nas regiões palmares.

10. Déficit para autocuidado para banho/higiene, relacionado a prejuízo neuromuscular (pareisia MMII), dor nos MMII e imobilização caracterizado por incapacidade para chegar ao banheiro e retornar ao leito, regular fluxo e temperatura da água, pegar os artigos para banho e secar-se.

11. Atividade de recreação deficiente, relacionada à internação prolongada, caracterizada por impedimento à realização de passatempos habituais.

12. Risco de volume de líquidos deficiente, relacionado ao uso de diurético e baixa ingesta de líquidos.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Com base nos problemas e diagnósticos de enfermagem, levantados após a primeira avaliação, foram propostas as seguintes intervenções de enfermagem¹²:

- controle dos sinais vitais de 6 em 6 horas, com principal atenção à variação dos valores da pressão arterial e do padrão respiratório;
- redução da ansiedade: utilizar abordagem calma e segura; oferecer informações reais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico; explicar os procedimentos; propiciar momentos de escuta para que possa exteriorizar suas preocupações; encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; manter ferida operatória em MID protegida com atadura de crepom;
- controle da dor/percepção sensorial: observar queixas álgicas e medicar conforme prescrição médica; observar evolução de parestesia e parestesia em MMSS e MMII; manter constantemente mãos protegidas com luvas de procedimento para diminuir sensação de “choque” e dor;
- prevenção de úlceras de pressão: aplicar creme hidratante em pele íntegra, após o banho; ajudar na transferência para a poltrona, duas vezes ao dia; estimular reposicionamentos freqüentes para aliviar áreas de pressão; aplicar Escala de Risco de Braden semanalmente; avaliar as áreas de proeminências ósseas quanto à hiperemia, à descamação, ao ressecamento e ao calor;
- controle da nutrição: estimular e monitorar a aceitação da dieta, proporcionando o equilíbrio entre a nutrição e as necessidades corporais; discutir com a nutricionista a possibilidade de modificar a consistência da dieta;
- reposição hídrica: estimular e monitorar a ingesta hídrica (em torno de 1500 a 2000 mL por dia); monitorar diurese;
- melhora do padrão respiratório: manter a cabeceira elevada a 30°;
- assistência no autocuidado: encaminhar ao banho de aspersão em cadeira de rodas; providenciar os artigos pessoais desejados; facilitar ao paciente o próprio banho; estimular participação ativa nos momentos de realização de higiene corporal e alimentação;
- terapia recreacional: oferecer livros e revistas.

EVOLUÇÃO

As intervenções de enfermagem propostas foram implementadas pela discente e seguidas pela equipe de enfermagem o resultado foi a melhoria das condições do paciente, evidenciada pela diminuição da ansiedade, maior entendimento do paciente em relação ao diagnóstico médico, envolvimento no autocuidado, melhor aceitação da dieta após oferta de alimentos abrandados.

A utilização constante das luvas de procedimento pelo paciente proporcionou diminuição da sensação de “choque” e de estiramento da pele dos quirodáctilos. Isso permitiu a execução de diversas atividades da vida diária, tais como segurar talheres e outros instrumentos e realizar a higiene corporal, uma vez que até mesmo a água do chuveiro provocava desconforto na área palmar. Ademais, tal intervenção ainda gerou um sentimento de independência e segurança, que contribuiu para a melhora da auto-estima e a redução da ansiedade.

Após as aplicações de creme hidratante, notou-se visível melhora do padrão de turgor da pele. Embora a ferida operatória no membro inferior direito já estivesse seca e livre de sinais inflamatórios, a utilização do enfaixamento da região maleolar foi mantida com o intuito de atender à demanda do paciente, reduzindo-lhe a ansiedade, pois receava contrair infecção hospitalar por exposição da cicatriz.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de síndrome de Churg-Strauss, neste relato de caso, deveu-se às manifestações de asma, à eosinofilia, à neuropatia periférica e à presença de nódulos pulmonares apresentados. Esses achados foram obtidos durante anamnese e exame físico, além de estudos laboratoriais e de imagem.

O paciente em estudo apresentou acometimento do sistema nervoso periférico, que foi evidenciado por paresia e distúrbio sensitivo em membros superiores e inferiores, diagnosticado pela equipe médica como polineuropatia simétrica distal.

No caso em questão, foi detectada eosinofilia de 65% no dia da admissão, ratificando que a eosinofilia é o achado laboratorial tipicamente encontrado, podendo atingir 1000 células/mL em 80% dos pacientes. A infiltração por eosinófilos nos tecidos, geralmente, é responsável pelo achado histopatológico mais comum, que são as reações granulomatosas nos tecidos ou dentro das paredes dos vasos sanguíneos,⁹ evidenciadas pelos nódulos palpados nos trajetos venosos de MMSS.

