

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E AS SEQÜELAS NEUROLÓGICAS DO SARAMPO

*Magda Andrade Rezende**

REZENDE, M. A. Assistência de enfermagem e as seqüelas neurológicas do sarampo. *Rev. Esc. Enf. USP.*, São Paulo, 23(2): – , ago. 1989.

As seqüelas neurológicas do sarampo podem ocorrer como consequência de encefalites ou constituir o quadro chamado pan-encefalite esclerosante sub-aguda (PEESA).

As encefalites são letais em cerca de 15 a 18% dos casos, causando danos permanentes (motores e/ou mentais) em aproximadamente 25% dos pacientes. A PEESA é sempre letal.

Enfatiza-se as consequências sociais e econômicas destes problemas.

Sugere-se assistência de enfermagem de acordo com os níveis de prevenção de Leavell & Clark.

UNITERMOS: *Assistência de Enfermagem. Sarampo.*

INTRODUÇÃO

Nosso país tem o grave problema de apresentar incidência elevada de doenças preveníveis, dentre as quais avulta o sarampo.

Em nosso meio é doença de extrema gravidade, podendo acarretar graves complicações e seqüelas.

Citam-se como complicações do sarampo: broncopneumonia, encefalite, diarréia, laringotraqueobronquite, etc, podendo inclusive levar à óbito¹¹.

As complicações neurológicas, temporárias ou permanentes, podem ser incapacitantes.

Este trabalho se deterá nas seqüelas neurológicas.

Optou-se por chamar a atenção sobre este ponto porque:

(1) as seqüelas neurológicas ocorrem independentemente da classe social do acometido, isto é, não estão relacionadas com o seu estado nutricional¹⁶.

* Auxiliar de ensino da Disciplina de Enfermagem-Pediátrica da Escola de Enfermagem da USP. Aluna do curso de mestrado em Enfermagem Pediátrica e Pediatria Social da Disciplina de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina.

(2) Algumas são incapacitantes e permanentes ^{13,17}, portanto, o déficit físico e mental do indivíduo deve ser levado em conta.

(3) Podem ser de prognóstico fechado ^{5,17}.

(4) A doença é prevenível por imunização (*).

A assistência que deve ser prestada ao indivíduo sadio e ao doente pode ser didaticamente analisada pelo esquema proposto por LEAVELL & CLARK ⁸: prevenção primária, secundária e terciária.

Em qualquer destas a atuação da enfermeira pode ser fundamental, entretanto, a primária deve se destacar quanto aos esforços a ela dispensados: além de *evitar maior sofrimento*, a relação custo/benefício o justifica.

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DAS SEQUÊLAS NEUROLÓGICAS

Pode-se classificá-las como sendo de dois grandes tipos ^{5,13,16}:

(1) síndromes encefalopáticas em geral; e,

(2) pan-encefalite esclerosante sub-aguda (PEESA).

Os dados sobre incidência das síndromes encefalopáticas, e até mesmo quanto a critério de diagnóstico ¹⁶ variam de acordo com o autor consultado.

Isto se deve possivelmente à dificuldade de distinguir se o processo se deve ao próprio sarampo ou outra causa clínica associada, como, por exemplo, desidratação ou anoxia ¹⁶.

Entretanto, clínica compatível com encefalomielite costuma atingir 0,35 indivíduos em cada 100 acometidos pelo sarampo ¹⁶. Estes dados são inferiores aos apontados em anos anteriores (1 a 1,5 por 1000)¹⁶.

O quadro clínico surge por volta do quinto dia do exantema, embora isto possa ser bastante variável ^{5,13}. Caracteriza-se por torpor, irritabilidade, febre, sinais meníngeos, cefaléia, vômitos ⁵. Pode evoluir para convulsões e coma em poucas horas⁵.

Pode haver comprometimento motor (plegia, espasticidade, hipotonia), ou mental, e ainda, alteração de comportamento ou síndrome convulsiva ¹³.

Cerca de 25% das crianças que desenvolvem quadro de encefalite permanecem com seqüelas ¹³. A letalidade oscila em torno de 15 a 18% ^{13,16}.

