

Síndrome de Guillain-Barré em imunossuprimido após co-infecção por Arbovirus: um relato de caso

Guillain-Barré syndrome in immunosuprimido após co-infecção by Arbovirus: a case report
Síndrome de Guillain-Barré em imunossuprimido após co-infecção por Arbovirus: um relato de caso

Resumo

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré (SGB) tem caráter auto-imune e é provocada por uma resposta inadequada do organismo a um processo infeccioso, seja por vírus, bactérias ou fungos. **Objetivo:** Fazer relato de um caso de paciente imunossuprimido por HIV que desenvolveu a síndrome de Guillain-Barré após infecção por arbovirose. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa. **Estudo de caso:** Paciente, gênero masculino, 30 anos, portador do vírus HIV, com quadro de febre intensa, cefaleia e diminuição de força em membros inferiores ascendendo de forma podocranial, atualmente com perda de força (grau 3), paresia presente até o nível subcostal acima da linha umbilical (à nível de T8), e hiperflexia patelar e déficit de deglutição. O mesmo portava um exame sorológico para dengue com resultado de IgG positivo. Após recebimento de resultado do exame de líquido, viu-se que se tratava da Síndrome de Guillain-Barré causada por infecção por arbovírus. Dias depois foi realizada sorologia para Citomegalovírus-CMV o qual deu positiva. Aberto investigação para averiguar o acometimento neurológico. Paciente apresentou convulsão tônico-clônica e foi transferido para UTI por iminência do comprometimento respiratório. Após longo período na UTI, foi encaminhado para enfermaria para continuidade da assistência e cuidados. Por ser um paciente de longa permanência em ambiente hospitalar, adquiriu infecções nosocomiais de repetição por *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e outros. Tais agravantes, juntamente com o quadro clínico causado pela infecção da arbovirose e a Síndrome de Guillain-Barré e a Citomegalovirose deu início a um quadro de taquicardia, hipotensão, dessaturação evoluindo com hipotensão refratária a volume e paradas cardiopulmonares-PCR não revertida. **Conclusão:** Pacientes imunossuprimidos, de longa permanência em ambiente hospitalar, geralmente evolui para o aparecimento de infecções relacionadas a assistência à saúde e isso pode ser um fator predisponente no aumento dos casos de óbitos.

Descritores: Infectologia, Imunossupressão, síndrome de Guillain-Barré, Neuropatia Autoimune Aguda.

Abstract

Introduction: Guillain-Barré syndrome (GBS) is autoimmune and is caused by an inadequate response of the body to an infectious process, such as viruses, bacteria or fungi. **Objective:** To report a case of a patient immunosuppressed by HIV who developed Guillain-Barré syndrome after infection by arbovirose. **Methodology:** This is a retrospective, descriptive study with a quantitative approach. **Case study:** Patient, male, 30 years old, carrier of the HIV virus, with severe fever, headache and decreased strength in the lower limbs ascending in a podocranial manner, currently with loss of strength (grade 3), present paresis ate the subcostal level

ID Paula Socorro Nunes Chiarini
Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINIILTONLINS.
ORCID: 0009-0007-4397-0532

ID Maria Jucilene Ferreira da Silva
Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINIILTONLINS.
ORCID: 0009-0002-8515-3876

ID Tadeu Antônio Ferreira dos Santos
Graduando em enfermagem pelo Centro Universitário Nilton Lins – UNINIILTONLINS.
ORCID: 0009-0007-8396-9210

ID Antônia de Souza Tavares
Enfermeira especialista, graduada no Centro Universitário Nilton Lins – UNINIILTONLINS.
ORCID: 0000-0003-2729-1437

ID Verônica Vasconcelos da Silva
Enfermeira especialista, graduada no Centro Universitário Nilton Lins – UNINIILTONLINS.
ORCID: 0000-0001-5592-7629

