ReGeo ISSN: 2177-3246

ATUALIZAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS E DE MANEJO DA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

EPIDEMIOLOGICAL AND MANAGEMENT UPDATES OF GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME: A SYSTEMATIC REVIEW

ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y DE MANEJO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

https://doi.org/10.56238/revgeov17n9-174

Data de submissão: 10/08/2026 **Data de publicação:** 24/09/2026

Matheus de Souza Machado Barboza
Graduando em Medicina
E-mail: matheusmachado0818@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/2487654517757545

Renato Soares de Assis
Graduando em Medicina
E-mail: renatosoares.med@yahoo.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/1678320660262528

Victoria Karolyne dos Santos Gonçalves Costa
Graduanda em Medicina
E-mail: victoriakarolynegc@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/2347243716575345

Vitor Hugo de Abreu Barone
Graduando em Medicina
E-mail: vitorhugobarone@yahoo.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/6465299614800594

Maísa Lima Rezende
Graduanda em Medicina
E-mail: rezendemaisa14@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8218639181522259

Anna Júlia Silva e Silva
Graduanda em Medicina
E-mail: annaj.silva@hotmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/3326023656957043

Lucas Ferreira Garcia
Médico
E-mail: lfgarcia119@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7597476104582269

Rute Nascimento da Silva
Doutorado
Lattes: http://lattes.cnpq.br/5965248224065334

RESUMO
A síndrome de Guillain-Barré é uma polirradiculoneuropatia imunomediada aguda, rara e potencialmente fatal, cuja epidemiologia varia conforme idade, sexo, território e circulação de agentes infecciosos. Esta revisão sistemática sintetizou atualizações epidemiológicas, diagnósticas, prognósticas e terapêuticas publicadas entre 2020 e setembro de 2026, preservando estudos seminais indispensáveis. Foram consultados PubMed/MEDLINE, SciELO e documentos de sociedades neurológicas, com seleção orientada pelo PRISMA 2020. A busca estruturada no PubMed identificou 240 registros; sete documentos adicionais foram localizados por busca manual. Após triagem, 14 estudos e diretrizes compuseram a síntese. A incidência global permanece próxima de 1–2 casos por 100 mil pessoas-ano, aumenta com a idade e apresenta discreto predomínio masculino. No Brasil, elevações de hospitalizações acompanharam a emergência de arboviroses, especialmente Zika. O diagnóstico continua clínico, apoiado por líquido cefalorraquidiano e estudos eletrofisiológicos, sem que resultados iniciais normais excluam a doença. Imunoglobulina intravenosa e plasmaférese apresentam eficácia semelhante quando indicadas precocemente; corticosteroides não são recomendados, e uma segunda dose de imunoglobulina baseada apenas em prognóstico desfavorável não demonstrou benefício. Monitorização respiratória e autonômica, prevenção de complicações, analgesia e reabilitação são componentes centrais. Persistem lacunas sobre biomarcadores, terapias de resgate, desigualdades de acesso e vigilância em países de renda média. Conclui-se que o reconhecimento precoce e o cuidado multidisciplinar protocolizado permanecem determinantes para reduzir mortalidade e incapacidade.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain-Barré. Epidemiologia. Imunoglobulina Intravenosa.

ABSTRACT
Guillain-Barré syndrome is a rare, acute, immune-mediated polyradiculoneuropathy with potentially fatal respiratory and autonomic complications. This systematic review synthesized epidemiological, diagnostic, prognostic and therapeutic updates published from 2020 to September 2026, while retaining essential landmark studies. PubMed/MEDLINE, SciELO and neurological society documents were searched following PRISMA 2020. The structured PubMed search identified 240 records and seven additional documents were located manually; 14 studies and guidelines were included. Global incidence remains approximately 1–2 cases per 100,000 person-years, increases with age and shows a slight male predominance. In Brazil, hospitalization peaks followed the emergence of arboviruses, particularly Zika. Diagnosis remains clinical and is supported by cerebrospinal fluid and electrophysiology, although normal early tests do not exclude the syndrome. Intravenous immunoglobulin and plasma exchange have similar effectiveness when used early; corticosteroids are not recommended, and a second immunoglobulin course based solely on poor prognosis has not shown benefit. Respiratory and autonomic monitoring, complication prevention, pain control and rehabilitation are essential. Important gaps remain regarding biomarkers, rescue therapies, access inequalities and surveillance in middle-income countries.

Keywords: Guillain-Barré Syndrome. Epidemiology. Intravenous Immunoglobulin.

RESUMEN
El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía inmunomediada aguda, rara y potencialmente fatal, cuya epidemiología varía según la edad, el sexo, el territorio y la circulación de

agentes infecciosos. Esta revisión sistemática sintetizó actualizaciones epidemiológicas, diagnósticas, pronósticas y terapéuticas publicadas entre 2020 y septiembre de 2026, preservando estudios seminales indispensables. Se consultaron PubMed/MEDLINE, SciELO y documentos de sociedades neurológicas, con selección orientada por PRISMA 2020. La búsqueda estructurada en PubMed identificó 240 registros; siete documentos adicionales se localizaron mediante búsqueda manual. Tras el cribado, 14 estudios y directrices compusieron la síntesis. La incidencia global se mantiene cercana a 1–2 casos por 100 mil personas-año, aumenta con la edad y presenta un leve predominio masculino. En Brasil, los aumentos de hospitalizaciones acompañaron la emergencia de arbovirus, especialmente Zika. El diagnóstico sigue siendo clínico, apoyado por líquido cefalorraquídeo y estudios electrofisiológicos, sin que los resultados iniciales normales excluyan la enfermedad. La inmunoglobulina intravenosa y el intercambio de plasma tienen eficacia similar cuando se indican precozmente; los corticosteroides no se recomiendan, y una segunda dosis de inmunoglobulina basada únicamente en un pronóstico desfavorable no demostró beneficio. La monitorización respiratoria y autonómica, la prevención de complicaciones, la analgesia y la rehabilitación son componentes centrales. Persisten lagunas sobre biomarcadores, terapias de rescate, desigualdades de acceso y vigilancia en países de renta media. Se concluye que el reconocimiento precoz y la atención multidisciplinaria protocolizada siguen siendo determinantes para reducir la mortalidad y la incapacidad.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré. Epidemiología. Inmunoglobulina Intravenosa.

