



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências de Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva

Síndrome de Guillain-Barré: uma revisão integrativa de literatura e de dados do Sistema Único de Saúde

Ana Carolina Diques da Costa

Brasília, DF
2016

Universidade de Brasília- UnB

ANA CAROLINA DIGUES DA COSTA

Síndrome de Guillain-Barré: uma revisão integrativa de literatura e de dados do Sistema Único de Saúde

Trabalho de conclusão de curso em formato de artigo científico, apresentado como exigência para o curso de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília, sob orientação do Professor Doutor Natan Monsores de Sá.

Aprovado em 04/07/2016

A minha família pelo apoio, força e dedicação.
Em especial minha mãe Cleide Eliana e meu
irmão João Paulo, pois sem eles essa
caminhada não teria sido concluída. Aos
amigos que sempre me apoiaram.

Agradecimentos

A Deus por ter me fornecido saúde, força, determinação, foco e fé para superar todas as dificuldades.

A todos os mestres e doutores desta graduação que contribuíram para o meu crescimento pessoal.

Ao meu orientador Natan Monsores de Sá pelo suporte, incentivo e correções no decorrer deste trabalho.

Aos meus pais e irmãos pelo amor, apoio e incentivo incondicional em todos os momentos no decorrer deste percurso.

A Cleide Eliana por sempre acreditar no meu sucesso.

Ao Pedro por ter proporcionado o alcance desse objetivo.

Ao Pedro Júnio pelo exemplo de garra, determinação e coragem sempre me mostrando que vale a pena lutar por aquilo que se deseja.

A Mariana pelo apoio e força nestes anos.

Ao João Paulo, aonde fez todo o possível para que eu concluísse essa trajetória.

Ao Diego pelo incentivo em concluir essa caminhada.

Aos meus amigos pelo apoio, conforto e carinho no decorrer destes anos longe de casa.

A Consuelo e Hannyele pelo apoio e carinho incondicional que nos uniram como irmãos.

E a todos que de uma forma direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação pessoal e acadêmica, o meu muito obrigado.

Lista de Siglas

DRs - Doenças Raras

SUS - Sistema Único de Saúde

SGB - Síndrome de Guillain-Barré

CID - Classificação e Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Síndrome de Guillain-Barré

SAS - Secretária de Atenção à Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDIA - Polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante aguda

NASMA - Neuropatia Axonal Sensitivo-Motora Aguda

NAMA - Neuropatia Axonal Motora Aguda

SMF - Síndrome de Miller Fisher

RMN - Ressonância Magnética Medular

IGIV - Imunoglobulina Intravenosa

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

Sumário

INTRODUÇÃO	7
RESULTADOS	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20
APÊNDICE	34

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB), também conhecida por Polirradiculoneurite Aguda, CID G61.0, é uma rara doença neurológica, de origem autoimune, cuja progressão se dá por uma sensação de parestesias nas extremidades distais dos membros inferiores e superiores, com dor neuropática se estabelecendo em metade dos casos¹. Deve-se salientar que as doenças raras (DRs) afetam até 65 pessoas em 100.000 habitantes e, atualmente, estima-se que haja mais de 55 milhões de pessoas com DRs nos EUA e Europa³⁻⁴. É essa baixa frequência por tipo de doença que define o critério epidemiológico de raridade e, no caso da SGB, a prevalência varia de 1/91,000 a 1/55,000². No Brasil há escassez de dados sistematizados para SGB, assim como para a maioria das afecções raras⁵.

A SGB tem ganhado no último ano em função de sua associação com a infecção por Zika vírus⁶ o que significa que haverá um maior número de pessoas em busca de serviços de saúde que apóiem cuidados para afecções raras. Neste sentido, as ações previstas na Portaria nº 199 de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e a Priorização de Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, precisam ser implementadas a fim de garantir o direito a saúde para população afetada.

A SGB possui protocolo clínico e diretriz terapêutica específica (Portaria SAS/MS nº 497, de 23 de dezembro de 2009)⁷. Neste documento são enumerados critérios diagnósticos e padronização do tratamento, estabelecendo um fluxo de procedimentos a serem seguidos, uma vez que os sintomas da SGB são semelhantes aos de outras doenças neurológicas. Sua incidência anual é estimada em 1-4 casos por 100.000 habitantes, não levando em consideração sexo, faixa etária, classe social e hábitos de vida dos pacientes, com isso não é incomum um diagnóstico equivocado⁷⁻¹³.

As ações de planejamento para o enfrentamento de SGB no SUS esbarram na dificuldade de identificação do perfil da doença no país, uma vez que sua notificação não é obrigatória¹⁴. Os dados epidemiológicos disponíveis se devem a iniciativas de padronização de diagnóstico e atendimento em todo o

mundo, facilitando assim o consenso dos estudos para o melhor diagnóstico e tratamento da doença em prol do paciente¹⁵.

No que tange a fisiopatologia da SGB, é sabido que o mecanismo da doença envolve produção de anticorpos contra as células do corpo responsáveis por receberem mensagem do sistema nervoso periférico para gerar movimento, ou seja, o sistema imune do afetado gera anticorpos que passam a destruir a camada de mielina circundante dos axônios e reconhece a célula de Schwann como um agente estranho ao organismo, afetando assim a propagação do impulso nervoso, o que torna reflexos motores lentos^{12,13,16}.

A síndrome possui algumas variações e/ou complicações como a Polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante aguda (PDIA), a Neuropatia Axonal Sensitivo-Motora Aguda (NASMA), a Neuropatia Axonal Motora Aguda (NAMA), a Síndrome de Miller-Fisher (SMF), Polinevrite Craniana, Pandisautonomia aguda e a Variante Cervicobraquial^{8,17-30}.

Os sintomas da SGB começam a surgir entre uma e quatro semanas, após infecção viral ou bacteriana, vacinas com agentes atenuados ou mortos e intervenções cirúrgicas de linfoma ou lúpus eritematoso disseminado^{9, 14, 20-21, 28 31-71}. Alguns estudos afirmam não haver relação da SGB com eventos adversos pós-vacinais^{33, 37, 46-47,73-75}.

Seus sintomas na fase aguda são fraqueza muscular, paralisia, falta de sensibilidade, formigamento, dormência, dor e diminuição dos reflexos onde normalmente atingem os pés, pernas, tronco, braços, mãos, cabeça, pescoço, musculo respiratório, musculo da deglutição e mimica facial. Além de causar retenção de urina, taquicardia, hipertensão, hipotensão postural, arritmia cardíaca, insônia, formação de úlceras de pressão, dificuldade de comunicação, deficiência nutricional, imobilismo, trombose venosa, fluidos no pulmão, falência respiratória e etc^{8-12,14-15,17,19-20,24-25,27-28,31-34,40-41,45,47-48,50,52,54,60,69,74-96}. Em 25% dos casos a fraqueza progressiva leva a uma paralisia da musculatura respiratória, tornando o paciente incapaz de respirar sem a ajuda de ventilação mecânica³². Pode ocorrer o agravamento dos sintomas e o paciente ir a óbito em um curto período de tempo, o que ressalta a importância de um rápido diagnóstico.

O diagnóstico para confirmação da doença se dá através do diagnóstico clínico e exames como análise do líquido cefalorraquidiano, a eletroneuromiografia, investigação etiológica, exame de sangue e imunológicos, ressonância magnética nuclear medular e RMN cerebral^{9,12,13,14,17,18,20,24,28,32,33,37,45-47,50,53,60,61,69,82,89,91,94,95-102}. Apesar de existir exames para o diagnóstico ainda há uma dificuldade em associar o diagnóstico clínico do paciente com a SGB, pois como os sintomas são parecidos com outras doenças os profissionais de saúde em grande maioria acabam associando os sintomas a alguma doença em surto na região, já que no exame de sangue manifestará um alto número de leucócitos no sangue o que sugere uma infecção.