Os eosinófilos apresentam funções fagocíticas e oxidativas similares à dos neutrófilos. A liberação de proteínas catiônicas dos grânulos dos eosinófilos danifica os tecidos. Os eosinófilos também secretam citocinas como a interleucinas (IL-1, IL-5), além de funcionarem como células que apresentam de antígenos em associação com complexo de histocompatibilidade de classe II; liberam agentes quimiotáticos para outros granulócitos e leucotrieno C₄, o qual aumenta a permeabilidade vascular. Os eosinófilos favorecem a proliferação de fibroblastos e a deposição de colágeno. Essas atividades dos eosinófilos têm sido descritas como responsáveis pela fisiopatologia da SCS. O elevado número dessas células e o aumento de imunoglobulina-E nos vasos e tecidos, juntamente com neurotoxinas e outras proteínas dos eosinófilos, sugerem um papel direto na vasculite. O acúmulo pode ser resultado de uma resposta alérgica a um antígeno desconhecido.³

A realização de biópsia em um dos nervos acometidos consiste em recurso terapêutico para a elaboração do diagnóstico final. No paciente em questão, foram realizadas biópsias dos nervos fibular e sural. De acordo com os dados do prontuário, o resultado da primeira biópsia mostrou sinais de desmielinização, nos quais alguns feixes neurais com fibras mielínicas vacuolizadas sem sinais de neurite, vasculite ou depósitos metabólicos, levaram ao diagnóstico conclusivo de neuropatia desmielinizante. A segunda biópsia, do nervo sural, revelou alterações sugestivas de neuropatia desmielinizante, uma vez que as fibras mielínicas apresentavam-se vacuolizadas sem sinais de vasculite, neurite ou depósitos metabólicos. A neuropatia desmielinizante pode justificar os relatos de sensação de choque e estiramento da pele de MMSS, que tanto desconforto causava ao paciente,

cujos efeitos foram sanados com a utilização das luvas de procedimento pelo mesmo.

O tratamento da síndrome de Churg-Strauss ainda é controverso e vem sendo realizado por meio de glicocorticóides. Nos casos mais graves dessa síndrome, baixas doses de agentes citotóxicos são associados para a obtenção de maior controle da doença.¹ Após a pulsoterapia realizada, o paciente passou a fazer uso regular de prednisona (60 mg/dia), no intuito de tratar o processo inflamatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dessa experiência percebe-se que os pacientes portadores de síndrome de Churg-Strauss requerem cuidados de enfermagem específicos e sistematizados. Diante de situações como essa, raramente encontrada na prática clínica, compete ao enfermeiro buscar informações sobre a doença e as possíveis intervenções a serem implementadas para solucionar os diagnósticos de enfermagem identificados, promover a educação continuada da equipe, além de fornecer orientações ao paciente, aos cuidadores e aos familiares. Compete ao enfermeiro, ainda, promover o envolvimento e adesão da equipe sob sua gerência, para que a implementação das intervenções aconteça de forma contínua e efetiva.

Para a abordagem ao paciente, deve-se ressaltar a importância da comunicação entre equipe multiprofissional, cabendo a cada um dos seus membros trabalhar as especificidades relacionadas à sua formação, porém atendendo o paciente de forma integralizada.

REFERÊNCIAS

1. Mardegan LC, Soledade C, Sachetto Z, Bertolo MB, Amstalden EMI, Sâmara AM, Fernández SRM. Síndrome de Churg-Strauss: uma vasculite rara. *Rev Bras Reumatol*. 2004; 44 (2):179-84.
2. Barros JM, Antunes T, Barbas CSV. Síndrome de Churg Strauss. *J Bras Pneumol*. 2005; 31 (supl. 1): 27-31.
3. Abril A, Calamia KT, Cohen MD. The Churg Strauss syndrome (allergic granulomatous angiitis): review and update. *Semin Arthr Rheum*. 2003; 33 (2): 106-114.
4. Churg J, Strauss L. Allergic granulomatosis, allergic angiitis, and periarteritis nodosa. *Am J Pathol*. 1951; 27 (2): 277-301.
5. Farid-Moayer M, Sessoms SL. Churg-Strauss syndrome. [Citado em: 2007 Fev 5] Disponível em: <http://www.emedicine.com/med/topic2926.htm>.
6. Masi AT, Hunder GG, Lie JT, Michel BA, Bloch DA, Arend VWP et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Churg-Strauss syndrome (allergic granulomatosis and angiitis). *Arthr Rheum* 1990; 33 (8): 1094-100.
7. D'Cruz DP, Barnes NC, Lockwood CM. Difficult asthma or Churg-Strauss syndrome? *BMJ*. 1999; 318 (7182): 475-6.
8. Hasley PB, Follansbee WP, Coulehan JL. Cardiac manifestation of Churg-Strauss syndrome: report of a case and review of the literature. *Am Heart J*. 1990; 120 (4): 996-9.
9. Sneller MC. Síndromes de vasculite. In: Kasper DL. *Harrison's medicina interna*. 16. ed. Rio de Janeiro: Interamericana do Brasil; 2006. v.2. p.2100-12.
10. Greenberg DA, Aminoff MJ, Semon RP. Distúrbio da sensibilidade somática. In: Greenberg DA, Aminoff MJ, Semon RP. *Neurologia clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.199-226.
11. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
12. Dochterman JMC, Bulechek, GM. *Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Data de submissão: 12/7/2007

Data de aprovação: 24/12/2007