1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Guillain-Barré (SGB) reúne um grupo heterogêneo de neuropatias inflamatórias agudas do sistema nervoso periférico, caracterizadas por fraqueza progressiva, redução ou ausência de reflexos e combinação variável de sintomas sensitivos, cranianos, autonômicos e respiratórios. Embora rara, constitui a causa mais frequente de paralisia flácida aguda em muitos países após a redução da poliomielite e permanece uma emergência neurológica pela possibilidade de deterioração rápida.

A fisiopatologia envolve resposta imune direcionada contra componentes dos nervos periféricos e raízes. Em parte dos casos, o mimetismo molecular após infecções induz anticorpos contra gangliosídeos e lesão de mielina ou axônio. Campylobacter jejuni é o antecedente mais bem estabelecido; citomegalovírus, Epstein-Barr, Mycoplasma pneumoniae, influenza, SARS-CoV-2 e arbovírus também foram associados, com forças de evidência diferentes (WILLISON; JACOBS; VAN DOORN, 2016).

A incidência mundial tradicionalmente estimada entre 1,1 e 1,8 caso por 100 mil habitantes/ano aumenta acentuadamente após os 50 anos e apresenta discreto predomínio em homens (SEJVAR *et al.*, 2011). Estimativa global mais recente encontrou incidência agrupada de 1,12 por 100 mil pessoas-ano, mas confirmou heterogeneidade geográfica e metodológica (ZHENG *et al.*, 2024). A variação decorre de estrutura etária, exposição a infecções, critérios diagnósticos, acesso hospitalar e qualidade dos sistemas de vigilância.

No Brasil, a emergência de Zika e chikungunya modificou o padrão epidemiológico. Entre 2008 e 2017 foram registradas 15.512 hospitalizações por SGB no Sistema Único de Saúde. A média anual de 1.344 internações entre 2008 e 2014 subiu para 1.953 em 2015, incremento de 45%, com níveis epidêmicos no Nordeste em 2015 e 2016 (MALTA; RAMALHO, 2020). A experiência evidenciou a importância da vigilância integrada entre síndromes neurológicas e doenças infecciosas emergentes.

A atualização do manejo é igualmente necessária. A diretriz conjunta da European Academy of Neurology e Peripheral Nerve Society, publicada em 2023, consolidou recomendações sobre critérios diagnósticos, imunoterapia, monitorização e prognóstico. O documento reafirma equivalência entre imunoglobulina intravenosa e plasmaférese em pacientes incapazes de caminhar sem auxílio, limita o uso de esquemas não comprovados e enfatiza cuidados de suporte (VAN DOORN *et al.*, 2023).

A pergunta norteadora foi: quais mudanças epidemiológicas e quais atualizações no diagnóstico, monitoramento e tratamento da SGB foram consolidadas pela literatura contemporânea? O objetivo geral foi sintetizar evidências recentes sobre carga da doença e manejo clínico. Como objetivos específicos, buscou-se descrever padrões de incidência e fatores precipitantes; examinar

avanços diagnósticos; comparar terapias modificadoras; identificar práticas de suporte e reabilitação; e mapear lacunas relevantes para o Brasil.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ESPECTRO CLÍNICO, IMUNOPATOGÊNESE E VARIANTES

A apresentação clássica envolve fraqueza bilateral relativamente simétrica, geralmente ascendente, que alcança o nadir em até quatro semanas. Parestesias, dor radicular ou neuropática, paralisia facial, disfagia e instabilidade autonômica podem anteceder ou acompanhar o déficit motor. A ausência de sinais sensitivos proeminentes não exclui o diagnóstico. Cerca de um quarto dos pacientes pode desenvolver insuficiência respiratória em séries internacionais, embora proporções variem conforme gravidade e acesso à unidade de terapia intensiva (VAN DEN BERG *et al.*, 2014).

A polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda predomina na Europa e América do Norte, enquanto neuropatia axonal motora aguda e neuropatia axonal sensitivo-motora apresentam maior frequência em partes da Ásia e América Latina. A síndrome de Miller Fisher, caracterizada por oftalmoplegia, ataxia e arreflexia, integra o espectro. Formas faríngeo-cérvico-braquial, paraparética, facial bilateral com parestesias e encefalite de tronco de Bickerstaff ampliam a heterogeneidade.

Anticorpos antigangliosídeos oferecem suporte em fenótipos selecionados: anti-GQ1b associa-se fortemente à síndrome de Miller Fisher, enquanto anti-GM1 e anti-GD1a são relacionados a formas axonais. A utilidade clínica rotineira, contudo, é limitada pela disponibilidade, tempo de resposta e sensibilidade variável. A classificação eletrofisiológica também pode mudar em exames seriados, especialmente nos primeiros dias.

2.2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

O diagnóstico permanece clínico. Os critérios do National Institute of Neurological Disorders and Stroke e os critérios de Brighton estruturam níveis de certeza, mas não substituem o julgamento clínico. Sinais de alerta contra SGB incluem nível sensitivo definido, pleocitose acentuada, hiperreflexia persistente fora de variantes reconhecidas, disfunção esfincteriana precoce e assimétrica, febre no início dos sintomas neurológicos e progressão além de oito semanas.

A dissociação albuminocitológica no líquido cefalorraquidiano, com proteína elevada e celularidade normal ou discretamente aumentada, pode estar ausente na primeira semana. Pleocitose leve exige investigação contextual; contagens mais altas sugerem infecção, neoplasia ou outra inflamação. Estudos de condução nervosa confirmam neuropatia e auxiliam na subclassificação, mas resultados iniciais normais ou equívocos justificam repetição.