Os tratamentos usados da SGB são a Plasmaférese e a Imunoglobulina Humana Intravenosa (IGIV), sendo a IGIV o tratamento mais usado em diversos países por ser considerado mais seguro, fácil administração, eficiente, ter menos efeitos adversos e ser mais barato^{8,10,17,21,24,25,27,28,40,41,48,50,54,55,56,60,61,68,82,94,98,102-109}. A IGIV aplica por via intravenosa uma matriz de anticorpos com sorologia normal, sendo o período de uso do medicamento diferente em crianças e adultos^{32, 110-111}. No Brasil a IGIV é o único medicamento que está na RENAME¹¹² disponível aos pacientes pelo SUS.

Durante a crise o paciente necessita de cuidados intensivos e de uma equipe multidisciplinar para detectar instabilidades e com isso ter uma boa recuperação. Apesar de 95% dos pacientes terem uma recuperação completa, o percurso é lento e gradual podendo levar de semanas a meses de acordo com cada paciente^{10,15,69}. Segundo autores como Bocayuva¹⁴, Taboada²⁴ e Cancino-Morales⁴⁸ o apoio da família é extremamente importante na recuperação do paciente, pois transmite segurança, esperança e determinação.

Mesmo com a conscientização atual sobre a SGB e a mesma ser uma doença estudada há muitos anos, sua recente associação com Zika transforma a doença em um importante problema de saúde pública. A fim de fornecer evidências para formulação de políticas públicas de enfrentamento, realizou-se uma pesquisa exploratória a fim de se analisar, avaliar, agregar e estratificar dados sobre SGB presentes em referências e em bancos de dados nacionais.

MÉTODO

A metodologia adotada na organização lógica presente trabalho é uma adaptação da metodologia PVO (População-Variáveis-Outcomes), que é uma adaptação da estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e Outcomes)¹¹³. Este método estabelece uma sequência lógica para busca de evidências em literatura, após a identificação de situação-problema concreta.

Trata-se de uma pesquisa exploratória realizada em duas etapas: (a) revisão integrativa de artigos pesquisados nas bases do Google Acadêmico, SCIELO e PUBMED; e, (b) tabulação e agregação de dados presentes nos sistemas do DATASUS (Sistema de Informações Hospitalares - SIH e Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM).

Buscou-se, para a população afetada por SGB, identificar-se quais são os elementos que a literatura acadêmica e as bases de dados do Ministério da Saúde (DATASUS) apresentam sobre etiologia e desfechos clínicos (morbidade e mortalidade). Como desfecho esperado tem-se a sistematização das características da síndrome, a fim de fornecer evidências para as futuras discussões acerca da relação entre SGB e a epidemia de Zika vírus. O corpus da pesquisa foi estabelecido nos momentos descritos abaixo.

Na base SCIELO foi usada a chave de pesquisa (Síndrome de Guillain-Barré), com filtragem dos anos 2000 a 2016, gerando assim um resultado de 103 artigos sendo 24 aceitos na pesquisa. No Google Acadêmico a chave de pesquisa (Síndrome de Guillain-Barré), com filtragem dos anos 2000 a 2016 gerou 5.850 resultados. Para melhor filtrar os resultados utilizou-se mais de um termo, o que resultou na seguinte chave de pesquisa (Síndrome de Guillain-Barré ou Polineuropatia ou Neuropatia ou Polirradiculoneuropatia), no mesmo período de tempo, encontrando assim 53 artigos, dos quais apenas 17 foram aceitos na pesquisa. Nas bases de dados do Google Acadêmico e SCIELO houve um artigo selecionado em comum.

Na base PUBMED foi utilizada a chave de pesquisa (Guillain-Barre syndrome) AND neuropathy [Other Term], (Guillain-Barre syndrome) AND polyneuropathy [Other Term] e (Guillain-Barre syndrome) AND polyradiculoneuropathy [Other Term], com a filtragem dos anos de 2000 a 2016

sendo em espécie humana o que gerou na primeira chave 57 artigos, 29 artigos e 9 artigos. A quantidade de artigos aceitos nessa base para cada chave de pesquisa foram 9, 9 e 5. Na segunda chave de pesquisa obteve-se dois artigos repetidos de acordo com a primeira chave de pesquisa, ocorrendo o mesmo com a terceira chave de pesquisa em relação a primeira chave de pesquisa, totalizando assim quatro artigos repetidos na base do PUBMED.

Não houve exclusão por causa do idioma nos artigos selecionados, no entanto os artigos incluídos descreviam a SGB e seus conceitos, doenças precedentes, sintomas, tratamentos, diagnósticos, período de internação e período de recuperação pós-crise.

Os resultados se deram a partir dos 59 artigos selecionados que apresentaram qualquer um dos seguintes recortes: sexo, faixa etária, grupo de doenças, doenças, vacinas, procedimentos/intervenções e fatores adversos. Criando a partir destes recortes as tabelas que constam nos resultados, não levando em consideração a data de publicação dos artigos utilizados.

Os dados do SIM foram gerados no site DATASUS/TABNET, já o banco de dados do SIH teve seus microdados gerados no site Datasus/Tabnet e tabulados no Tabwin. Ambos são dados de um mesmo período para que se possa comparar o perfil do paciente no Brasil entre os anos de 2009 e 2013. Tal período foi escolhido devido ao SIM não ter atualizado seu banco de dados a partir de 2013.

A partir da tabulação dos dados foram gerados gráficos da SGB entre 2009 e 2013, comparando os anos, sexo, faixa etária, sexo e faixa etária de morbidade e mortalidade.

RESULTADOS

Nos 59 artigos selecionados na revisão integrativa, foi levantado faixa etária, sexo, doenças ou vacinas desencadeadoras da SGB. Nem todos os artigos citavam sexo e faixa etária, no entanto dos 28 artigos que citaram, o sexo masculino prevaleceu. Dentro dos 30 artigos que citaram a faixa etária predominou a faixa entre 40 a 80 anos, mas houve representação nas demais faixas etárias.

As doenças prévias relacionadas à SGB foram divididas em subgrupos para facilitar a visualização e melhor compreensão dos dados catalogados. As infecções respiratórias aparecem como o grupo de doenças mais associado, seguido por infecções gastrointestinais (Tabela 1).

Tabela 1. Grupos de doenças citados como causas de SGB nos artigos científicos.

Grupo de Doenças	Nº de Citações
Infecção respiratória	34
Infecção gastrointestinal	28
Doenças bacterianas	8
Doenças virais	7
Doença infecciosa	3
Doenças sistêmicas	2
Infecção digestivas	1
Doenças hematológicas malignas	1
Doença autoimune	1
Doença maligna	1
Doença crônica	1
Doença renal	1
Infeção assintomática	1

Fonte: Autores

Os agentes etiológicos mais citados como disparadores de SGB foram aqueles de mimetizam gangliosídeos humanos, como é o caso de *Campylobacter jejuni*. Também foram encontrados o Epstein Barr vírus e Citomegalovírus (Tabela 2).

Tabela 2. Agentes etiológicos ou doenças prévias citados como causas de SGB nos artigos científicos

Etiologia para SGB	Nº de Citações
---------------------------	-----------------------

<i>Campylobacter jejuni</i>	33
Epstein barr vírus	29
Citomegalovírus	26
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	18
HIV	17
Herpes simplex, <i>Haemophilus influenzae</i>	12
Hepatite A	8
Varicela zoster	7
Hepatite B	6
Lúpus eritematoso sistêmico, Gastroenterite	5
Influenza	4
Doença de Lyme, Rubéola, Estreptoquinase, Linfoma, Hepatite, Sarcoidose, Herpes zoster, Varicela	3
<i>Chamydia pneumoniae</i> , Caxumba, <i>Helicobacter pylori</i> , Hepatite C	2
Parainfluenza, Doença linfomatosa, Câncer, Dengue, Lúpus eritematoso, Malária, Varíola, Peste, Febre tifoide, Tularemia, Listeriose, Sarampo, Sífilis, Toxoplasmose, Porfíria, Giardíase, Tétano, Difteria	1

Fonte: Autores

Dentre as vacinas com suspeita ou sob investigação de dispararem mecanismos autoimunes que predisõem a SGB, a vacina para H1N1 aparece em maior frequência nas discussões (Tabela 3), por tratar-se de uma vacina nova para o qual ainda é necessário monitoramento de eventos adversos pós-vacinais, a fim de se comprovar uma correlação.

