

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA ADOLESCENTE COM INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES E SÍNDROME DE SJÖGREN

Izabel Cristina de Souza¹, João Victor Santos de Castro², Ana Karoline Bastos Costa³, Débora Paiva Pinheiro⁴, Francisca Elisângela Teixeira Lima⁵

- 1- Universidade Federal do Ceará – E-mail: izabelsouza@alu.ufc.br
- 2- Universidade Federal do Ceará – E-mail: j.victor_jawm@hotmail.com
- 3- Universidade Federal do Ceará – E-mail: anakaroline14@hotmail.com
- 4- Universidade Federal do Ceará – E-mail: deborappinheiro@outlook.com
- 5- Universidade Federal do Ceará – E-mail: felisangela@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren é uma doença reumática autoimune com repercussão sistêmica que se caracteriza, principalmente, por ocasionar uma infiltração linfocitária em glândulas salivares e oculares, levando a uma disfunção secretória desses órgãos e ocasionando ressecamento da mucosa oral e ocular. É crônica e possui uma evolução lenta e progressiva, além de poder ocorrer em associação com outras doenças autoimunes, como o lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide (VALIM *et al.*, 2015).

Dentre as doenças reumáticas, síndrome de Sjögren é considerada comum, com uma estimativa de incidência anual variando de 3.9 a 5.3 casos a cada 100 mil habitantes em países como Estados Unidos, Eslovênia e Grécia (SHAHANE; PATEL, 2014). No Brasil, não há estudos que versem sobre a prevalência de Síndrome de Sjögren. No entanto, estudo brasileiro local levantou os primeiros dados epidemiológicos sobre essa síndrome, demonstrando uma prevalência de 0,17% na cidade de Vitória, Espírito Santo (VALIM *et al.*, 2013).

A Síndrome de Sjögren tem predileção pelo sexo feminino, ocorrendo em relação ao sexo masculino na proporção de 9:1, sendo mais comum na quarta e quinta década de vida; levando alguns estudiosos a acreditarem que sua fisiopatologia está relacionada a disfunções hormonais (FELBERG; DANTAS, 2006).

Há, ainda, a categorização da Síndrome de Sjögren em primária ou secundária. É primária quando envolve apenas glândulas salivares e lacrimais. Já a condição secundária diz respeito ao acometimento de outras glândulas exócrinas ou em associação com outras doenças autoimunes.

As infecções de vias aéreas superiores (IVAS) são umas das principais causas de admissão de pacientes pediátricos nas urgências e emergências. As estruturas acometidas nestas infecções podem ser nariz e fossas nasais, seios perinasais, boca, faringe e laringe. Embora as IVAS sejam mais comuns na infância, especialmente pelo tamanho do tecido linfóide e a alta sensibilidade das amígdalas, também podem ocorrer em adolescentes. As amígdalas são órgãos sensíveis às

infecções, que podem manifestar-se como dificuldade de deglutição, febre, mal-estar e dor de garganta (PITREZ; PITREZ, 2003).

As amigdalites (ou tonsilites) podem ter origem viral (75% dos casos), sendo causadas por rinovírus, coronavírus, adenovírus, herpes simples, influenza, parainfluenza, *coxsackie*, dentre outros, tendo como quadro clínico dor de garganta, disfagia, mialgia, febre baixa, tosse, coriza hialina e espirros. Também pode ser de origem bacteriana, responsável por 20 a 40% dos casos de amigdalites, sendo causadas pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*), com quadro clínico de dor de garganta intensa, disfagia, otalgia reflexa, febre de intensidade variável, que pode ser acompanhada de queda do estado geral, aumento de tonsilas e exsudato purulento, além de adenomegalia em cadeia jugulodigástrica, podendo essa infecção levar a complicações como febre reumática e glomerulonefrite difusa aguda (Guideline IVAS).

O enfermeiro, dentro de sua área de atuação, possui um papel crucial no acompanhamento de agravos à saúde durante todo o ciclo da vida humana. Sua assistência utiliza recursos que qualificam o serviço prestado, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (com seu processo através de etapas).

Com isso, o estudo pretende descrever a assistência de enfermagem prestada a uma adolescente, com infecções de vias aéreas superiores e Síndrome de Sjögren, no contexto de internamento hospitalar.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo relato de caso clínico, realizado com uma adolescente internada em um Hospital Municipal na cidade de Fortaleza-Ceará, em maio de 2017, durante a disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança no Contexto Hospitalar, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

O sujeito do estudo foi uma adolescente, 15 anos, sexo feminino, procedente de Fortaleza-CE, com diagnóstico médico de infecção de vias aéreas superiores e Síndrome de Sjögren.

Para a obtenção dos dados, seguiram-se as etapas do processo de enfermagem: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenções e avaliação. Para tanto, houve consulta ao prontuário, entrevista com a adolescente e realização de exame físico.

A consulta ao prontuário foi realizada para levantamento dos dados de sociodemográficos da adolescente.

Para entrevista utilizou-se um instrumento de levantamento de dados contendo os 13 domínios de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), quais sejam: 1- percepção de saúde/controlar a saúde; 2- nutrição; 3- eliminação; 4- atividade e repouso; 5- cognitivo/percepção; 6- autopercepção; 7- participação/relacionamento; 8- sexualidade; 9- enfrentamento/tolerância ao estresse; 10- valor e crença; 11- segurança; e 12- conforto.