ID Raynara Karen de Sousa Silva
Enfermeira especialista atuando no Instituto de Enfermeiros Intensivista do Amazonas Ltda-IETI.
ORCID: 0000-0002-6771-0790

ID **Francisca Raquelle Taumaturgo da Silva**

Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS.
ORCID: 0009-0001-4802-7160

ID **Jessica Carvalho Santos**

Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS.
ORCID: 0000-0003-2223-8098

ID **Marleson Farias Viana**

Enfermeiro assistencial na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado.
ORCID: 0000-0003-0318-9710

ID **Arimatéia Portela de Azevedo**

Enfermeiro Mestre – Assistencial na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado.
ORCID: 0000-0002-9250-1165

Como citar este artigo: Chiarini PSN, Silva MJF, Santos TAF, Tavares AS, Silva W, Silva RKS, Silva FRT, Santos JC, Viana MF, Azevedo AP. *Síndrome de Guillain-Barré em imunossuprimido após co-infecção por Arbovirus: um relato de caso*. *Feridas* (Edição Brasileira) [Internet]. 2024 [acesso ano mês dia]; 12(62):2276-2282. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.36489/feridas.2024v12i62p2276-2282>

above the umbilical line (at the level of T8), and patellar hyperflexia and swallowing deficit. He also carried out a serological test for dengue with a positive IgG result. After receiving the results of the liquid test, it is known that it is Guillain-Barré Syndrome caused by arbovirus infection. Days later, a cytomegalovirus-CMV test was performed, which was positive. Open investigation to find out the neurological attack. Patient had a tonic-clonic seizure and was transferred to ICU due to imminent respiratory compromise. After a long period in the ICU, he was referred to the infirmary for continuity of assistance and care. Because he was a long-term patient in a hospital environment, he acquired repeated nosocomial infections due to *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* and others. These aggravating factors, together with the clinical picture caused by arbovirus infection and Guillain-Barré Syndrome and Cytomegalovirose from its onset to a picture of tachycardia, hypotension, desaturation evolving with volume-refractory hypotension and cardiorespiratory arrests - CRP not reversed. Conclusion: Immunosuppressed patients, with long stay in a hospital environment, generally evolve for the appearance of infections related to health care and this may be a predisposing factor that does not increase two cases of deaths.

Descriptors: Infectology, Immunosuppression, Guillain-Barré syndrome, Acute Autoimmune Neuropathy.

Resumen

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) tiene carácter autoinmune y es provocado por una respuesta inadecuada del organismo a un proceso infeccioso, infectado por virus, bacterias u hongos. Objetivo: Fazer relato de un caso de paciente inmunosuprimido por VIH que desarrolló un síndrome de Guillain-Barré após infección por arbovirose. Metodología: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa. Estudio de caso: Paciente, género masculino, 30 años, portador del virus VIH, con cuadro de fiebre intensa, cefalea y disminución de fuerza en miembros inferiores ascendentes de forma podocraneal, actualmente con pérdida de fuerza (grado 3), paresia presente. Até o nível subcostal acima da linha umbilical (à nivel de T8), e hiperflexia patelar y déficit de deglución. O mesmo portava um examen sorológico para dengue con resultado de IgG positivo. Después de recibir el resultado del examen de licor, se trata del síndrome de Guillain-Barré causado por infección por arbovirus. Dias depois foi realizada sorologia para Citomegalovirus-CMV o qual deu positiva. Aberto investigação para averiguar o acometimento neurológico. Paciente presenta convulsiones tónicas clónicas y transferencias de ITU por inminencia del compromiso respiratorio. Después de un largo período en la UTI, foi encaminhado para enfermar para la continuidad de la asistencia y los cuidados. Por ser un paciente de larga permanencia en ambiente hospitalario, adquiere infecciones nosocomiales de repetición por *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* y otros. Estos agravantes, junto con el cuadro clínico causado por la infección por arbovirose y el síndrome de Guillain-Barré y la citomegalovirose desde el inicio, a un cuadro de taquicardia, hipotensión, dessaturación evolucionando con hipotensión refractaria al volumen y paradas cardiorespiratorias -PCR no revertida. Conclusión: Pacientes inmunosuprimidos, de larga permanencia en ambiente hospitalario, generalmente evolucionan para la aparición de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y esto puede ser un factor predisponente sin aumento de casos de óbitos

Palabras clave: Infectología, Inmunosupresión, síndrome de Guillain-Barré, Neuropatía Autoinmune Aguda.