Tabela 3. Vacinas citadas como provavelmente relacionadas a quadros de SGB

Tipos de Vacina	Nº de Citações
Vacinas sem especificações	15
Vacina H1N1	12
Vacina de raiva	10
Vacina DTP	5
Vacina da poliomielite	3
Vacina de hepatite e hepatite b	2
Vacina varíola	1
Vacina pneumococos	1
Vacina de meningocócica conjugada	1

Fonte: Autores

Os procedimentos/intervenções mais frequentemente relacionados a síndrome são as cirurgias (Tabela 4).

Tabela 4. Procedimentos/Intervenções associados a SGB nos artigos

Procedimentos/ Intervenções	Nº de Citações
Cirurgias sem especificações	13
Traumas	6

Transplante de órgãos	2
Anestesia	2
Cirurgia da Coluna Vertebral	1
Cirurgia Ortopédica	1
Cirurgia Espinal	1
Cirurgia Gastrointestinal	1
Cirurgia Cardíaca	1
Neurocirurgia	1
Transplante de Medula Óssea	1
Lesão na coluna vertebral	1
Lesão medular	1
Estenose aguda	1
Oclusão da artéria	1
Espinal anterior	1

Fonte: Autores

Os demais fatores mencionados são variados, podendo ser encontradas referências a picadas de insetos, uso de drogas ilícitas e gravidez (Tabela 5). Essas citações foram poucas e não estão diretamente associadas ao desenvolvimento da SGB.

Tabela 5. Outros fatores associados a SGB encontrados nos artigos

Fatores Adversos	Nº de Citações
Gravidez, Picadas de insetos, Uso de drogas ilícitas	3
Imunossupressores, Pós-parto, Exposição/consumo de toxina	2
Neurotoxinas, Alcoolismo, Estado epiléptico, Alimentos contaminados, Água contaminada, Medicamentos contaminados, Penicilina, Captopril, Suramina	1

Fonte: Autores

Após a realização da tabulação dos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) por SGB no Brasil (Tabelas 6 e 7), estimou-se a prevalência em 0,0086%. O número de casos, em consonância com o que é descrito na literatura¹¹³, parece ter aumento de acordo com a faixa etária, tendo seu pico entre 40 e 49 anos, passando a diminuir a partir de 50 anos. O sexo masculino entre os anos de 2009 e 2013 é o mais representado em internação hospitalar. No sexo feminino a faixa etária que mais possui internações hospitalares é a de 40 a 49 anos. Estes achados corroboram os dados encontrados na revisão integrativa^{69,114-115}.

Ao considerar todos os dados obtidos em conjunto nota-se que há uma prevalência no sexo masculino, onde sugere que ele seja o sexo predominante. No entanto ambos os sexos devem ser o público alvo de futuras campanhas de conscientizações sobre a SGB, pois é necessário que a população conheça as doenças que estão gerando repercussão no país.

Mostrando assim que há uma variação muito grande de idade na doença, o que torna difícil estabelecer um padrão. Acredito que essa dificuldade se dá devido a possível subnotificação relacionada a esta patologia em questão devido a sua não inclusão na Portaria de Notificação Compulsória nº 1.271, de 6 de junho de 2014¹¹⁶, o que subnotifica os casos e provavelmente dá o contraste que tivemos ou pelo fato de que com o passar dos anos nosso corpo vai entrando em colapso e o sistema imune não é mais tão efetivo, podendo assim ocasionar o surgimento da doença.

Tabela 6. Número absoluto de casos de internação hospitalar por ano no Brasil.

Ano	Número Absoluto
2009	3.375
2010	3.353
2011	4.322
2012	2.737
2013	3.491
Total	17.278

Fonte: SIH/DATASUS/MS

Tabela 7. Número absoluto de casos de internação hospitalar por faixa etária e por sexo entre 2009 e 2013 no Brasil.

Faixa Etária	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total
< 1	11	20	31
1 a 4	126	170	296
5 a 9	143	162	305
10 a 14	298	285	583
15 a 19	390	456	846
20 a 29	918	1.067	1.985
30 a 39	1.124	1.474	2.598
40 a 49	1.462	1.787	3.249
50 a 59	1.392	1.803	3.195
60 a 69	1.056	1.206	2.262
70 a 79	685	662	1.347
80 ou +	312	269	581
Total	7.917	9.361	17.278

Fonte: SIH/DATASUS/MS

Ao realizar a tabulação dos dados de mortalidade (SIM/DATASUS/MS) por SGB no Brasil, nota-se uma queda no ano de 2010 de 8,7% e no ano de 2013 de 2,6%. O número de casos vai aumentando proporcionalmente com a idade até chegar no seu pico entre 60 e 69 anos, passando a decrescer a partir de 70 anos. O sexo masculino entre os anos de 2009 e 2013 é o que mais leva a óbito. No sexo feminino a faixa etária que mais possui óbitos é 50 a 59 anos, seguido de 60 a 69 anos com uma variação de apenas 3,3%. No sexo masculino prevalece a faixa etária de 60 a 69 anos com o maior número de óbitos.

Tabela 8. Número absoluto de óbitos por ano no Brasil.

Ano	Número Absoluto
2009	151
2010	138
2011	154
2012	190
2013	187
Total	820

Fonte: SIM/DATASUS/MS

Tabela 9. Número absoluto de óbitos por sexo e faixa etária no Brasil.

Faixa Etária	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total
< 1	0	2	2
1 a 4	2	1	3
5 a 9	1	6	7
10 a 14	6	8	14
15 a 19	9	19	28
20 a 29	24	41	65
30 a 39	26	58	84
40 a 49	52	77	129
50 a 59	60	88	148
60 a 69	58	96	154
70 a 79	39	77	116
80 ou +	31	39	70
Total	308	512	820

Fonte: SIM/DATASUS/MS

Após a análise dos dados e revisão integrativa em comparação ao Protocolo da SGB⁷ algumas observações devem ser levadas em consideração. O estudo mostra que o sexo masculino é mais acometido na síndrome, entretanto o protocolo não cita predomínio sobre sexo. Da mesma forma que não evidencia que a vacina contra H1N1 pode desencadear a SGB. Outros fatores não mencionados pelo protocolo⁷ são as drogas e picadas de insetos como possíveis fatores associados a síndrome.

Quando se trata da faixa etária os estudos mostram que há um pico no número de casos entre 20 e 79 anos, análise que se contrapõe ao protocolo que informa que o pico varia entre 20 e 40 anos⁷. Apesar do protocolo⁷ não citar, a faixa etária com maior incidência de internação e óbito, de acordo com a análise dos dados é dos 40 a 49 anos para internação e 60 a 69 anos para óbito.

Ao compararmos os dados tentou-se mostrar que o Brasil tem questões que nem sempre são iguais ao restante do mundo. Gostaria de ter trazido dados mais atuais do Brasil, porém o SIM não atualiza os dados disponíveis desde 2013 o que gera uma perda gigantesca para a população, governo e pesquisadores, pois sem dados não conseguimos ter uma noção real do tamanho do nosso problema. Outro ponto é que provavelmente há uma subnotificação dos dados, onde podemos levantar questões relacionadas a se o profissional possui conhecimento sobre o real impacto das subnotificações das patologias, se há uma conscientização feita pelos gestores para que os profissionais compreendam a importância do preenchimento correto das fichas e como esse trabalho afeta e abrange a população, se há um suporte adequado para realizar as notificações, se as unidades básicas de saúde fornecem informações adequadas e se os gestores desenvolvem políticas para conscientizar os profissionais sobre as notificações.