Entre os diagnósticos diferenciais estão mielite transversa, compressão medular, miastenia gravis, botulismo, neuropatias tóxicas ou metabólicas, porfiria, paralisia periódica e doença do neurônio motor. Em regiões com arboviroses, mielite, encefalite e neuropatias infecciosas podem coexistir. Ressonância magnética não é necessária rotineiramente, mas pode excluir lesões centrais e demonstrar realce de raízes sem especificidade.

2.3 PRINCÍPIOS CONTEMPORÂNEOS DE MANEJO

O tratamento combina imunoterapia e suporte intensivo. Imunoglobulina intravenosa, na dose total de 2 g/kg geralmente distribuída em cinco dias, e plasmaférese apresentam benefício semelhante quando iniciadas no período apropriado. A escolha considera disponibilidade, contraindicações, estabilidade hemodinâmica, acesso vascular, risco trombótico, função renal e experiência do serviço.

A gravidade não é definida apenas pela marcha. Fraqueza bulbar, rápida progressão, disautonomia, incapacidade de tossir e redução de parâmetros respiratórios podem exigir unidade intensiva mesmo antes da ventilação mecânica. A escala Erasmus GBS Respiratory Insufficiency Score auxilia a estimar risco de insuficiência respiratória, e a modified Erasmus GBS Outcome Score contribui para prognóstico funcional, sem substituir avaliações seriadas.

Cuidados de suporte incluem profilaxia de tromboembolismo, prevenção de lesão por pressão, fisioterapia respiratória, posicionamento, nutrição segura, manejo de dor, vigilância de retenção urinária e íleo, comunicação e suporte psicológico. A disautonomia pode causar flutuações pressóricas, arritmias e morte súbita; intervenções devem ser cautelosas pela instabilidade e hipersensibilidade a fármacos.

3 METODOLOGIA

Foi realizada revisão sistemática de atualização, conduzida conforme os itens aplicáveis do PRISMA 2020. O protocolo definiu população composta por crianças e adultos com SGB; exposição ou intervenção envolvendo fatores epidemiológicos, diagnóstico, imunoterapia e suporte; comparadores usuais ou ausência de comparador; e desfechos de incidência, mortalidade, ventilação, incapacidade, recuperação e eventos adversos.

A busca eletrônica foi executada em 17 de setembro de 2026 no PubMed/MEDLINE, complementada por SciELO, páginas de sociedades neurológicas e rastreamento das referências dos documentos centrais. Utilizaram-se os termos “Guillain-Barre Syndrome”, “epidemiology”, “incidence”, “management”, “treatment”, “systematic review”, “meta-analysis”, “guideline”, “randomized controlled trial” e “cohort”, combinados por AND e OR. O recorte principal foi janeiro

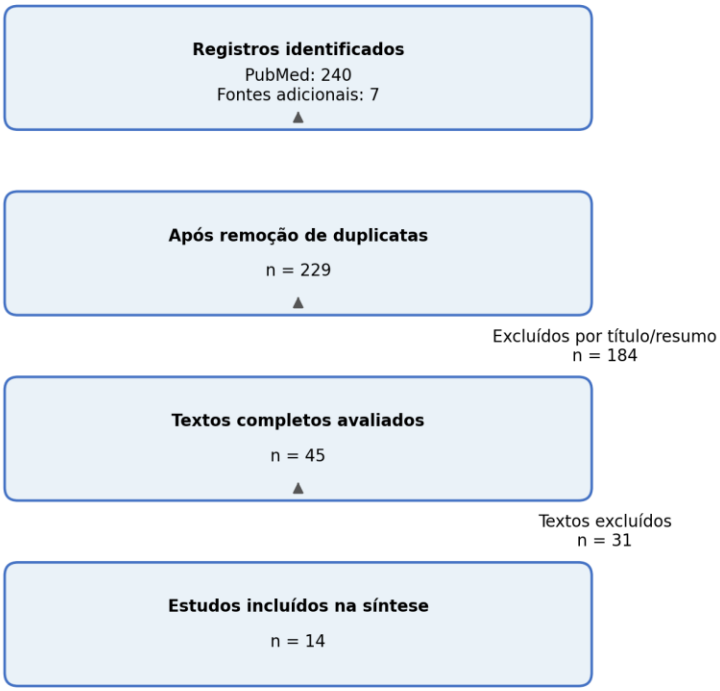
de 2020 a setembro de 2026; estudos anteriores foram aceitos quando constituíam ensaios, revisões ou referências fundamentais.

Foram incluídas diretrizes baseadas em evidências, revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos, coortes e estudos epidemiológicos com definição explícita de SGB. Excluíram-se relatos isolados, séries muito pequenas sem contribuição epidemiológica ou terapêutica, opiniões, duplicatas, estudos sem dados separáveis e publicações sem texto ou metadados verificáveis.

A busca estruturada no PubMed retornou 240 registros e a busca manual acrescentou sete documentos. Após remoção de duplicatas, 229 títulos e resumos foram avaliados; 45 textos completos foram examinados e 14 documentos compuseram a síntese qualitativa. As exclusões em texto completo decorreram de desenho inadequado, população não separável, ausência de desfecho pertinente ou sobreposição de amostras.

Dados foram extraídos para autoria, ano, território, desenho, amostra, critério diagnóstico, exposição ou intervenção e principais resultados. A qualidade foi apreciada segundo adequação do desenho, clareza da seleção, mensuração dos desfechos, controle de confundimento e consistência. Devido à heterogeneidade clínica e metodológica, não foi realizada nova metanálise; medidas agrupadas publicadas foram reproduzidas com atribuição explícita.

Figura 1. Fluxo de seleção dos estudos



Fonte: elaboração própria conforme PRISMA 2020.

Quadro 1. Estratégia metodológica e critérios de elegibilidade

Componente	Definição
População	Pessoas com síndrome de Guillain-Barré, de qualquer idade.
Temas	Epidemiologia, diagnóstico, prognóstico, tratamento, suporte e reabilitação.
Desenhos	Diretrizes, revisões sistemáticas, ensaios, coortes e estudos populacionais.
Período	2020 a setembro de 2026, com estudos seminais anteriores.
Exclusões	Relatos isolados, duplicatas, amostras não separáveis e fontes não verificáveis.
Síntese	Narrativa e comparativa, sem nova metanálise.