RECEBIDO: 07/08/2023 | APROVADO: 13/10/2023

INTRODUÇÃO

A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é descrita como sendo uma paralisia arreflexica associada ao aumento do líquido cefalorraquidiano com uma contagem normal nos números de células. Tem caráter auto-imune provocada por uma resposta inadequada do organismo a um processo infeccioso, seja por vírus, bactérias ou fungos¹.

Essa doença pode chegar à máxima severidade em até quatro semanas, com o desenvolvimento de insuficiência respiratória em aproximadamente 25% dos casos. Destes, a maioria tem completa recuperação. Entretanto, podem ocorrer sequelas graves e óbitos em até 20% e 5% dos casos, respectivamente².

Constitui uma das formas mais frequentes de neuropatia, sendo ela a que apresenta evolução mais rápida sendo potencialmente fatal tornado a primeira causa de paralisia flácida após a erradicação da poliomielite³.

A síndrome começou a ser observada no século XIX, porém, devido à escassez do conhecimento a respeito do sistema nervoso periférico, não se sabia muito a respeito da síndrome que causava enrijecimento associado a uma fraqueza que evoluía em um período curto, e se seguia de uma recuperação espontânea⁴.

Precisamente em 1916 que Georges Guillain, J. A. Barre e A. Strohi descreveram em soldados do exército francês uma síndrome similar à paralisia de Landry. No entanto, a síndrome por eles descrita caracterizava-se por uma paralisia aguda com perda dos reflexos osteotendinosos, e esta foi a primeira vez em que foi relatada e descrita a ocorrência da dissociação albumino-citológica no líquido

cefalorraquidiano (LCR) de pacientes com Guillain-Barré^{5, 25}.

Sabe-se que esses pacientes possuem uma fraqueza muscular progressiva e ascendente, e tal fato contribui para que muitos deles permaneçam em unidades de terapia intensiva, na maioria das vezes imobilizados durante o período de evolução da doença. Essa imobilidade contribui para que o paciente adquira sequelas, que se não tratadas de maneira precoce podem tornar-se irreversíveis⁶.

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma enfermidade que ocorre no mundo todo e afeta diferentes grupos sociais e pessoas entre 20 e 40 anos. A doença atinge homens e mulheres em todo o mundo, contudo, há um predomínio em maior escala em homens mais velhos. A incidência mundial de casos varia de 1 a 4 casos por 100 mil habitantes/ano⁷.

Após a eliminação da poliomielite, a síndrome de Guillain-Barré -SGB tornou-se a maior causa de paralisia flácida no mundo, representando um grave problema de Saúde Pública cuja incidência pode variar de 0,4 a 4 casos/100 mil habitantes em diferentes regiões do mundo⁸.

Na maior parte dos acometidos é relatado a presença de infecções do trato respiratório superior ou diarreia causadas por vírus. Os principais agentes etiológicos associados são *Campylobacter jejuni* em até 30% dos casos e Citomegalovírus em até 10% dos casos⁹.

Em 2015, houve três arbovírus de elevada incidência no Brasil com concentração urbana, sendo: Dengue, Chikungunya e Zika. Conseqüentemente, no ano de 2016, pode-se notar um aumento no número de casos de síndromes neurológicas com registro prévio de doença febril provoca-

da pelas infecções por arbovírus. Os casos de Síndrome de Guillain-Barré após processos infecciosos tem sido cada vez mais relatados na literatura e são, normalmente, associados a infecções por vírus Influenza, vírus Epstein-Barr, HIV, pneumonias, entre outras doenças¹⁰.