Após análise e reflexão sobre o estudo uma contribuição que gostaria de deixar e relacionada a necessidade da notificação de forma compulsória das patologias consideradas raras, visto que por se tratar de uma população vulnerável que exige um aporte tecnológico e científico apropriado dispendiando da gestão maiores orientações seria necessário incluir essas patologias na lista de notificação compulsória na próxima revisão. Para que com tal implementação

possamos saber o real patamar do Brasil com relação as doenças raras existentes. Onde deixaremos de apenas observar mas começaremos a intervir com mais eficiência e conhecimento nos lugares adequados dentro de um prazo viável, evitando deixar que o problema em uma região ganhe uma grande repercussão e aconteça um gasto antes desnecessários com intervenções que custam tão caro ao sistema.

Apesar da publicação da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, onde incluiu a Síndrome da Paralisia Flácida Aguda na lista de notificações compulsórias¹¹⁷, sugerindo um caminho correto com relação as doenças raras e a doença em questão, ressalto que há mais de uma doença caracterizada como síndrome de paralisia flácida aguda¹¹⁸ o que acabará impedindo ainda sim a caracterização do perfil do paciente com SGB. Sugiro então que seja incluído a doença como SGB, caracterizando-a única no intuito de não ocorrer divergências entre os perfis dos pacientes possibilitando análises reais em relação ao número de pessoas acometida pela síndrome. Com a associação da SGB com o Zika vírus no último ano também houve a publicação da Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016, onde Síndrome neurológica pós infecção febril exantemática foi incluída na Lista Nacional de Doenças ou Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela¹¹⁹, sugerindo que o Brasil está no caminho certo ao querer monitorar seus casos com mais empenho.

Outra contribuição seria a atualização da PCDT da Síndrome de Guillan-Barré que segundo este estudo mostrou-se estar desatualizada. E por fim sugiro que nesse mesmo Protocolo seja criado um procedimento a ser seguido pelos profissionais de saúde com relações aos idosos, visto que este estudo mostrou que 41,5% dos óbitos acomete idosos e não existe qualquer recomendação no tratamento dessa população específica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como graduando quero deixar minha colaboração pessoal ao tema dizendo, que todas as doenças são importantes e ver quem elas afetam também. Doenças Raras tem uma grande importância mundial e abrange os princípios doutrinários do SUS da nossa Constituição de 1988¹²⁰. E como tal deve merecer atenção, pois não é uma doença comum ela é diferente e as pessoas que a possuem precisam ser tratadas e olhadas de formas diferentes, levando em consideração suas excepcionalidades como diz o princípio de equidade. Precisa-se que se alcance a integralidade com essa população, uma vez que em número são pequenas ao se comparar com o restante da população, mas que sofrem da mesma forma que qualquer outro cidadão com uma doença já conhecida e bem definida pela ciência.

São pessoas que merecem ter acesso universal a saúde e sobre o tema que ainda é cheio de incertezas. A ciência está tentando fazer a sua parte, mas a sociedade e o governo também devem fazer, devem conscientizar e deixar disponível profissionais para ajudarem na informação dos pacientes e seus familiares, explicando a gravidade do problema e como devem agir com relação a ele. Dando suporte não apenas médico, mas de toda uma equipe multiprofissional, para que assim se possa direcionar o paciente para hospitais de referência no município que trata a sua doença específica e que lá ele consiga se sentir aliviado e com menos receio de sofrer um erro médico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 41 p. ISBN 1. Doença Rara. 2.Genética. 3. Atenção Integral.
2. Heemstra HE, et al. Predictor of orphan drug approval in the European Union. *European Journal of Clinical Pharmacology*. Heidelberg: v. 64, p.545-552, 2008.
3. Moliner AM. Creating a european union framework for actions in the field of rare diseases. In: PAZ, M.P.; GROFT, S.C. (Eds.). *Rare diseases epidemiology*. New York: Springer, 2010. p.457-473.
4. Brasil. Portaria Nº 199, de 30 de janeiro de 2014 - Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Brasília: Gabinete do Ministro - Ministério da Saúde. 30: 44-54 p. 2014.
5. Eurordis. *Rare Diseases: understanding this Public Health Priority*. 2005. Disponível em: < http://www.eurordis.org/IMG/pdf/princeps_document-EN.pdf>. Acesso em: 06-maio.
6. Wise, J. "Study links Zika virus to Guillain-Barre syndrome." *BMJ*. 2016; 352: i1242.
7. Brasil. Portaria SAS/MS nº497, de 23 de dezembro de 2009. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Síndrome de Guillain-Barré.
8. Brasil. Ministério da Saúde Secretária de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Priorização de protocolos e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com doenças raras. 2014.

9. Tavares AC, Alves CBL, Silva MA, Lima MBC, Alvarenga RP. Síndrome de Guillain-Barré: Revisão de Literatura. Cadernos Brasileiros de Medicina, v.13, n.1, 2, 3 e 4, 2000.
10. Beneti GM, da Silva DLD. Guillain-Barré syndrome. Semina: Ciências Biológicas e Saúde, Londrina, v. 27, n. 1, p. 57-69, jan/jun. 2006.
11. Atkinson SB. The challenges of managing and treating guillain-barré syndrome during the acute phase, 2006.
12. Nascimento VLS, Borba GS, Leite CMB, Garabini MC. Protocolo Hidroterápico na Síndrome de Guillain- Barré – Estudo de Caso. 2012;20(3):392–8.
13. Souza AV , Souza MAF. Síndrome De Guillain Barré Sob Os Cuidados De Enfermagem. Meio Amb e Saúde. 2007;2(1):89–102.
14. Bocayuva H. Vinte cinco dias às voltas com guillain-barré *. :1–12.
15. Davim RMB, Osório MCA, Araújo MGS, Gomes AP, Cavalcante ES. Síndrome de Guillain-Barré: Revisão de Literatura. Fiep Bulletin - Volume 80 - Special Edition - Article II - 2010 (<http://www.fiepbulletin.net>). 2010;80(1999).
16. Síndrome de Guillain-Barré (endereço na internet). Brasil: Word Gate (última atualização: 03/2004; citado em: 05/2008). Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuro/guillain_barre.htm.
17. Sampaio MJ, Figueiroa S, Temudo T, Gomes S. Consensos e Recomendações Síndrome de Guillain-Barré em idade pediátrica . Protocolo de actuação. 2011;
18. Filho LAB, De Almeida SS, Ferreira LS, De Andrade GB et al. Perfil epidemiológico e eletrofisiológico de pacientes com síndrome de Guillain-Barré atendidos em hospital terciário no Distrito Federal. 2014;51(1):21–6.
19. Asbury AK. New concepts of Guillain-Barré syndrome. J Child Neurol. 2000; 15(3): 183-91.
20. Mauricio KC, Ishibashi RAS. Fatores preditivos para a má evolução respiratória na Síndrome de Guillain-Barré uma Revisão de Literatura. Revis UMA. Universidade federal de são paulo escola paulista de medicina. 2007.

21. Ramos JMR, Mejia DPM. Prevenção de encurtamentos musculares em pacientes com a síndrome de Guillain-Barré na fase aguda para facilitar o tratamento na fase de recuperação. :1–12.
22. Van der Meché FG, Van Doorn PA, Meulstee J, Jennekens FG. Diagnostic and classification criteria for the Guillain-Barre syndrome. *Eur Neurol.* 2001; 45 (3):133-9.
23. Oh SJ, LaGanke C, Claussen GC. Sensory Guillain-Barre syndrome. *Neurology.* 2001; 56 (1): 82-6.
24. Taboada R, González G, García A, Alberti M, Scavone C. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de Guillain-Barré. *Arch Pediatr Urug.* 2008;79(1):58–62.
25. Hughes RA, Guillain-Barré syndrome, 2005.
26. Van Doorn PA. Treatment of Guillain-Barré syndrome and CIDP. *J Peripher Nerv Syst.* 2005; 10(2):113-27.
27. Vidal DG, Pacheco ORA, Miyares FJR, Castillo MAC, Cardero IP. Síndrome de Guillain-Barré en la infancia Guillain-Barré syndrome in the childhood. *Medisan.* 2014;18(5):613–20.
28. Albornas FC, Lorenzo OH, Ferrer JI, Hernández AV. Síndrome de Guillain-Barré. Actualización acerca del Diagnóstico y Tratamiento. *Archivo Médico de Camagüey*, vol. 11, núm. 3, 2007.
29. Rojas-García R, Díaz-Manera, Illa I. Enfermedades del músculo, unión neuromuscular y nervio periférico. Em Molina JA, Luquin MR, Jiménez-Jiménez FJ eds. *Manual de diagnóstico y terapéutica neurológicos.* Viguera Editores. Barcelona 2007: 485-53.
30. Pascual-Pascual SI. Aspectos actuales de las neuropatías inflamatorias agudas y crónicas. Síndrome de Guillain-Barré y polineuritis crónica inflamatoria desmielinizante. *Rev Neurol.* 2002; 35(3): 269-76.
31. Pascual SI. Síndrome de Guillain-Barre. [http://www.aeped.es/protocolos/ neurologia/index.htm](http://www.aeped.es/protocolos/neurologia/index.htm) (20-12-2007).
32. Tuacek TA, Tsukimoto GR, Figliolia CS, Cardoso MC de C, Tsukimoto DR, Rosa CDP da, et al. Neuropatias - Síndrome de Guillain-Barré: reabilitação. *Acta Fisiátrica [Internet].* 2013;20(2):89–95.