A PEESA era anteriormente conhecida como encefalite de Dawson ou leucoencefalite de Van Bogaert ⁹.

É uma doença degenerativa, progressiva, cujo curso já é conhecido ^{5,17}

(*) Deve-se levar em conta que a eficácia da vacina é de cerca de 98%, caso tenham sido obedecidas as suas necessidades de acondicionamento e aplicação¹⁴.

Há deterioração intelectual gradual sem alteração da personalidade, seguida de comprometimento motor (abalos mioclônicos, incoordenação, convulsões), cegueira, decorticação, coma e morte ^{5,17}. (Acompanhamento de 31 pacientes por CANELAS ⁴, quando ainda era desconhecida a etiologia da doença, demonstrou que o primeiro sintoma clínico que surgiu foi alteração psiquiátrica, presente em 55,6% dos casos).

Segundo DIAMENT ⁵ e SEVER ¹⁷ a evolução da PEESA é sempre fatal, OSELKA ¹³ faz a ressalva que pode haver anos de remissão.

A maioria dos pacientes sobrevive de 12 a 18 meses após o diagnóstico ^{5,17}.

Apesar de ser conhecido o agente, o vírus do sarampo, ainda não se conhece a patogenia e não há tratamento eficaz ^{5,17}.

Trabalho realizado nos EUA, com 200 pacientes, demonstrou uma incidência de um caso de PEESA em cada um milhão de habitantes, sendo que na região sudeste havia uma incidência 4 a 5 vezes maior ¹⁷.

Outro estudo, feito no mesmo país demonstrou uma incidência de 0,35 por um milhão de habitantes (entre 1960 e 1976) ¹⁰. Trabalho realizado na França acusou a incidência de 0,38 casos por um milhão de habitantes ¹⁶, chamando a atenção para a variabilidade regional destes dados: no Líbano, por exemplo, é bem maior ¹⁶.

Alguns fatos parece que são comuns aos pacientes com PEESA:

- infecção por sarampo em tenra idade ^{10,17};
- infecção simultânea por outro vírus ¹⁷;
- exposição a pássaros, em geral domésticos ¹⁷. O início da moléstia pode coincidir com uma epizootia ⁴.
- meio-ambiente rural ¹⁷. (Na revisão feita no Brasil ⁴ o mesmo fato foi encontrado).
- lesões cefálicas após a ocorrência do sarampo ¹⁷.
- predominância evidente do sexo masculino ^{4,10,13}.
- maior incidência em brancos ^{4,10,17}. Segundo MODLIN ¹⁰ ainda não está bem determinado até que ponto isto se deve a um fator étnico realmente, podendo ser na verdade econômico. Deve-se ter mente que este autor se refere a dados encontrados na região sudeste dos EUA (Mississipi).

O período de latência da moléstia costuma ser grande: aproximadamente 7 anos ¹⁷, e não se tem certeza acerca dos motivos desencadeadores dos sintomas ¹⁷. Como a maior parte dos pacientes está entre 13 e 19 anos ^{4,17}, por ocasião do diagnóstico, talvez as mudanças puberais estejam ligadas ao desencadeamento dos sintomas ¹⁷.

São encontrados níveis elevados e anticorpos no soro e no líquido ^{13,17}, por

ocasião do diagnóstico da PEESA. Possivelmente porque, por meses e anos, células morrem e descarregam antígenos víricos na corrente sanguínea¹⁷.

INCIDÊNCIA

A incidência de encefalite e de PEESA deve ser calculada a partir do número de ocorrências de sarampo, o que acarreta muitas dificuldades extras, além do próprio diagnóstico da complicação (em nosso país).

No caso da encefalite é preciso distinguir se a mesma ocorre pelo sarampo ou por causa associada.

Quanto à PEESA, sabe-se que indivíduos acometidos tiveram sarampo clínico cerca de 7 anos antes.

É importante a tomada da história, a qual é confirmada por sorologia no sangue e líquido^{5,13,17}. No Brasil, exames sorológicos são caros e difíceis de se fazer em instituições públicas, sendo esta uma dificuldade a mais.

Considerando nossos baixos índices de vacinação e elevada incidência de sarampo é de supor que a ocorrência de encefalite e PEESA sejam elevadas.