A síndrome de Guillain-Barré-SGB nos indivíduos com o vírus HIV ocorre através de dois mecanismos, na infecção viral primária que ocorre logo após a exposição ao vírus ou no início da terapia antirretroviral, conhecida como síndrome da reconstituição imune¹¹.

A apresentação clínica da SGB se dá pela perda progressiva da força muscular de forma ascendente, com evolução em semanas, pode ocorrer alteração na sensibilidade, paralisia dos nervos cranianos e oftalmoplegia e 30% dos casos possui a necessidade de ventilação mecânica¹².

Alguns anos atrás, com a confirmação da circulação do vírus Zika na região Nordeste, o Ministério da Saúde foi notificado sobre o aumento de internações por manifestações neurológicas no estado de Pernambuco, incluindo encefalites, neurite óptica, mielites, encefalomielites e SGB; esta última representava mais de 80% dos casos¹³.

Considera-se a Dengue a mais importante dentre as arboviroses em termos de morbidade e mortalidade, sendo um grave problema de saúde pública em todo o mundo. É causada por arbovírus, da família Flaviviridae e transmitida por duas espécies de mosquitos *Aedes aegypti* e *A. albopictus*¹⁴.

A infecção pode ser assintomática ou apresentar-se com febre associada a cefaleia, dor retro-orbitária ou ocular, mialgia, dor óssea, artralgia, manifestações hemorrágicas e cutâ-

neas e leucopenia¹⁵.

Além da convalescência causada pelo quadro clínico descrito, o vírus da dengue pode desenvolver manifestações neurológicas após melhora do quadro agudo como: encefalite, mielite, mononeuropatias, encefalomielite disseminada aguda e a Síndrome de Guillain-Barré (SGB)¹⁶.

Portanto, o objetivo principal deste estudo é fazer relato de um caso de paciente imunossuprimido por HIV que desenvolveu a síndrome de Guillain-Barré.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa, tipo relato de caso de um paciente do gênero masculino, 28 anos, portador do vírus do HIV que desenvolveu a síndrome de Guillain-Barré após infecção por arbovirose. Só foram úteis para o estudo informações existentes no prontuário eletrônico referente a este único paciente e que sejam informações alusivas ao período da última internação.

A pesquisa só teve início após a apreciação ética como determina a 466/12 e suas complementares sob o CAAE 5393323.3.0000.0005 e número de parecer: 6.501.051 e assinatura da carta de anuência pelo diretor e a assinatura do TCUUD pelos pesquisadores.

O local onde ocorreu este estudo é um hospital universitário, terciário, referência em doenças infectocontagiosas, no Amazonas.

ESTUDO DE CASO

Paciente AMP, 30 anos, portador do vírus HIV, acamado, deu entrada no pronto atendimento do hospital referência para infectologia do Ama-

zonas encaminhado do Hospital do Município de Presidente Figueiredo (Amazonas), com suspeita de Citomegalovirus-CMV, com quadro de febre intensa, cefaléia e calafrios, sendo diagnosticado, no hospital de origem, com infecção do trato urinário-ITU alta onde recebeu antibiótico-terapia.

No exame físico o mesmo iniciou apresentou diminuição de força em Membros inferiores-MMII ascendendo de forma podocranial, atualmente com perda de força (grau 3), paresia presente até o nível subcostal acima da linha umbilical (à nível de T8), e hiperflexia patelar. Há cerca de um dia vem apresentando déficit de deglutição. Concomitante a essa paresia surgiu o quadro de retenção urinária e por esse motivo foi realizada sondagem para alívio no hospital de origem, dada a dor. Apresentando ainda bexiga neurogênica com necessidade de sondagem vesical de demora.

Paciente também desenvolveu quadro febril com calafrios e síndrome neurologia a esclarecer. Foi realizada gota espessa para Malária com resultado negativo.