Fonte: elaboração própria com base nas referências citadas.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

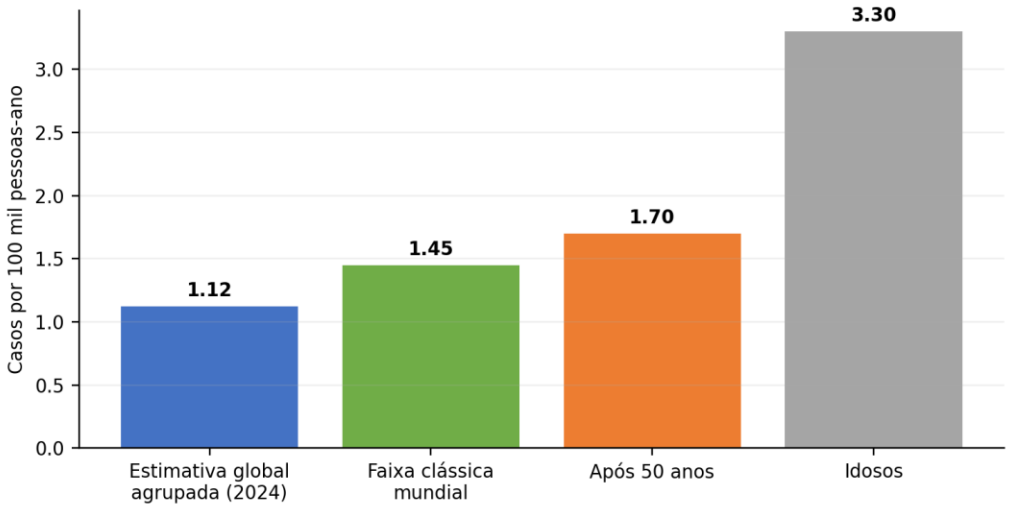
4.1 INCIDÊNCIA, IDADE, SEXO E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

A síntese confirmou incidência baixa, mas consistente, com heterogeneidade substancial. A revisão clássica de Sejvar *et al.* (2011) estimou 1,1–1,8 caso por 100 mil habitantes/ano e aumento de 1,7 para 3,3 por 100 mil após os 50 anos. A análise mundial recente encontrou 1,12 caso por 100 mil pessoas-ano, com diferenças regionais que refletem demografia, desenho e vigilância (ZHENG *et al.*, 2024).

O predomínio masculino é recorrente, geralmente entre 1,3 e 1,8 homem para cada mulher. No estudo de Brasília, 63 dos 100 pacientes eram homens. Idade avançada associa-se a maior incidência e pior recuperação, mas crianças também são acometidas. Estudos de países de renda baixa podem subestimar casos leves e óbitos ocorridos antes da referência neurológica.

A sazonalidade é inconsistente globalmente. Ela pode emergir quando infecções precipitantes possuem padrões climáticos marcados. Em São Paulo, 62,1% dos casos ocorreram entre setembro e março; no Distrito Federal, observou-se discreto predomínio no período chuvoso, sem diferença expressiva entre semestres (ROCHA *et al.*, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Gráfico 1. Estimativas selecionadas de incidência da síndrome de Guillain-Barré



Fonte: Sejvar *et al.* (2011) e Zheng *et al.* (2024).

4.2 INFECÇÕES PRECIPITANTES, ARBOVIROSES E COVID-19

Até dois terços dos pacientes relatam infecção respiratória ou gastrointestinal nas semanas anteriores. A relação com Campylobacter jejuni possui maior consistência causal e associa-se a anticorpos antigangliosídeos e variantes axonais. O perfil do agente influencia fenótipo e prognóstico, mas a infecção antecedente raramente é identificada no atendimento clínico por desaparecimento do patógeno ou ausência de testes.

A epidemia de Zika demonstrou como um agente emergente pode alterar abruptamente a carga de SGB. O aumento brasileiro de 45% nas hospitalizações em 2015 e os níveis epidêmicos no Nordeste coincidiram com a rápida disseminação de Zika e chikungunya (MALTA; RAMALHO, 2020). A associação entre Zika e SGB foi reproduzida em diferentes territórios, embora a quantificação dependa da confirmação laboratorial e da intensidade da vigilância.

Durante a pandemia, séries e estudos caso-controle investigaram SARS-CoV-2. A infecção pode preceder SGB, mas análises populacionais não sustentaram aumento uniforme proporcional à circulação viral; medidas de distanciamento também reduziram outros agentes precipitantes. Quanto às vacinas, sinais de segurança variaram por plataforma, com risco absoluto muito baixo e necessidade de comparação com o risco neurológico após infecção. A interpretação exige desenho controlado e evita inferências a partir de relatos isolados.