No ano de 1983, 4,8% das crianças de 1 a 4 anos acometidas por disfunções tiveram como causa das mesmas o sarampo¹², tendo sido a quinta causa de seqüelas. A quarta foi desnutrição (7,7%). Sarampo e desnutrição são uma dupla arrasadora na infância, especialmente se juntas¹¹ e não podemos esquecer que sarampo é doença sub-notificada.

ASPECTOS SOCIAIS

Sabe-se que grande parte da nossa população tem rendimento menor ou igual ao salário mínimo, o qual atualmente não cobre as despesas para as quais foi calculado em 1940¹. Também é fato conhecido que esta grande camada da população, que auferê baixos rendimentos, tem baixa escolaridade e vacina seus filhos com maior dificuldade: geralmente mora em região periférica, a qual dispõe de escassos recursos de saúde; necessita usar vários meios de transporte para chegar à unidade básica de saúde mais próxima^{6,7} e tem pouca, ou nenhuma informação sobre a importância da vacinação.

Além disso, a baixíssima renda impossibilita nutrição adequada. As crianças são as que mais sofrem as conseqüências¹⁸.

Isto faz com que as crianças de tais famílias tenham uma taxa de imunização menor do que a das classes abastadas^{6,7}. podemos ver como exemplo as taxas de vacinação da região sul da cidade de São Paulo (região de Santo Amaro), as quais são mais baixas do que as do restante da cidade. A região é sabidamente muito

pobre, com população constituída basicamente por migrantes nordestinos (*).

No país a cobertura vacinal contra o sarampo é também variada, refletindo as condições sócio-econômicas de cada uma das regiões: 48,6% na região norte; 51% na nordeste; 84,4% na sudeste; 84,4% na sul e 58,4% na centro-oeste. (Dados de 1983, cobertura de crianças de menos de um ano de idade)¹⁵.

Ocorre que a criança desta população, já desnutrida, ao contrair sarampo, provavelmente terá complicações¹¹, as quais freqüentemente serão pulmonares¹³ e não raramente desfecharão em óbito¹¹.

A encefalite e a PEESA, diferentemente, acometem crianças de qualquer condição nutricional¹⁶. Seja qual for o estrato do indivíduo acometido, haverá sofrimento. Além disso o fator econômico é variável importante, alterando sua condição de arcar com os custos do tratamento, o qual muitas vezes é paliativo.

Segundo dados da APAE (Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais) de São Paulo, o custo operacional de uma criança com deficiência mental atendida pela instituição, em regime de atendimento/dia, custa aproximadamente US\$ 1.500 por ano(**).

O custo da vacina contra sarampo é menor do que um dólar (Laboratório Aché, em 19-7-88, Cz\$ 198,80).

Segundo a mesma instituição, no ano de 1985, foram atendidas na instituição 6 crianças, cuja causa da deficiência mental fôra sarampo.

Acredito, entretanto, que o número de crianças com deficiência mental e/ou motora decorrente de sarampo deve ser bem maior pelos seguintes motivos:

(1) As 6 crianças atendidas em 1985 representaram 0,54% de toda a demanda atendida (1091 indivíduos), a qual, por sua vez, havia sido triada a partir de aproximadamente o dobro de candidatos. Suponho que grande parte da demanda não pode ser atendida por morar em local muito distante, ou por não dispor de alguém que acompanhasse o cliente à instituição diariamente, arcando inclusive com o custo do transporte.

Estas suposições não são infundadas, uma vez que no ano de 1986, a instituição não pôde atender 16,86% da demanda devida à residência distante; e

(*) Dados dos Boletins de Produção do SUDS - Regional 8 (Santo Amaro) demonstram que a cobertura vacinal de crianças de 0 a 1 ano de idade, naquela região, contra o sarampo foram: em 1983, 82,28%; em 1984 70,78%; em 1985 72,89%; em 1986, 75%, e, em 1987, 65,23%. Após campanha a cobertura vacinal elevou-se, no último ano mencionado, a 91,93%. Até mesmo a cobertura da vacina Sabin muito fácil de ser administrada, foi baixa no ano de 1987: 59,77%, o menor valor da série desde o ano de 1983. Este também foi aumentado após campanha vacinal, chegando a 67%.