Também foi também solicitado exame sorológico para dengue o qual veio com resultado de IgG positivo, ou seja, o mesmo estava na fase crônica e/ou convalescente ou já teve contato com a doença em algum momento da vida.

Em virtude do aparecimento da parestesia de membros inferiores, foi realizada sorologia para Citomegalovirus-CMV o qual deu positiva. Aberto investigação para averiguar o acometimento neurológico por CMV ou outro vírus da família *Herpesviridae*.

Ao exame dos pares cranianos, especificamente o oculomotor o mesmo apresenta reflexo pupilar direto

e consensual lentificados. Trigêmeo: rigidez de mandíbula por hipertonia de masseter. Reflexo coclear presente. Demais pares não avaliados devido a hipertonia. Motricidade: Presença de rigidez no hemitorço direito e esquerdo (D e E) com hipertonia e atrofia muscular global. Testado reflexo bicipital, patelar e braquirradial, todos ausentes ao exame. Demais não testados devido ao estado de hipertonia. Extremidades sem edemas, com membros hiperfletidos, tetraparesia espástica.

Paciente apresentou convulsão tônico-clônica pela manhã com pupilas permanecendo contraídas, não respondendo à quantidade de luz que chega aos olhos. Punção venosa central para Hidantálização por ser uma medicação potencialmente vaso irritante e sua infusão.

Transferido para UTI por iminência de comprometimento respiratório agudo. Após oito dias sob cuidados intensivos, foi encaminhado para enfermaria para continuidade da assistência e cuidados. Paciente não ativo, desacordado, não reagindo ao chamado. Em decúbito dorsal, emagrecido, traqueostomizado, rigidez espástica de membros superiores e inferiores, adotando postura de decorticação, normocorado, normohidratado, anicérico.

Paciente com dieta oral por sonda nasogástrica. Paciente perdeu total autonomia, não verbaliza, não deambula, torporoso, só responde a estímulos de dor.

Quanto aos antecedentes familiares o mesmo não tem histórico de doenças neurológicas na família. Procedente de município do interior do estado, mora com os pais no meio rural.

Após alguns meses na enfermaria apresenta quadro estável, portanto,

programado alta e possível acompanhamento do programa de assistência domiciliar “Melhor em Casa”. O mesmo se beneficiará de acompanhamento médico domiciliar, fisioterapia para reabilitação respiratória e motora, além de cuidados em Lesão por pressão trocantéricas bilaterais. Parecer do médico do programa foi favorável para uma possível inclusão. A inclusão será realizada após avaliação do domicílio do paciente e do seu cuidador.

Seu genitor e acompanhante solicitou permissão para visita de familiares em maior número para juntos celebrarem o aniversário do paciente. A entrada das visitas foi supervisionada. Os irmãos menores de

idade também participaram, mas receberam EPIs e permaneceram por pouco tempo na unidade de internação. Esta ação teve como objetivo promover momentos de estreitamento dos laços sócio afetivos, contribuindo para que se renovem no propósito de ofertar o cuidado ao paciente e sua possível reinserção no lar, em caso de alta, com apoio da rede familiar.

Ao longo da internação, os pais do paciente se separaram, contudo mantiveram o cuidado e acompanhamento junto ao paciente. Assim como as irmãs mais velhas.

Devido à demora na decisão em ajustar o domicílio para a alta hospitalar, o mesmo apresentou febre e com isso foi realizado hemocultu-

ra com antibiograma com resultado positivo para *Staphylococcus epidermidis* sensível aos betalactâmicos de espectro estendido. Também foi realizado exame de cultura de secreção catarral de aspirado traqueal com resultado positivo para *Pseudomonas aeruginosa* resistente aos Betalactâmicos de espectro estendido.

Após término do ciclo com antibióticos para tratar as infecções intrahospitalares, o paciente voltou a apresentar febre. Novamente foi realizada a coleta de material (sangue) para cultura o qual deu positivo para *Klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenêmicos.