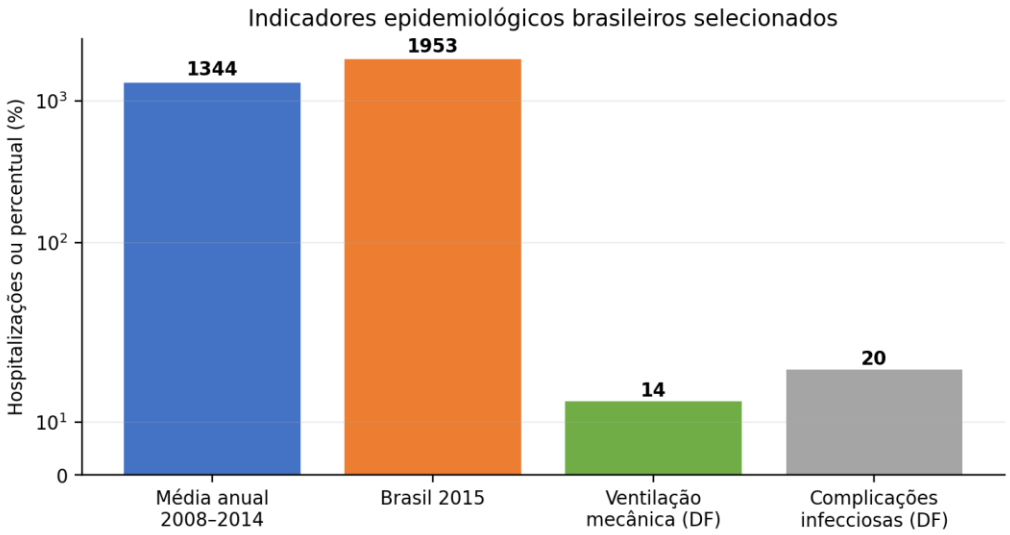
A associação causal entre infecção e SGB exige coerência temporal, força de associação e plausibilidade biológica. A simples detecção sorológica não prova antecedência, sobretudo em áreas endêmicas. Estudos robustos comparam a frequência de infecção recente entre casos e controles, documentam intervalo de uma a seis semanas e avaliam fenótipos. Esse rigor é particularmente importante para arbovírus, cujos sintomas se sobrepõem e cujos testes podem apresentar reação cruzada.

Campylobacter jejuni permanece relacionado a formas motoras axonais e recuperação potencialmente mais lenta, embora regeneração e reversão de bloqueio nodal produzam trajetórias variadas. Citomegalovírus é associado a maior envolvimento sensitivo e craniano. A distribuição dos antecedentes varia por idade e região, de modo que painéis universais de testes têm baixo rendimento. A investigação deve ser orientada por exposição, sintomas e relevância para saúde pública.

Após vacinação, a avaliação de segurança precisa considerar janela de risco, incidência de fundo e benefícios preventivos. Sinais raros podem emergir para produtos específicos sem constituir efeito de classe. Comunicar risco absoluto evita hesitação desproporcional. Para o paciente individual, notificação e investigação são indicadas, mas o artigo não sustenta contraindicação generalizada; decisões posteriores devem seguir autoridades sanitárias e especialistas.

A queda de algumas infecções respiratórias e gastrointestinais durante medidas pandêmicas oferece uma experiência natural sobre fatores precipitantes. Em determinados locais, diagnósticos de SGB diminuíram apesar da circulação de SARS-CoV-2, reforçando que múltiplas exposições influenciam a incidência. Diferenças entre vigilância, busca de atendimento e capacidade hospitalar, contudo, limitam comparações temporais simples.

Gráfico 2. Indicadores epidemiológicos brasileiros selecionados



Fonte: Malta e Ramalho (2020) e Oliveira *et al.* (2021).

4.3 DIAGNÓSTICO PRECOCE E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A diretriz de 2023 recomenda considerar SGB em fraqueza rapidamente progressiva, especialmente com hiporreflexia, mesmo quando a distribuição não é ascendente. O tempo entre início e nadir, sinais cranianos, dor, sintomas autonômicos e infecção precedente devem ser documentados. Exame respiratório seriado é obrigatório, pois dispneia pode surgir tardiamente.

Capacidade vital forçada, pressão inspiratória máxima e força de tosse são mais informativas em série do que isoladamente. A regra 20/30/40 — capacidade vital abaixo de 20 mL/kg, pressão inspiratória máxima menos negativa que −30 cmH2O ou pressão expiratória máxima abaixo de 40 cmH2O — funciona como alerta, não como limiar absoluto. Fraqueza bulbar e declínio rápido justificam intubação planejada antes de colapso.

Líquido cefalorraquidiano e neurofisiologia aumentam certeza e excluem alternativas, mas a sensibilidade precoce é limitada. O tratamento não deve ser atrasado quando o quadro clínico é típico e progressivo. Ultrassonografia de nervos, ressonância de raízes, neurofilamento leve e outros biomarcadores permanecem promissores, porém ainda não substituem avaliação clínica e eletrofisiológica.

A avaliação inicial deve registrar força pela escala Medical Research Council, escore de incapacidade da SGB, reflexos, nervos cranianos, sensibilidade, coordenação e marcha quando segura. A tendência ao longo de horas é mais útil que uma fotografia isolada. Incapacidade de elevar a cabeça, contagem respiratória curta, voz fraca e acúmulo de secreções indicam risco, mesmo com oximetria normal.

Gasometria e saturação são marcadores tardios de hipoventilação neuromuscular. O paciente pode manter oxigenação até fadiga avançada; fornecer oxigênio isoladamente pode mascarar deterioração. Medidas respiratórias devem ser repetidas pelo mesmo método, reconhecendo limitações por dor, cooperação e fraqueza facial. Intubação planejada reduz complicações comparada à emergência durante parada ou aspiração.

Disautonomia requer telemetria e monitorização de pressão. Taquicardia sinusal é comum, mas bradicardia, assistolia, hipertensão paroxística e hipotensão podem alternar. Aspiração traqueal, mudança de posição e fármacos podem precipitar eventos. Preferem-se intervenções tituláveis e de curta ação; volumes e anti-hipertensivos devem ser usados com prudência para evitar oscilações extremas.

O prognóstico deve ser comunicado como faixa de possibilidades. Idade, diarreia antecedente, gravidade inicial, velocidade de progressão e baixa amplitude dos potenciais motores associam-se a recuperação mais lenta. Escores EGRIS e mEGOS apoiam planejamento de ventilação e reabilitação, porém não justificam negar cuidado nem indicar imunoterapia adicional não comprovada.

4.4 IMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA E PLASMAFÉRESE

Imunoglobulina intravenosa e plasmaférese são as únicas terapias modificadoras com eficácia estabelecida. A diretriz EAN/PNS recomenda IVIg 0,4 g/kg/dia por cinco dias em pacientes incapazes de caminhar sem auxílio tratados até duas semanas do início, admitindo consideração entre duas e quatro semanas. Plasmaférese, usualmente quatro a cinco trocas, é recomendada dentro de quatro semanas, com maior evidência quando iniciada precocemente (VAN DOORN *et al.*, 2023).