(**) Dados fornecidos pelo médico-supervisor do Centro de Habilitação da APAE/SP, Francisco Assumpção Jr.

13,89% devido a problema familiar (falta de acompanhante e de condições de pagar o transporte) (*).

(2) A APAE/SP não atende indivíduos que apresentam exclusivamente deficiência motora, a qual pode ser uma das seqüelas do sarampo.

(3) A instituição é ponto de referência para atendimento de crianças com fenil-cetonúria, supondo-se que atenda praticamente todos os acometidos por essa doença (*). Ora, em 1985 foram atendidas 7 crianças portadoras de fenil-cetonúria (0,63% da demanda atendida). Chama a atenção, ao se comparar estes dados com os do sarampo o quanto este último deve estar sub-representado na demanda atendida, sabendo-se quão elevada é sua incidência. (Segundo o ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL 1986 ³, foram notificados 116.781 casos de sarampo no Brasil naquele ano, dado esse que é sabidamente sub-notificado. A incidência da doença, segundo a mesma fonte, aumentou de 31 por 100.000 habitantes e em 1982 para 84,3 em 1986. Mesmo que se leve em conta que o sarampo assume proporções epidêmicas a cada 2 ou 3 anos, e que, em 1984, houve aumento nas Américas, países como EUA e Canadá que tem uma excelente cobertura vacinal saíram indenes¹²).

(4) Já pude observar muitas vezes, em famílias do estrato social e econômico mais baixo, que muitas deficiências mentais ou motoras são encaradas como aceitáveis, como designio divino, não implicando em procura de recursos para minimizá-las. Não se deve perder de vista que esta deve ser a população que tem, possivelmente a maior incidência de sarampo, porque vacinam muito menos do que os estratos melhor aquinhoados. Tem provavelmente, portanto, maior incidência de complicações e seqüelas não tratadas, além de desconhecidas em sua magnitude.

(5) E, finalmente, não podemos esquecer que tanto as encefalites quanto a PEESA podem ser mortais, aquelas a curto ou longo prazo e estas a longo. Só foram atendidas pela APAE/SP crianças com danos causados por encefalites, tendo-se que descartar as que já haviam falecido durante a hospitalização devido às seqüelas. Não foram atendidas crianças portadoras de PEESA:

Esta série de motivos faz supor que as 6 crianças atendidas são minúscula parcela das que tiveram seqüelas neurológicas pelo sarampo

CONCLUSÕES

Devemos fazer rotineiramente análise de informações como estas, com vistas à elaboração de planos de assistência. Quanto a esta última julgo proveitoso usar como método a história natural da doença⁸, por ser abrangente e de fácil aplicação.

No presente caso pode-se fazer o seguinte plano de atuação, que pode ser

(*) Dados fornecidos pelo médico supervisor do Centro de Habilitação da APAE/SP, Francisco Assumpção Jr.

aumentado, pois não esgota o assunto.

Prevenção Primária

(Promoção da Saúde e Proteção Específica):

- (1) Educação do cliente ou paciente sobre imunização, reações, época adequada de vacinação, etc.
- (2) Educação da comunidade: vizinhos, amigos, colegas, etc.
- (3) Avaliação da cobertura vacinal.
- (4) Elaboração de planos de cobertura vacinal e implantação dos mesmos.
- (5) Elaboração de campanhas de divulgação sobre importância da imunização através de meios de comunicação de massa.
- (6) Aplicação da imunização. Avaliação das condições de estocagem e administração.

Prevenção Secundária

(Diagnóstico e Tratamento Precoce, e, Limitação da Invalidez):

- (1) Encaminhamento de indivíduo com suspeita da doença para diagnóstico.
- (2) Encaminhamento para hospitalização, se necessário: desnutrição grave; acometimento pulmonar ou neurológico.
- (3) Prevenção de hospitalismo permitindo a livre entrada dos pais ou responsáveis².