33. BZ RS, Dalbó K, Vargas FR, Moretti GRF et al. Síndrome de Guillain-Barré Guillain-Barré Syndrome. 2007;51(3):58–61.
34. Ávila-funes JA, Mariona-Montero VA, Melano-Carranza E. Guillain-Barré syndrome: Etiology and pathogenesis Síndrome de Guillain-Barré: Etiología y patogénesis. 2016;(July 2002).
35. Aguirre A, Loro M. Pérdida de fuerza en extremidades inferiores: presentación del síndrome de Guillain-Barré. 2003;491–2.
36. Platón EIB, Franco JAS, Gómez ML, Liborio SP. Síndrome de Guillain-Barré. Experiência en el INNN. Búsqueda de Factores del Mal Pronóstico. Revista Ecuatoriana de Neurología, Ecuador, v.12, n.1-2, 2003.
37. Fonseca T, Cardoso T, Perdigão S, Sarmiento A, Morgado R, Costa MM. Síndrome de Guillain-Barré. Acta Médica Portuguesa. 2004; 17: 119-122.
38. Lastra AF, Heredero JB. Rehabilitación: Protocolo de Manejo de Guillain-Barré. Revista Eletrônica Perineuro, Neurofisiologia Clínica, España, 2002.
39. Almeida EH, Dip DB, Batista MRC, Ramírez OM. Presentación clínica y evolución del síndrome de Guillain-Barré en una unidad de cuidados intensivos. Rev cubana med [Internet]. 2002 Dic [citado 2016 Jun 03]; 41(6).
40. Vriesendorp FJ. Clinical features and diagnosis of Guillain-Barré syndrome in adults. UpToDate. 2013 [acesso em 28 jan.2014].
41. Kuwabara S. Guillain-Barré Syndrome. Epidemiology, Pathophysiology and Management. Therapy in practice. 2004;64(5):1–14.
42. Téllez-Zenteno JF, Jacinto-Tinajero JCJ, Ávila-Funes A, García-Ramos G, Negrete-Pulido O, Sentíes-Madrid H. Síndrome de Guillain-Barré. Experiencia en un hospital de tercer nivel. Rev Invest Clin. 2001; 53(4): 311-314.
43. Santos QN, Azoubel ACB, Lopes AA, Costa G, Bacellar A. Guillain-Barré syndrome in the course of dengue: Case report. Arq Neuropsiquiatr. 2004;62(1):144–6.
44. Levinson W, Jawetz E. Microbiologia medica e imunologia. 7. Ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2007.

45. Moraes A, Casarolli ACG, Eberhardt TD, Hofstatter LM. Caracterização dos pacientes com Síndrome De Guillain-Barré Internados em um Hospital Universitário. 2015.
46. Dana L, Warren CR. Guillain-Barré Syndrome. *America Family Physician* 2004;69 (10):2406-2410.
47. Seneviratne U. Guillain-Barre Syndrome. *Postgrad Med J.* 2000; 76:774-782.
48. Cancino-Morales KL, Balcázar-Martínez V, Matus-Miranda R, Velasco NM, México MDF. Intervenciones de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem. *Enfermería Univ [Internet].* 2013;10(1):27–32.
49. Andosilla MAL, Brun FM, Miranda CAC, Herrera RI, Agámez MAL, Ayazo HH. Parálisis facial periférica bilateral como presentación inicial del síndrome de Guillain-Barré: informe de un caso. *Acta Neurol Colomb.* 2015; 31(4):440-446.
50. Ayuso T, Jericó I. Urgencias en patología neuromuscular. *An Sist Sanit Navar.* 2008;31(SUPPL. 1):115–26.
51. Hartung HP, Willison HJ, Kieseier BC. Acute immunoinflammatory neuropathy: update on Guillain-Barré syndrome. *Curr Opin Neurol.* 2002; 15:571-577.
52. Lestayo-O’Farrill Z, Hernández-Cáceres JL. Análisis del comportamiento del síndrome de Guillain-Barré. Consensos y discrepancias. *Rev Neurol.* 2008; 46 (4): 230-237.
53. Ferrarini MAG, Scattolin MAA, Rodrigues MM, Resende MHF, dos Santos ICL, Iazzetti AV. Síndrome de Guillain-Barré em associação temporal com a vacina influenza A. *Rev Paul Pediatr.* 2011; 29(4): 685-8.
54. Cea G, Jara P, Quevedo F. Características epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré em población chilena: estudio hospitalario en un período de 7 años. *Rev Med Chile.* 2015; 143: 183-189.
55. Piñol-Ripoll G, Pellicer PL, Garcés-Redondo M, González-Miró ILP, Martínez CI. Características del síndrome de Guillain-Barré en el área III de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón. *An. Med. Interna (Madrid)* Vol. 25, N.º 3, pp. 108-112, 2008.

56. Cibils L, Cerisola A, Capote G, Ferreira C, Rodríguez N, Medici C, González G, Seavone C. Síndrome de Guillain-Barré Experiencia de doce años. Arch Pediatr Urug. 2015; 86(3):176-186.
57. Greene SK, Rett M, Weintraub ES, et al. Risk of confirmed Guillain-Barré syndrome following receipt of monovalent inactivated influenza A (H1N1) and seasonal influenza vaccines in the vaccine safety datalink project, 2009-2010. Am J Epidemiol. 2012; 175(11).
58. Sejvar JJ, Pfeifer D, Schonberger LB. Guillain-Barré syndrome following influenza vaccination: causal or coincidental? Curr Infect Dis Rep. 2011; 13(4).
59. Galeotti F, Massari M, D'Alessandro R, Begui E, Chio A, et al. Risk of Guillain-Barré syndrome after 2010-2011 influenza vaccination. Eur J Epidemiol. 2013;28(5).
60. Verdecia CG, Cañete ARR, Veja MM, Tornés YLF. Síndrome de Guillain-Barré – Strohl y embarazo. Presentación de 1 caso y Revisión de la Entidad. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(2):152-7.
61. Torres MSP, Sánchez AP, Pérez RB. Trabalho de Revisão.Síndrome de Guillain Barré. Rev Cubana Med Milit. 2003;32(2):137-42.
62. González I, Sanz I, Rodríguez de Rivera F, Arpa J. Guillain-Barré Syndrome: Natural history and prognostic factors: a retrospective review of 106 cases. BMC Neurology. 2013; 13: 95.
63. Sánchez A, Mata C, Calderón D. Síndrome Guillain-Barré. Revista Médica de Costa Rica y Centro américa. 2014; 71(610): 261-265.
64. Sharma A, Lal V, Modi M, Vaishnavi C, Prabhakar S. Campylobacter jejuni infection in Guillain-Barré syndrome: A prospective case control study in a tertiary care hospital. Neurology India. 2011; 59(5): 717.
65. Stowe J, Andrews N, Wise L, Miller E. Investigation of the Temporal Association of Guillain-Barre Syndrome With Influenza Vaccine and Influenza like Illness Using the United Kingdom General Practice Research Database. Am J Epidemiol. 2009; 169(3): 382-388.
66. Incecik F, Ozlem-Hergüner M, Altunbasak S, Yıldızdas D. Reversible posterior encephalopathy syndrome due to intravenous immunoglobulin in a child with Guillain-Barré syndrome. J Pediatr Neurosci. 2011;6(2):138–40.