Paciente acamado, internado durante longa data segue o com sequelas neurológicas, em estado de coma vigil, traqueostomizado, com rigidez em membro superior, com teta espasticidade, em posição de decorticação, abertura ocular mediante estímulo, com funções fisiológicas presentes, sem alteração do hábito intestinal.

Paciente com infecções hospitalares de repetição iniciou quadro de taquicárdia, hipotensão, com hematuria macroscópica observada em fralda, bexigoma e anúria há aproximadamente 12h. Solicitado sondagem vesical de alívio, analgesia e monitorização.

Paciente com piora da dessaturação evoluindo com hipotensão refratária a volume e com duas paradas cardio-respiratórias-PCR revertida, porém sem sucesso na terceira parada. Constatado óbito 45 minutos após a última parada.

DISCUSSÃO

O paciente participante deste estudo tem histórico de imunossupressão por ser portador do vírus HIV. O

Quadro 01: perfil social do participante do estudo

Variáveis	Status
Paciente portador de HIV	Sim
Adesão ao tratamento	Sim
Procedência	Interior do estado (Presidente Figueiredo)
Reinternação	Não
Orientação sexual	Homossexual
Acompanhado	Por pai e mãe
Grupo familiar	5 pessoas
Tipo de família	Nuclear
Renda mensal	Até dois salários mínimos
Tipo de habitação	Alvenaria
Saneamento básico	Sim
Grau de instrução	Médio completo
Como chegou ao hospital	De ambulância

Fonte: resultados do próprio estudo

mesmo deu entrada no pronto atendimento do hospital referência para infectologia com quadro febril e após realização de sorologia para dengue, o mesmo veio positivo IgG, ou seja, o mesmo estava na fase crônica e/ou convalescente ou já teve contato com a doença em algum momento da vida.

Em relação a co-infecção de arboviroses com HIV, poucos estudos têm sido publicados e a maior parte deles relacionados à infecção por dengue. Diante disso e devido aos surtos sazonais de arboviroses no Brasil e a magnitude da problemática de pacientes convivendo com HIV/AIDS, ainda há contribuir para o conhecimento da apresentação clínica dessas doenças^{14, 23, 24}.

O participante deste estudo de caso também apresentou um quadro clínico de diminuição de força em Membros inferiores-MMII ascendendo de forma podó-cranial, atualmente com perda de força (grau 3), paresia presente até o nível subcostal acima da linha umbilical (à nível de T8), e hiperflexia patelar e até déficit de deglutição que posteriormente fechou-se o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré pós infecção por dengue.

A origem da Síndrome de Guillain-Barré (SGB) ainda é desconhecida, contudo, frequentemente aparece uma ou duas semanas após uma infecção respiratória ou gastrointestinal ou outro estímulo imunológico que cause uma resposta autoimune exacerbada, como o que acontece em casos de infecção por arbovirus^{14, 15, 21}.

Outro agravante foi que em virtude do aparecimento da parestesia de membros inferiores, foi realizada sorologia para Citomegalovírus-CMV o qual deu positiva. Aberto investigação para averiguar o acometimento

neurológico por CMV ou outro vírus da família *Herpesviridae*.

O Citomegalovírus (CMV) pertence à família do *herpesviridae* e estima-se que 50% a 80% dos adultos estejam infectados com o vírus. A imunossupressão prolongada pode levar à replicação descontrolada e ao aparecimento de doenças graves, e os pacientes infectados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) constituem um importante grupo de risco^{17, 18, 22}.

O paciente participante deste estudo, além de desenvolver duas co-infecções, também adquiriu, por ser um paciente de longa permanência em ambiente hospitalar, infecções nosocomiais de repetição por *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e outros. Tal agravante, juntamente com o quadro clínico causado pela infecção da arbovirose e a Síndrome de Guillain-Barré e a Citomegalovirose deu início a um quadro de taquicardia, hipotensão, piora da desaturação evoluindo com hipotensão refratária a volume e paradas cardiorrespiratórias-PCR não revertida.