Prevenção Terciária

(Reabilitação):

- (1) Encaminhamento da criança à instituição de doentes mentais e/ou motores, para diagnóstico e tratamento. Se necessário é possível fazer treinamento dos pais ou responsáveis nas atividades de reabilitação da criança.
- (2) Implantar e implementar programas de reabilitação infantil em instituições de saúde.
- (3) Em instituições que trabalham com população infantil realizar atividades com as crianças (tais como dramatização) que as levem a sentir empatia pelos portadores de deficiências. Quanto aos pais e adultos de um modo geral devem ser educados para perceberem tais problemas, após o que poderão tentar resolvê-los ou amenizá-los.

Devemos ter em mente que o sarampo deve ser evitado a qualquer custo, e que isto pode ser feito quer trabalhemos com crianças, com adultos, em atividade preventiva ou curativa. Em cada nível há ações específicas que podem ser exercidas.

REZENDE, M.A. Nursing care and the neurological sequelae of measles. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(2): - , Aug. 1989.

The neurological sequelae after measles can be encephalitis or subacute sclerosing pan-encephalitis (SSPE). The encephalitis is lethal in 15-18% of the patients, that can rest handicapped at 25%. The SSPE is always lethal. The social and economical consequences of these problems are emphasised. It is suggested nursing care by Leavell & Clark levels of prevention.

UNITERMS: *Nursing care. Measles.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALZUGARAY, D. & ALZUGARAY, C. Crescimento econômico e arrocho salarial. - In: ———. *Retrato do Brasil*. São Paulo, Ed. Três, 1984. v.3, p. 157-62.
2. ANGELO, M. Visitas restritas a crianças hospitalizadas: uma barreira para a interação mãe-filho. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 17(3): 229-34, 1983.
3. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL: 1986. Rio de Janeiro, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1987.
4. CANELAS, H.M. et alii. Subacute sclerosing leucoencephalitis: an epidemiological, clinical and biochemical study of 31 cases. *Arq. Neuropsiquiatr.*, São Paulo, 25(4): 255-68, 1967.
5. DIAMENT, A.J. Neurovíroses. In: MARCONDES, E. *Pediatria básica*. São Paulo, Sarvier, 1986. v.1, p. 754.
6. GRANT, J. *Situação mundial da infância 1987*. Brasília, UNICEF, 1987. p. 43.
7. ———. *Situação mundial da infância 1988*. Brasília, UNICEF, 1988. p. 13, 51-3.
8. LEAVELL, H. & CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill, 1977. p. 17.
9. McDONALD, R. SSPE (subacute sclerosing panencephalitis): is measles vaccination promote or preventive? *Clin. Pediatr.*, Philadelphia, 16: 124-27, 1977.
10. MODLIN, J.F. et alii. Epidemiology of sub-acute sclerosing panencephalitis. *J. Pediatr.*, St. Louis, 94: 231-36, 1976.
11. MORLEY, D. *Pediatria no mundo em desenvolvimento: prioridades*. São Paulo, Paulinas, 1980. cap. 12.
12. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Las condiciones de la salud en las Americas: 1981-1984*. Washington, 1986. v.1, p. 60. (Publicação científica, 500).
13. OSELKA, G. Doenças exantemáticas. In: MARCONDES, E. *Pediatria básica*. São Paulo, Sarvier, 1986. v.2, p. 884-5.
14. OSELKA, G. et alii. Higiene anti-infecciosa. In: MARCONDES, E. *Pediatria básica*. São Paulo, Sarvier, 1986. v.1, p. 126.
15. PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Health conditions in the Americas: 1981-1984*. Washington, 1986. v.2, p. 57-9 (Publicação científica, 500).
16. REY, M. et alii. Situación del sarampión en Francia. In: KATZ, S.L. et alii. *Simposio Internacional sobre inmunización contra el sarampión*. Washington, Organización Panamericana da Saúde, 1985. p. 55-63.
17. SEVER, J.L. Infección sarampiosa persistente del sistema nervioso central: panencefalitis esclerosante subaguda. In: KATZ, S.L. et alii. *Simposio internacional Inmunización contra el Sarampión*. Washington, Organización Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 1985. p. 101-10.
18. UNICEF. *Impacto da recessão sobre as crianças: estudo especial do UNICEF*. Brasília, UNICEF, 1984. 32p.

Recebido para publicação em 29/07/88.