67. Walling AD, Dickson G. Guillain-Barré syndrome. *Am Fam Physician*. 2013; 87(3):191-7.
68. Menkes JH, Sarnat HB, Moria BL. *Child Neurology*. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p. 600-610.
69. Rocha MSG, Brucki SMD, Carvalho AAS, Lima UWP. Epidemiologic features of Guillain-Barré Syndrome in São Paulo, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(1):33-37.
70. Winer JB. Guillain-Barré syndrome. *BMJ*. 2008 [citado 14 Ene 2010]; 337: 671.
71. Parry GJ, Steinberg JS. *Guillain-Barre Síndrome: from diagnosis to recovery*. New York: Demos Medical Publishing; 2007. p. 5-10.
72. Winer JB. Guillain Barré syndrome. *J Clin Pathol Mol Pathol*. 2001; 54:381-385.
73. McGrogan A, Madle GC, Seaman HE, De Vries CS. The Epidemiology of Guillain-Barré Syndrome Worldwide. A Systematic Literature Review. *Neuroepidemiology*. 2009; 32:150–163.
74. Telleria-Diaz A, Calzada-Sierra DJ. Síndrome Guillain-Barre. *Rev Neurol*. 2002;34(10):966-976.
75. Monteiro JP, Fonseca S, Proenca J, Calhau P, Braga M, Fonseca MJ. Síndrome Guillain-Barre en edad pediátrica. Experiencia de la Unidad de Neuropediatría de un hospital português. *Rev Neurol*. 2006;42(3):144-149.
76. Winer J. An update in Guillain-barré syndrome. *Autoimmune diseases* 2014;2014.
77. Goldman, B. *Tratado de Medicina Interna*, 21 ed., v 2, Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 2001.
78. Campellone J V. Guillain-Barre Syndrome. *Medline Plus – Medical Encyclopedia*, 2004.
79. Lyons R. Elusive belly pain and Guillain-Barré syndrome. *Journal of Pediatric Health Care*, Saint Louis, v. 22, n. 5, p. 310-314, 2008.
80. Castro MC. Unraveling Guillain-Barré syndrome. *Nursing Management*, London, v. 41, n. 8, p. 36-39, aug. 2010.

81. Netto AB, et al. Prognosis of patients with Guillain-Barré syndrome requiring mechanical ventilation. *Neurology India*, Bombay, v. 59, n. 5, p. 707-711, sep./oct. 2011.
82. Dinis MJ, Real MV, Santos F. Síndrome Guillain-Barré: A realidade de um Centro Hospitalar. *Ver Hosp da Criança Maria Pia*. 2008, vol 17, n.4.
83. Cecatto SB, Garcia RID, Costa KS, Novais RAB, Yoshimura R, Rapoport PB. Síndrome de Guillain-Barré como complicação de amigdalite aguda. *Rev Bras Otorrinolaringol*. V.69, n.4, 566-9, jul./ago. 2003.
84. Newswanger DL, Warren CR. Guillain-Barré syndrome. *Am Fam Physician* 2004; 69:2405-10.
85. Resende AD, Xavier CA, Ferreira LS, Morais SHO. Síndrome de Guillain-Barré- Revisão Bibliográfica. *Anais II SIMPAC - Volume 2 - n.1 -Viçosa-MG - jan. - dez. - 2010 - p. 151-158.*
86. Lundy- Ekman, I. *neurociências: fundamentos para reabilitação*. RJ: Guanabara Koogan, 2002.
87. Smeltzer, SC.; Bare, B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10. Ed. RJ: Guanabara Koogan, 2006, v. 4.
88. Pithadia AB, Kakadia N. Guillain-Barré syndrome (GBS). *Pharmacol Rep*. 2010; 62:220-32.
89. Sladkyn JT. Guillain-Barré syndrome in children. *J Child Neurol*. 2004; 19(3):191-200.
90. Levin KH. Variants and mimics of Guillain-Barré syndrome. *Neurologist*. 2004; 10(2): 61-74.
91. Oca SLM, Victorero AA. Síndrome de Guillain-Barré. *Rev. Ciencias Médicas*. Marzo-abril, 2014; 18(2):275-283.
92. Paredes PPQ. Síndrome de Guillian Barré y embarazo. *Rev. Ciencias Médicas*. Septiembre-octubre, 2015; 19(5): 965-972.
93. Pérez Lledó E, Díaz Vico A, Gómez Gosálvez FA. Guillain-Barré syndrome: clinical presentation and prognosis in children under six years-old. *An Pediatr (Barc)*. 2012;76(2):69-76.
94. Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med*. 2012;367(17):1673.

95. Acosta MI, Cañizá MJ, Romano MF, et al. Síndrome de Guillain Barré. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2007;(168):15-18.
96. Ryan MM. Guillain-Barré syndrome in childhood. J Paediatr Child Health. 2005;41:237-241.
97. Cerisola-Cardoso A, Capote-Moreira G, Scavone-Mauro C. Síndrome Guillain-Barre en pediatría. Diferentes formas de presentación y dificultades en diagnóstico precoz. Rev Neurol. 2007;44(12): 725-732.
98. Dimachkie MM. Acute inflammatory demyelinating neuropathies and variants. In: American Academy of Neurology. Annual Meeting, 63. Honolulu (Hawaii) April 2011.
99. Cuadro DR, Silvarino R, Vacarezza M, Buzo R, Mendez E. Síndrome de Guillain-Barré en el adulto: manifestaciones clínicas, analíticas y epidemiológicas de diez pacientes asistidos consecutivamente en un único centro. Rev Med Urug. 2011; 27(3): 155-160.
100. Van Doorn PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. Lancet Neurol. 2008; 7(10): 939-50.
101. Buompadre MC, Gañez LA, Arroyo HA. Síndrome de Guillain-Barré: espectro clínico y actualizaciones. Med Infant. 2005; 12(3): 207-13.
102. Torricelli RE. Síndrome de Guillain Barré en pediatría. Medicina (B. Aires). 2009 [citado 26 Ago 2010]; 69(1 Supl 1).
103. Van Den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, Van Doorn PA. Guillain-Barre syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. Nature Reviews Neurology. 2014;10(8):469-82.
104. Ripoll GP, Pellicer PL, González-Miró ILP, Juste CT, Martínez CÍ, et al. Eds. Diplejía facial: variante regional del síndrome de Guillain-Barré. Anales de medicina interna. España: SciELO; 2007.
105. Raphaël JC, Chevret S, Hughes RAC, Annane D. Plasma exchange for Guillain-Barré syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 7.

106. Kuitwaard K, de Gelder J, Tio-Gillen AP, et al. Pharmacokinetics of intravenous immunoglobulin and outcome in Guillain-Barré syndrome. *Ann Neurol.* 2009; 66(5).
107. Walling AD, Dickson G. Guillain-Barré syndrome. *Am Fam Physician.* 2013; 87(3):191-7.
108. McMillan HJ, Darras BT, Kang PB. Autoimmune neuromuscular disorders in Childhood. *Curr Treat Options Neurol.* 2011;13(6):590–607.
109. Zulueta IAV, Santana AG, Undangarain LO, Zayas MSH, Osorio CAD. Rehabilitación de niños y adolescentes con síndrome de Guillain-Barré. *MEDISAN.* 2012; 16(10):1513.
110. Haldeman D, Zulkosky K. Treatment and nursing care for a patient with Guillain- Barré syndrome. *Dimens Crit Care Nurs.* 2005;24(6):267-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00003465-200511000-00004>.
111. CCates. Fornecimento de Imunoglobulina Humana para a Síndrome de Guillain-Barré: uma comparação de protocolos. Belo Horizonte. 2014.
112. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 9. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 228 p.SBN 978-85-334-2261-2.
113. da Costa Santos CM, de Mattos Pimenta CA, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev. Lat. Am. Enfermagem.* 2007;15(3):508–511.
114. Dias-Tosta E, Kückelhaus CS. Guillain Barré syndrome in a population less than 15 years old in Brazil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 2002 June [cited 2016 June 27]; 60(2B): 367-373. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000300005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2002000300005>.