A equivalência média não significa intercambialidade individual. IVIg é mais simples de administrar, mas exige atenção a trombose, hemólise, insuficiência renal, sobrecarga e deficiência de IgA. Plasmaférese demanda acesso vascular e estabilidade hemodinâmica, podendo causar hipotensão, infecção, sangramento e alterações eletrolíticas. Disponibilidade e custo influenciam a escolha em sistemas de saúde.

A combinação sequencial rotineira não melhora desfechos e pode remover imunoglobulina circulante quando plasmaférese é realizada logo após IVIg. Flutuação relacionada ao tratamento, definida por piora após melhora ou estabilização inicial, ocorre em minoria e requer reavaliação. Progressão contínua por mais de oito semanas ou múltiplas recaídas sugere polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica de início agudo.

4.5 ESTRATÉGIAS SEM BENEFÍCIO COMPROVADO E TERAPIAS EMERGENTES

Corticosteroides orais ou intravenosos não aceleram recuperação e não são recomendados como monoterapia. A adição de metilprednisolona à IVIg não produziu benefício clínico robusto. Esse contraste com outras neuropatias inflamatórias reforça que mecanismos e respostas terapêuticas não podem ser extrapolados automaticamente.

O ensaio SID-GBS avaliou uma segunda dose de IVIg em pacientes com prognóstico desfavorável. Não houve melhora significativa e eventos adversos graves foram mais frequentes, razão pela qual o retratamento baseado apenas em escore prognóstico não é recomendado (WALGAARD *et al.*, 2021). Em piora verdadeira, é essencial revisar diagnóstico, complicações e flutuação antes de considerar terapia adicional.

Inibidores do complemento, moduladores Fc e outras terapias direcionadas estão em investigação. A heterogeneidade dos subtipos pode exigir biomarcadores para selecionar pacientes. Até que ensaios demonstrem benefício funcional e segurança, essas abordagens não devem substituir IVIg, plasmaférese e suporte protocolizado.

A ausência de resposta imediata após IVIg não representa necessariamente falha. A imunoterapia interrompe ou atenua o processo imune, mas remielinização e regeneração axonal levam tempo. Repetir tratamento por ansiedade diante de déficit persistente expõe o paciente a risco sem evidência. O curso clínico, a confirmação diagnóstica e a ocorrência de nova piora objetiva devem orientar reavaliação.

Em pacientes com contraindicação relativa à IVIg, plasmaférese pode ser preferida; em instabilidade autonômica grave, o procedimento também pode ser difícil. Não existem dados suficientes para afirmar superioridade por subtipo eletrofisiológico. Em crianças, ambos os tratamentos são utilizados, mas IVIg é frequentemente escolhida pela praticidade, com dose ajustada ao peso e atenção a sobrecarga.

Gravidez e puerpério exigem coordenação entre neurologia, obstetrícia, anestesia e terapia intensiva. SGB não determina automaticamente interrupção da gestação. IVIg e plasmaférese podem ser considerados conforme gravidade; prevenção tromboembólica, função respiratória e plano de parto devem ser individualizados. Evidências derivam principalmente de séries e experiência clínica, o que reforça cuidado especializado.

Terapias dirigidas ao complemento procuram limitar lesão nodal e axonal antes que se torne irreversível. Resultados biologicamente promissores não garantem benefício clínico, pois o momento da intervenção é curto e a doença é heterogênea. Ensaios futuros necessitam início muito precoce, estratificação por anticorpos e desfechos sensíveis à velocidade e qualidade da recuperação.

4.6 TERAPIA INTENSIVA, COMPLICAÇÕES E REABILITAÇÃO

A decisão de transferência para terapia intensiva deve antecipar insuficiência respiratória, disautonomia grave ou comprometimento bulbar. No estudo brasileiro do Distrito Federal, 14% necessitaram ventilação mecânica e 20% apresentaram complicações infecciosas (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Pneumonia associada à ventilação, sepse, tromboembolismo e arritmias contribuem para mortalidade evitável.

Dor ocorre em proporção elevada e pode persistir após recuperação motora. Gabapentinoides, carbamazepina e analgesia multimodal são utilizados, com monitoramento de sedação e fraqueza. Opioides podem ser necessários em dor intensa, mas exigem cautela respiratória e gastrointestinal. Fisioterapia não deve provocar exaustão; mobilização progressiva busca prevenir contraturas e perda condicionante.

A recuperação se estende por meses ou anos. Fadiga, dor, fraqueza distal, ansiedade, depressão e limitação laboral persistem mesmo após retorno da marcha. Reabilitação interdisciplinar, órteses, terapia ocupacional, fonoaudiologia e apoio psicossocial devem ser planejados desde a internação. Comunicação sobre prognóstico precisa equilibrar expectativa de melhora e possibilidade de sequelas.

Ventilação prolongada pode exigir traqueostomia, mas o momento deve considerar trajetória, prognóstico e complicações. A comunicação com paciente consciente e tetraparético é prioritária; pranchas, rastreamento ocular e dispositivos assistivos reduzem isolamento. Sedação excessiva dificulta avaliação neurológica e aumenta delirium, enquanto analgesia insuficiente intensifica sofrimento e instabilidade autonômica.

A deglutição deve ser avaliada antes de alimentação oral quando há fraqueza facial, bulbar ou tosse ineficaz. Nutrição enteral precoce pode ser necessária. Constipação, íleo e retenção urinária são comuns pela imobilidade, fármacos e disautonomia. Protocolos de eliminação evitam distensão, infecção e agravamento respiratório.

Tromboprofilaxia farmacológica e mecânica é indicada conforme risco e contraindicações. Mudança de decúbito, proteção ocular em paralisia facial, higiene oral, amplitude passiva e prevenção de neuropatias compressivas devem começar precocemente. Pequenas falhas de suporte podem gerar incapacidade adicional em uma doença cuja recuperação neural já é lenta.