E para o exame físico, utilizou-se um roteiro com os segmentos corporais, no sentido céfalo-podálico e sinais vitais.

A análise dos dados foi realizada a partir do NANDA-I, *Nursing Interventions Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Os aspectos éticos e legais foram respeitados conforme a Resolução 466/12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Adolescente internada por abscesso periamigdaliano, com queixa de disfagia. A acompanhante referiu que os episódios de amigdalite ocorrem desde os quatro anos de idade, com presença de edema na região das glândulas salivares, na ausência de crises. A paciente também apresentava dispneia durante a noite. Na ocasião da internação fez uso de antibiótico e antitérmico. Na etapa de levantamento dos dados no exame físico de nariz e boca constatou-se: cavidade nasal com presença de atresia de coanas, condição congênita que se caracteriza por estreitamento da narina. Paciente apresentava mucosa oral hipocorada, língua saburrosa e arcada dentária prejudicada. Amígdalas hipertrofiadas, edemaciadas, hiperemiadas e com presença de placas esbranquiçadas. Seguindo o processo de Enfermagem, os principais diagnósticos identificados foram: Deglutição prejudicada, Mucosa oral prejudicada, Risco de desequilíbrio na temperatura corporal e Risco de infecção. As principais intervenções de Enfermagem foram: manter a permeabilidade do acesso venoso periférico e monitorar possíveis sinais de infecção; oferecer alimentos de consistência macia e de fácil deglutição; promover ingestão hídrica; realizar higienização oral; e avaliar a temperatura. Na avaliação a adolescente apresentou melhora do quadro clínico.

A amigdalite leva a um aumento das tonsilas, especialmente as tonsilas palatinas e faríngeas, o que leva a uma obstrução da orofaringe, dificultando a respiração e alimentação, o que, associado a outros fatores, como a atresia de coanas apresentada pela adolescente, poderia explicar a dispneia. Levando em consideração a recorrência da amigdalite desde a infância, reflete-se sobre as formas

de tratamento, como a conduta cirúrgica de amigdalectomia, com indicação na presença de amigdalites de repetição, embora não haja consenso, abscesso periamigdaliano, profilaxia para febre reumática, aumento de volume unilateral ou suspeita de malignidade, amigdalite crônica, portador de *Streptococcus pyogenes* (Guideline IVAS).

O edema das glândulas salivares pode ser explicado pela Síndrome de Sjögren, que leva a uma infiltração linfocitária nas glândulas salivares, levando a uma disfunção secretória, ocasionando diminuição de saliva e, conseqüentemente, ressecamento. Esta alteração compromete a proteção e manutenção da mucosa oral e dos dentes, uma vez que a diminuição da saliva representa um fator de risco para desenvolvimento de doenças como a cárie dentária e candidíase (BEZERRA, *et al* 2010).

Estudos mais recentes sugerem que as condutas para pacientes com Síndrome de Sjögren quanto à mucosa oral sejam o de educação quanto a medidas de higiene e lubrificação e medidas preventivas, uso de substitutos da saliva e estimulantes gustatórios e, em casos mais graves, agonistas muscarínicos (VALIM *et al.*, 2015).

Nesse caso, os cuidados de enfermagem envolvem a promoção de conforto e redução das atividades ou intervenções que causem sangramento. Um vaporizador poderia ser utilizado para auxiliar na manutenção da umidade da mucosa oral, principalmente se a respiração for bucal (HOCKENBERRY; WILSON, 2014)

CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem, uma vez que se encontra presente em diversos cenários dos níveis de atenção à saúde, deve ser realizada de forma integral e qualificada, exigindo do profissional conhecimento sobre patologias e, mais especificamente, sobre os cuidados de enfermagem adequados a cada tipo de quadro clínico.

Conclui-se que a assistência de enfermagem de forma sistematizada pode prevenir possíveis danos relacionados às infecções de vias aéreas superiores e às doenças autoimunes, uma vez que favorece um atendimento individualizado e eficaz, promovendo uma assistência adequada e integral ao paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 VALIM, Valéria et al. Recomendações para o tratamento da síndrome de Sjögren. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 55, n. 5, p.446-457, set. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2015.07.004>.
- 2 SHAHANE, Anupama; PATEL, Ruchika. The epidemiology of Sjögren's syndrome. **Clinical Epidemiology**, [s.l.], p.247-255, jul. 2014. Dove Medical Press Ltd.. <http://dx.doi.org/10.2147/clep.s47399>.
- 3 VALIM, Valéria et al. Prevalência da síndrome de Sjögren primária em importante área metropolitana no Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 53, n. 1, p.29-34, jan. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0482-50042013000100003>.
- 4 FELBERG, Sergio; DANTAS, Paulo Elias Correa. Diagnóstico e tratamento da síndrome de Sjögren. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, [s.l.], v. 69, n. 6, p.959-963, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27492006000600032>.
- 5 PITREZ, Paulo M.c.; PITREZ, José L.b.. Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 79, p.959-963, jun. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572003000700009>.
- 6 ABORL CCF. Guideline IVAS: Infecções das Vias Aéreas Superiores. Disponível em <http://www.aborlccf.org.br/imageBank/guidelines_completo_07.pdf> Acesso em 11 set 2017.
- 7 BEZERRA, Tácio Pinheiro et al . Síndrome de Sjögren Secundária: revista de literatura e relato de caso clínico. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte , v. 46, n. 4, dez. 2010 . Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392010000400008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 set. 2017.
- 8 HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David. **Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 9. ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2014. 3092 p.