As infecções intra-hospitalares são consideradas uma dos agravantes que tem elevado as taxas de mortalidade, principalmente ocorridas em unidades de terapia intensiva-UTI's estão associadas a elevada morbidade e mortalidade, além de alto custo. A análise desses aspectos pode contribuir para a otimização de recursos financeiros relacionados^{19, 20, 27}.

Elas também são consideradas um dos maiores desafios a serem vencidos pelos profissionais de saúde, visto que, estes problemas relacionam-se diretamente ao aumento da taxa de mortalidade, elevação do tempo de hospitalização e o maior custo na assistência em saúde. Além disso,

pode-se dizer que a IH torna-se um fácil caminho para a seleção e disseminação de microrganismos multirresistentes.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o agravamento do quadro clínico do paciente participante deste estudo de caso pode ter sido em virtude da infecção por HIV e as outras co-infecções. Mas, as informações existentes no prontuário eletrônico deixam bem evidente que a longa permanência do mesmo em ambiente de internação contribuiu para o aparecimento de infecções relacionadas a assistência à saúde e isso pode ter sido a causa do óbito. Há uma eminente necessidade de haver políticas internas para a disseminação de informações relacionadas a esta temática. Talvez, com isso, haja maior adesão das práticas de biossegurança e comportamento em ambiente hospitalar por parte da equipe assistencial. Também o uso de tecnologias educativas no processo de ensino-aprendizagem em saúde, pode ser considerado essencial na formação de profissionais e melhoria da qualidade dos serviços de saúde. O principal objetivo dessas ações deve ser centralizado na modificação de comportamentos inadequados e ineficientes à excelência dos procedimentos na área de saúde. Portanto, a utilização das tecnologias educativas na área da saúde pode resultar no maior cumprimento de protocolos de prevenção e de controle das IH, assim como, no maior comprometimento dos profissionais envolvidos nessas ações.