Durante reabilitação, a prescrição de exercício deve respeitar fadiga e recuperação. Fraqueza por desuso se soma à denervação, mas sobrecarga intensa pode piorar exaustão e dor. Metas graduais, intervalos de repouso e acompanhamento de resposta no dia seguinte são preferíveis a progressões padronizadas. Órteses podem estabilizar tornozelo e mão enquanto a reinervação evolui.

O retorno ao trabalho depende mais do que força. Deslocamento, destreza, resistência, dor, cognição percebida e medo de recaída influenciam participação. Reabilitação vocacional e adaptações temporárias podem evitar afastamento permanente. Familiares também necessitam orientação sobre auxílio seguro, autonomia e sinais de complicação.

Embora a SGB seja monopásica na maioria, recorrência verdadeira ocorre em pequena proporção. Nova piora muito tardia exige investigação de recorrência, neuropatia inflamatória crônica, doença metabólica ou outro diagnóstico. Seguimento neurológico permite revisar órteses, dor, fadiga, saúde mental e vacinação de maneira individualizada.

Quadro 2. Atualizações práticas no manejo da síndrome de Guillain-Barré

Domínio	Conduta sustentada	Cuidado ou limitação
Diagnóstico	Clínica apoiada por LCR e neurofisiologia.	Testes iniciais normais não excluem SGB.
IVIg	0,4 g/kg/dia por cinco dias.	Monitorar trombose, rim, hemólise e volume.
Plasmaférese	Quatro a cinco trocas, precocemente.	Exige acesso e estabilidade hemodinâmica.
Corticosteroide	Não recomendado como monoterapia.	Ausência de benefício funcional.
Segunda IVIg	Não usar apenas por mau prognóstico.	Mais eventos adversos no SID-GBS.
Suporte	Monitorização respiratória/autonômica e profilaxias.	Antecipar UTI e evitar intubação de emergência.
Reabilitação	Progressiva e interdisciplinar.	Evitar sobrecarga e reconhecer fadiga persistente.

Fonte: elaboração própria com base nas referências citadas.

5 DISCUSSÃO

Os resultados mostram estabilidade dos fundamentos epidemiológicos e terapêuticos, acompanhada por refinamento do diagnóstico e da seleção de condutas. A incidência continua rara e dependente da idade, mas surtos infecciosos podem produzir aumentos abruptos. A vigilância da SGB funciona, portanto, como instrumento sentinela para agentes emergentes e eventos de saúde pública.

A comparação entre estimativas globais e brasileiras revela subnotificação provável. Taxas hospitalares de 0,54 a 0,6 por 100 mil em estudos locais são inferiores ao intervalo mundial, o que pode refletir população mais jovem, critérios, cobertura geográfica ou perda de casos. Estudos hospitalares terciários descrevem gravidade, mas não estimam com precisão incidência populacional. Bases administrativas ampliam cobertura, porém dependem de codificação.

A diretriz de 2023 fortalece uma abordagem temporal. A janela terapêutica, a velocidade de progressão e as medidas seriadas importam mais que um exame isolado. O reconhecimento de que LCR e eletroneuromiografia podem ser normais precocemente reduz atrasos perigosos. Ao mesmo tempo, critérios de alerta previnem tratamento inadequado de mielopatias, botulismo, miastenia e neuropatias tóxicas.

Em tratamento, a principal atualização é negativa, mas clinicamente importante: mais imunoterapia não significa melhor resultado. A segunda dose de IVIg baseada somente em prognóstico desfavorável não melhorou a evolução e aumentou eventos graves. A combinação sequencial rotineira e corticosteroides também não possuem suporte. Essas evidências evitam custos, riscos trombóticos, renais e infecciosos.

Persistem divergências sobre pacientes que ainda caminham, início tardio, formas variantes e flutuações relacionadas ao tratamento. Grande parte dos ensaios incluiu pacientes incapazes de caminhar e utilizou escalas funcionais relativamente grosseiras. Desfechos centrados no paciente — fadiga, dor, participação, retorno ao trabalho e qualidade de vida — permanecem subrepresentados.

No Brasil, disponibilidade de IVIg, plasmaférese, eletroneuromiografia e UTI varia regionalmente. A escolha terapêutica pode refletir oferta, e não perfil clínico. Protocolos de referência rápida, estoques planejados, teleconsultoria neurológica e transporte seguro podem reduzir atrasos. A integração entre vigilância de paralisia flácida, arboviroses e internações permitiria detectar alterações temporais com maior rapidez.

A revisão também evidencia que sobrevida não encerra o cuidado. Incapacidade residual, dor e fadiga geram demanda prolongada e impacto econômico. Estudos futuros devem incorporar reabilitação, saúde mental, carga do cuidador e reinserção profissional. O benefício de terapias emergentes deve ser medido além da marcha independente.

Quadro 3. Convergências, controvérsias e lacunas

Dimensão	Convergência	Lacuna prioritária
Epidemiologia	Incidência rara, maior em homens e idosos.	Vigilância padronizada em países de renda média.
Diagnóstico	Predominantemente clínico, com exames de apoio.	Biomarcadores precoces e acessíveis.
Imunoterapia	IVIg e plasmaférese são equivalentes em média.	Resgate para não respondedores e variantes.
Suporte	Monitorização respiratória e autonômica é essencial.	Protocolos aplicáveis fora de centros especializados.
Desfechos	Maioria recupera marcha, mas sequelas persistem.	Fadiga, dor, participação e retorno ao trabalho.

Fonte: elaboração própria com base nas referências citadas.

6 LIMITAÇÕES

A revisão combinou desenhos heterogêneos e não realizou metanálise própria. Estudos epidemiológicos utilizaram critérios, faixas etárias, denominadores e sistemas de vigilância diferentes. As estimativas apresentadas não devem ser comparadas como se fossem produzidas pelo mesmo método.

A busca principal concentrou-se no PubMed/MEDLINE, embora SciELO, diretrizes e referências cruzadas tenham sido consultadas. Publicações não indexadas e literatura cinzenta podem ter sido perdidas. A rápida produção relacionada à COVID-19 elevou o número de relatos e séries com risco de viés, exigindo maior peso para estudos controlados.