115. Teixeira-Rocha ES, Tavares-Neto J. Indicadores de efetividade da vigilância epidemiológica para paralisias flácidas agudas no Brasil de 1990 a 2000. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2003 Nov [cited 2016 June 27] ; 14(5): 325-333. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003001000007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892003001000007>.)
116. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 09 de Junho de 2014; Seção 1.
117. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 18 de Fevereiro de 2014; Seção 1.
118. Marx A, Glass JD, Sutter RW. Differential Diagnosis of Acute Falccid Paralysis and its Role in Poliomyelitis Surveillance. *Epidemiol Rev.* 200; 22(2): 298-316.
119. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. *Diário Oficial da União* 18 de Fevereiro de 2014; Seção 1.
120. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
121. Camilio AZ, Bel DD, Barbosa LR, Lomba RL, Nora TD, Cazissi R. Síndrome de Guillain-Barré. *Moreira Jr.* 2014.
122. Casarolli ACG, Eberhardt TD, Moraes A, Hostätter LM. Assistência de enfermagem na Síndrome de Guillain-Barré: uma revisão de literatura. *Rev. Comtexto & Saúde.* 2014; 14(27): 16-22.
123. Linden VVD. Guillain-Barré Syndrome in Children. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004;62(1).

124. Carranza EM, Maravilla EC, Herrero AG, Funes JAA. Síndrome de Guillain-Barré en el anciano: un estudio retrospectivo. *Arch. Neurocienc.* 2004; 9(2): 76-79.
125. Jr MCF, Deus-Silva L, Castro R, Garibaldi SG, Pfeilsticker BHM, Nucci A, Jr JFCM. Guillain-Barré syndrome in the elderly. Clinical, electrophysiological, therapeutic and outcome features. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(3-B):772-775.
126. Hernández BAH. Alteración de los estudios electrofisiológicos de la forma axonal aguda del síndrome de Guillain-Barré. *Rev Cubana Invest Bioméd.* 2004; 23(1).
127. Linden VVD, Paz JA, Casella EB, Marques-Dias MJ. Guillain-Barré syndrome in children. Clinic, laboratorial and epidemiologic study of 61 patients. *Arq Neuropsiquiatr.* 2010;68(1):12-17.
128. Ansar V, Valadi N. Guillain-Barré Syndrome. *Prim Care Clin Office Pract.* 2015;189–193. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2015.01.001>
129. Benamer HTS., Bredan A. Guillain-Barré Syndrome in Arab Countries: A Systematic Review. *Journal of the Neurological Sciences.* 2014. doi:10.1016/j.jns.2014.05.065.
130. Boghani Z, Livingston AD, Simpson EP, Holman PJ, Grossman RG. Acute Onset of Guillain-Barré Syndrome After Elective Spinal Surgery. *World Neurosurg.* 2015.
131. Fujimura H. The Guillain-Barré syndrome. *Handbook of Clinical Neurology.* 2013; 115: 383-402.
132. Samukawa M, Hamada Y, Kumahara M, Takada K, Hirano M, Mitsui Y, Sonoo M, Kusunoki S. Clinical features in Guillain-Barré syndrome with anti-Gal-C antibody, *J Neurol Sci.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2013.11.016>
133. Wakerley BR, Yuki N. Mimics and chameleons in Guillain-Barré and Miller Fisher syndromes. *Pract Neurol.* 2015; 15:90–99.
134. Webb AJS, Brain SAE, Wood R, Rinaldi S, Turner MR. Seasonal variation in Guillain-Barré syndrome: a systematic review, meta-analysis and Oxfordshire cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2015; 86:1196–1201.

135. Wong AHY, Umapathi T, Shahrizaila N, Chan YC, Kokubun N, Fong MK, Chu YP, Lau PK, Yuki N. The value of comparing mortality of Guillain-Barré syndrome across different regions. *Journal of the Neurological Sciences*. 2014;344: 60–62.
136. Ye YQ, Wang KR, Sun L, Wang Z. Clinical and electrophysiologic features of childhood Guillain-Barré syndrome in Northeast China. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2014; 113: 634-9.
137. Blum S, Reddel S, Spies J, McCombe P. Clinical features of patients with Guillain-Barré syndrome at seven hospitals on the East Coast of Australia. *Journal of the Peripheral Nervous System*. 2013; 18:316–20.
138. Eldar AH, Chaoman J. Guillain Barré syndrome and other immune mediated neuropathies: Diagnosis and classification. *Autoimmunity Reviews*. 2014; 13:525–30.
139. Sudulagunta SR, Sepehrar M, Khorraram M et al. Guillain-Barré syndrome: clinical profile and management. *German Medical Science*. 2015;13. ISSN 1612-3174
140. Devos D, Magot A, Perrier-Boeswillwald J, et al. Guillain-Barré syndrome during childhood: particular clinical and electrophysiological features. *Muscle & Nerve*. 2013.
141. Kokubun N, Shahrizaila N, Koga M, Hirata K, Yuki N. The demyelination neurophysiological criteria can be misleading in *Campylobacter jejuni*-related Guillain-Barré syndrome. *Clinical Neurophysiology*. 2013; 124:1671–9.
142. Luigetti M, Servidei S, Modoni A, Rossini PM, Sabatelli M, Monaco ML. Admission neurophysiological abnormalities in Guillain-Barré syndrome: A single-center experience. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2015;135: 6–10.
143. Nicolas G. Revue de la littérature 2013 sur les neuropathies périphériques: neuropathies dysimmunitaires (à l'exclusion du traitement). *Revue neurologique*. 2013; 169: 997–1000.
144. Pinal-Fernández I, Vilaseca VG, Fernández-Codina A, Rodríguez SA. Variante faring-cérvico-braquial del Síndrome de Guillain-Barré. *Medicina (Buenos Aires)*. 2014; 74: 474-5.

145. Sankhlyan N, Sharma S, Konanki R, Gulati S. Childhood Guillain-Barré syndrome subtypes in northern India. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2014; 21: 427–30.
146. Tatsumoto M, Misawa S, Kokubun N, et al. Delayed facial weakness in Guillain-Barré and Miller Fisher syndromes. *Muscle & Nerve*. 2014.

APÊNDICE

Nº	AUTOR	TÍTULO	BASE DE DADOS	ANO DE PUBLICAÇÃO
1	Bolan RS, Bó KD, Vargas FR, et al.	Síndrome de Guillain-Barré	Google acadêmico	2007
2	Bocayuva H.	Vinte cinco dias às voltas com Guillain-Barré	Google acadêmico	2014
3	Benete GM, Silva DLD.	Síndrome de Guillain-Barré	Google acadêmico	2006
4	Camilio AZ, Bel DD, Barbosa LR, et al.	Síndrome de Guillain-Barré	Google acadêmico	2014
5	Filho LAB, Almeida SS, Ferreira LS, et al.	Perfil epidemiológico e eletrofisiológico de pacientes com Síndrome de Guillain-Barré atendidos em hospital terciário no DF	Google acadêmico	2014
6	Dinis MJ, Real MV, Santos F.	Síndrome de Guillain-Barré: A realidade de um Centro Hospitalar	Google acadêmico	2008
7	Casarolli ACG, Eberhardt TD, Moraes A, et al.	Assistência de enfermagem na Síndrome de Guillain-Barré: uma revisão de literatura	Google acadêmico	2014
8	Fonseca T, Cardoso T, Perdigão S, et al.	Síndrome de Guillain-Barré	Google acadêmico	2004
9	Linden VVD.	Guillain-Barré Syndrome in Children	Google acadêmico	2003
10	Mauricio KC, Ishibashi RAS.	Fatores preditivos para a má evolução respiratória na síndrome de Guillain-Barré uma revisão de literatura	Google acadêmico	2007
11	Moraes A, Casarolli ACG, Eberhardt TD, et al.	Caracterização dos pacientes com Síndrome de Guillain-Barré internados em um hospital universitário	Google acadêmico	2015
12	Nascimento VLS, Borba GS, Leite CMB, et al.	Protocolo Hidroterápico na Síndrome de Guillain-Barré- Estudo de Caso	Google acadêmico	2012
13	Ramos JMR, Mejia DPM.	Prevenção de encurtamentos musculares em pacientes com a Síndrome de Guillain-Barré na fase aguda para facilitar o tratamento na fase de recuperação	Google acadêmico	2012
14	Resende AD, Xavier CA, Ferreira LS, et al.	Síndrome de Guillain-Barré- Revisão Bibliográfica	Google acadêmico	2010
15	Sampaio MJ, Figueiroa S, Temudo T, et al.	Síndrome de Guillain-Barré em idade pediátrica. Protocolo de actuação	Google acadêmico	2011