Referências

1. ARAUJO, J E B et al. Síndrome de Guillain-Barre e pelo SARS-COV2: relato de caso. *braz j infect dis.* 2022;26(S1):101996. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102075>
2. MALTA, JMAS et al., Síndrome de Guillain-Barré e outras manifestações neurológicas possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika em municípios da Bahia, 2015. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 26(1):9-18, jan-mar 2017. <https://www.scielo.br/j/ress/a/nbjBMK8wFWvZs3jcf3HrPCR/?format=pdf&lang=pt>
3. SOARES, J L; MONTEIRO, L M. A contribuição da fisioterapia na recuperação do paciente portador da Síndrome de GuillainBarré: uma revisão integrativa. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2017. Vol. Sup. 7, S336-S340. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8255/4986>
4. LIMA, C L G et al. Síndrome de Guillain Barré: uma abordagem sobre os sintomas e principais formas de tratamento da doença. *Saúde & Ciência em Ação – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde V.6*, n 01, 2020. <file:///C:/Users/33822280259/Downloads/717-2020-1-PB.pdf>
5. ALVES, H.H.S.; PRADO, R. M.S; BARROS, K. B. N. T. Parâmetros terapêuticos da síndrome de Guillain-Barré: uma revisão sistemática de estudos de casos. *Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)*, v. 3, n. 1, 2017.
6. FREITAS, M. et al., Qualidade de vida de pacientes com Guillain-Barré: uma revisão Psicologia, Saúde & Doenças. v. 20 n° 2 Lisboa ago. 2019
7. SOUZA, N.E.; AFONSO, E. O.; CALMON, A. B. Síndrome de Guillain-Barré e sua relação com o calendário vacinal brasileiro: uma revisão de literatura. *Rev Bras Neurol.* v. 54, n° 1, p. 39-45, 2018.
8. ALMEIDA, FAFL et al. Síndrome de Guillain-Barré associada a infecções virais. *Research, Society and Development*, v. 9, n.8, e904986195, 2020. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6195/5999>
9. NARVÁEZ, A F, ROSERO, M S, BASTIDAS, T. O. Porfiria intermitente aguda como desencadenante de síndrome de Guillain-Barre. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(2), 349-355 (2019).
10. SOUZA, D.S et al. uso da estimulação elétrica funcional na síndrome de Guillain-Barré em um paciente que convive com o vírus HIV em uso de ventilação mecânica invasiva: um relato de caso. 54 Congresso Brasileiro de Medicina Tropical-MEDTROP, 2018.
11. COUTINHO, M.F.Z. et al. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. *Rev Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 148-161, 2018
12. ARAUJO, JELB et al. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ POR CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO. 120 Congresso Paulista de Infectologia, 2020. <https://digitalposter.com.br/infectologia-paulista/anexo/646-EP-129.pdf>
13. NÓBREGA, M E B et al. Surto de síndrome de Guillain-Barré possivelmente relacionado à infecção prévia pelo vírus Zika, Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2015. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 27(2):e2017039, 2018. <https://www.scielo.br/j/ress/a/KvbfHJvGk9Dyfrp4nymLN/?format=pdf&lang=pt>
14. COSTA, A B N et al. Relato de Caso: síndrome de Guillain-Garré após infecção por dengue. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. São Paulo, v.9.n.08. ago. 2023. <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/10821/4595>
15. ANDRADE, P D M et al. Guillain-Barré syndrome as a complication of Dengue arboviral infection: literature review. *Revista Eletrônica Acervo Científico. REAC | Vol. 33 | DOI: <https://doi.org/10.25248/REAC.e8475.2021>*
16. JUGPAL, TS, et al. Spectrum of findings on magnetic resonance imaging of the brain in patients with neurological manifestations of dengue fever. *Radiol Bras*, 2017; 50: 285-90.
17. CHAVES, MRO, et al. Dengue, Chikungunya e Zika: a nova realidade brasileira. *NewsLab- revista digital*, 2016; 132: 137-150
18. DONALISIO, MR; FREITAS, A R R; ZUBEN, A P B V. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. *Rev Saú de Pública* 2017; 51:30. <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2017.v51/30/pt>
19. LOW JG, OOI EE, VASUDEVAN SG. Current Status of Dengue Therapeutics Research and Development. *J Infect Dis.* 2017
20. Global AIDS Monitoring 2017. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_en.pdf
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adultos e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
22. SHEIKH, KA. Guillain-Barré Syndrome. *Continuum - American Academy of Neurology*. Minneapolis. 2020; 26 (5): 1184-204.
23. SANTOS, TAF et al. Paciente convivendo com o vírus do HIV co-infectado por toxoplasmose neurale infecção intra-hospitalar por Covid 19: um relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review, Curitiba*, v. 6,n.5.p.25933-25945, sep./oct., 2023. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/64263/46162>
24. PIRAICE, MPP et al. Comparativo da ocorrência de casos de exposição a material biológico em serviços de saúde e exposição sexual atendidos em uma instituição referência. *Brazilian Journal of Health Review, Curitiba*, v.4, n.5, p. 19797-19809 sep./oct. 2021. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/36272>
25. SILVA, JFT et al. Associação patológica e histórica entre a Síndrome de Guillain-Barré (SGB) e infecção pelo Zika Vírus. *Research, Society and Development*, v. 11, n.9, e54211932412, 2022. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32412/27408>
26. PINTO, J T T et al. Retinite por citomegalovírus em paciente HIVnegativo: um relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review, Curitiba*, v.4, n.2, p.5160-5169mar./apr.2021. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26164/20760>
27. PORTAL, LC et al. Educar para empoderar: o uso de tecnologias educativas para o controle e prevenção de infecção hospitalar. *Braz. J. of Develop., Curitiba*, v. 6, n. 7, p. 50658-50673jul. 2020. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/13822/11565>.