Dados brasileiros contemporâneos permanecem limitados e frequentemente são hospitalares ou administrativos. Isso reduz a capacidade de estimar incidência real, desigualdades de acesso e desfechos de longo prazo. A síntese não substitui protocolos locais nem julgamento clínico individual.

7 PERSPECTIVAS

As prioridades incluem vigilância populacional com critérios uniformes, biobancos associados a fenótipos, estudos multicêntricos latino-americanos e integração de dados de infecção, vacinação e SGB. Métodos de séries temporais e caso-controle autocontrolado devem ser preferidos para avaliar sinais raros e reduzir confundimento.

No tratamento, ensaios devem selecionar pacientes por mecanismo, subtipo eletrofisiológico e biomarcadores. Inibição do complemento é biologicamente plausível, sobretudo em formas mediadas por anticorpos, mas precisa demonstrar ganho funcional além do cuidado padrão. Estratégias de resgate exigem ensaios específicos, não extrapolação de respostas individuais.

Para o SUS, uma linha de cuidado pode definir sinais de encaminhamento, medidas respiratórias seriadas, acesso regional a IVIg ou plasmaférese, critérios de UTI e plano de reabilitação. Auditoria de tempo entre início, admissão, diagnóstico e imunoterapia permitiria identificar gargalos. A telemedicina pode apoiar hospitais sem neurologista, desde que integrada à transferência quando necessária.

A participação de pacientes deve orientar desfechos. Recuperar a capacidade de caminhar não elimina fadiga, dor, medo de recaída e restrição social. Instrumentos de qualidade de vida e participação precisam ser incorporados a ensaios e coortes de longo prazo.

8 CONCLUSÃO

A revisão sistemática confirmou que a síndrome de Guillain-Barré mantém incidência global aproximada de 1–2 casos por 100 mil pessoas-ano, com aumento relacionado à idade e discreto predomínio masculino. A epidemiologia é sensível à circulação de agentes infecciosos, como demonstrado pelo crescimento das hospitalizações brasileiras durante a emergência de Zika e chikungunya.

O diagnóstico continua clínico e deve ser reconhecido antes que exames complementares se tornem típicos. Líquido cefalorraquidiano e neurofisiologia apoiam a confirmação e a exclusão de alternativas, mas resultados normais na fase inicial não justificam retardar tratamento em quadros progressivos. Monitorização respiratória, bulbar e autonômica seriada é tão importante quanto a imunoterapia.

Imunoglobulina intravenosa e plasmaférese permanecem os tratamentos modificadores eficazes. Corticosteroides não são indicados, a combinação sequencial rotineira não acrescenta benefício e uma segunda dose de IVIg apenas por prognóstico desfavorável deve ser evitada. Cuidados intensivos oportunos, prevenção de complicações, analgesia e reabilitação multidisciplinar completam o manejo.

As principais necessidades futuras são vigilância brasileira padronizada, equidade no acesso a diagnóstico e tratamento, biomarcadores precoces, terapias direcionadas e desfechos de longo prazo centrados na vida do paciente. A redução de mortalidade e incapacidade depende menos de intervenções experimentais isoladas do que de reconhecimento precoce e cuidado protocolizado, contínuo e acessível.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse relacionados à realização ou à publicação deste estudo.

REFERÊNCIAS

HUGHES, R. A. C. *et al.* Immunotherapy for Guillain-Barré syndrome: a systematic review. Brain, v. 130, p. 2245-2257, 2007. DOI: https://doi.org/10.1093/brain/awm004.

LEONHARD, S. E. *et al.* Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps. Nature Reviews Neurology, v. 15, p. 671-683, 2019. DOI: https://doi.org/10.1038/s41582-019-0250-9.

MALTA, J. M. A. S.; RAMALHO, W. M. Aumento das internações por síndrome de Guillain-Barré no Brasil: estudo ecológico. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 4, e2020056, 2020. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400020.

OLIVEIRA, D. R. C. A. B. *et al.* Epidemiological and clinical aspects of Guillain-Barré syndrome and its variants. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 79, n. 6, p. 497-503, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0314.

RAPHAËL, J. C. *et al.* Plasma exchange for Guillain-Barré syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 7, CD001798, 2012. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD001798.pub2.

ROCHA, M. S. G. *et al.* Epidemiologic features of Guillain-Barré syndrome in São Paulo, Brazil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 62, n. 1, p. 33-37, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000100006.

SEJVAR, J. J. *et al.* Population incidence of Guillain-Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis. Neuroepidemiology, v. 36, n. 2, p. 123-133, 2011. DOI: https://doi.org/10.1159/000324710.

SHANG, P. *et al.* Incidence of Guillain-Barré syndrome in the world between 1985 and 2020: a systematic review. Frontiers in Neurology, v. 14, 2023.

VAN DEN BERG, B. *et al.* Guillain-Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. Nature Reviews Neurology, v. 10, p. 469-482, 2014. DOI: https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.121.

VAN DOORN, P. A. *et al.* European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society Guideline on diagnosis and treatment of Guillain-Barré syndrome. European Journal of Neurology, v. 30, n. 12, p. 3646-3674, 2023. DOI: https://doi.org/10.1111/ene.16073.

WALGAARD, C. *et al.* Second intravenous immunoglobulin dose in patients with Guillain-Barré syndrome with poor prognosis (SID-GBS): a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. Lancet Neurology, v. 20, n. 4, p. 275-283, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30494-4.

WILLISON, H. J.; JACOBS, B. C.; VAN DOORN, P. A. Guillain-Barré syndrome. The Lancet, v. 388, n. 10045, p. 717-727, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00339-1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guillain-Barré syndrome. Geneva: WHO. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/guillain-barr%C3%A9-syndrome. Acesso em: 17 set. 2026.

ZHENG, P. *et al.* Variation in worldwide incidence of Guillain-Barré syndrome: a population-based study and systematic analysis. Frontiers in Immunology, v. 15, 1415986, 2024. DOI: https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1415986.