16	Souza AV, Souza MAF.	Síndrome de Guillain-Barré sob os cuidados de enfermagem	Google acadêmico	2007
17	Tuacek TA, Tsukimoto GR, Figliolia CS.	Neuropatias- Síndrome de Guillain-Barré: reabilitação	Google acadêmico	2013
18	Albernas FC, Lorenzo OH, Ferrer JI, et al;	Síndrome de Guillain-Barré. Actualización acerca de diagnóstico y tratamiento	Scielo	2007
19	Almeida EH, Dip DB, Batista MRC, et al.	Presentación clínica y evolución del síndrome de Guillain-Barré en una unidad de cuidados intensivos	Scielo	2002
20	Andosilla MAL, Brun FM, Miranda CAC, et al.	Parálisis facial periférica bilateral como presentación inicial del síndrome de Guillain-Barré: informe de un caso	Scielo	2015
21	Ayuso T, Jericó T.	Urgencias em patología neuromuscular	Scielo	2008
22	Cancino-Morales KL, Balcázar-Martínez V, Matus-Miranda R.	Intervenciones de enfermeira em uma persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoria de Dorothea Orem	Scielo	2013
23	Carranza EM, Maravilla EC, Herrero AG, et al.	Síndrome de Guillain-Barré en el anciano: un estudio retrospectivo	Scielo	2004
24	Cea G, Jara P, Quevedo F.	Características epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré em población chilena: estudio hospitalario en un período de 7 años	Scielo	2015
25	Cibils L, Cerisola A, Capote G, et al.	Síndrome de Guillain-Barré. Experiencia de doce años	Scielo	2015
26	Cuadro R, Silvariño R, Vacarezza M, et al.	Síndrome de Guillain-Barré en el adulto: manifestaciones clínicas, analíticas y epidemiológicas de diez pacientes asistidos consecutivamente em um único centro	Scielo	2011
27	Ferrarini MAG, Scattolin MAA, Rodrigues MM, et al.	Síndrome de Guillain-Barré em associação temporal com a vacina influenza A	Scielo	2011
28	Jr MCF, Deus-Silva L, Castro R, et al.	Guillain-Barré syndrome in the elderly. Clinical, electrophysiological, therapeutic and outcome features	Scielo	2005
29	Hernández BAH.	Alteración de los estudios electrofisiológicos de la forma axonal aguda del síndrome de Guillain-Barré	Scielo	2004

30	Linden VVD, Paz JA, Casella EB, et al.	Guillain-Barré syndrome in children. Clinic, laboratorial and epidemiologic study og 61 patients	Scielo	2010
31	Oca SLM, Victorero AA,	Síndrome de Guillain-Barré	Scielo	2014
32	Paredes PPQ.	Síndrome de Guillain-Barré y embarazo	Scielo	2015
33	Piñol-Ripoll G, Pellicer PL, Garcés-Redondo M, et al.	Características del síndrome de Guillain-Barré em el área III de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón	Scielo	2008
34	Rocha MSG, Brucki SMD, Carvalho AAS, et al.	Epidemiologic features of Guillain-Barré syndrome in São Paulo, Brazil	Scielo	2004
35	Taboada R, González G, García A, et al.	Protocolo diagnóstico y terapêutico del síndrome de Guillain-Barré	Scielo	2008
36	Torres MSP, Sanchez AP, Pérez RB.	Síndrome de Guillain-Barré	Scielo	2003
37	Torricelli RE.	Síndrome de Guillain-Barré en pediatría	Scielo	2009
38	Verdecia CG, Cañete ARR, Veja MM, et al.	Síndrome de Guillain-Barré- Strohl y embarazo. Presentación de 1 caso y revisión de la entidad	Scielo	2001
39	Vidal DG, Pacheco ORA, Miyares FJR, et al.	Síndrome de Guillain-Barré en la infancia	Scielo	2014
40	Zulueta IAV, Santana AG, Undangarain LO, et al.	Rehabilitación de niños y adolescentes com síndrome de Guillain-Barré	Scielo	2012
41	Ansar V, Valadi N.	Guillain-Barré Syndrome	Pubmed	2015
42	Benamer HTS, Bredan A.	Guillain-Barré Syndrome in Arab Countries: A Systematic Riview	Pubmed	2014
43	Boghani Z, Livingston AD, Simpson EP, et al.	Acute Onset of Guillain-Barré Syndrome After Elective Spinal Surgery	Pubmed	2015
44	Fujimura H.	The Guillain-Barré syndrome	Pubmed	2013
45	Samukawa M, Hamada Y, Kumahara M, et al.	Clinical features in Guillain-Barré syndrome with anti-Gal-C antibody	Pubmed	2013
46	Wakerley BR, Yuki N.	Mimics and chameleons in Guillain-Barré and Miller Fisher syndromes	Pubmed	2014
47	Webb AJS, Brain SAE, Wood R, et al.	Seasonal variation in Guillain-Barré syndrome: a systematic review, meta-analysis and Oxfordshire cohort study	Pubmed	2014

48	Wong AHY, Umaphathi T, Shahrizaila N, et al.	The value of comparing mortality of Guillain-Barré syndrome across different regions	Pubmed	2014
49	Ye YQ, Wang KR, Sun L, et al.	Clinical and electrophysiologic features of childhood Guillain-Barré syndrome in Northeast China	Pubmed	2014
50	Blum S, Reddel S, Spies J, et al.	Clinical features of patients with Guillain-Barré syndrome at seven hospitals on the East Coast of Australia	Pubmed	2013
51	Eldar AH, Chaoman J.	Guillain Barré syndrome and other immune mediated neuropathies: Diagnosis and classification	Pubmed	2014
52	Sudulagunta SR, Sepehrar M, Khrorram M, et al.	Guillain-Barré syndrome: clinical profile and management	Pubmed	2015
53	Devos D, Magot A, Perrier-Boeswillwald J, et al.	Guillain-Barré syndrome during childhood: particular clinical and electrophysiological features	Pubmed	2013
54	Kokubun N, Shahrizaila N, Koga M, et al.	The demyelination neurophysiological criteria can be misleading in Campylobacter jejuni-related Guillain-Barré syndrome	Pubmed	2013
55	Luigetti M, Servidei S, Modoni A, et al.	Admission neurophysiological abnormalities in Guillain-Barré syndrome: A single-center experience	Pubmed	2015
56	Nicolas G.	Revue de la littérature 2013 sur les neuropathies périphériques: neuropathies dysimmunitaires (à l'exclusion du traitement)	Pubmed	2013
57	Pinal-Fernández I, Vilaseca VG, Fernández-Codina A, et al.	Variante faring-cérvico-braquial del Síndrome de Guillain-Barré	Pubmed	2014
58	Sankhlyan N, Sharma S, Konanki R, et al.	Childhood Guillain-Barré syndrome subtypes in northern India	Pubmed	2014
59	Tatsumoto M, Misawa S, Kokubun N, et al.	Delayed facial weakness in Guillain-Barré and Miller Fisher syndromes	Pubmed	2014