



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Diretoria

João Constantino Pavani Motta - Diretor Superintendente

Gilberto Barichello - Diretor Administrativo e Financeiro

Rogério Amoretti - Diretor Técnico

Conselho de Administração

Gastão Wagner de Sousa Campos
Humberto Sérgio Costa Lima - Presidente
João Constantino Pavani Motta
Ademar Arthur Chioro dos Reis
Silvestre Sérgio Cachanoski
Osmar Gasparini Terra
Rogério Santanna dos Santos
Rosa Anacleta Soares Vaz Carvalho
Sandra Maria Sales Fagundes

Conselho Fiscal

Bolivar Tarragô Moura Neto
José Erickson Alencar Vidal Reis
Valcler Rangel Fernandes

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A.

Gerente de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento
Juarez Wolf Verba

Gerente de Unidade de Internação
Sérgio Antônio Sirena

Gerente de Pacientes Externos
Luiz Ronaldo Huber

Gerente de Administração
Sandro Depromocena Santander

Gerente de Saúde Comunitária
Eno Dias de Castro Filho

Gerente de Unidades de Apoio
Eunice Virgina Lopes Silva

Gerente de Ensino e Pesquisa
Júlio Baldisserotto

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.

Gerente de Unidades de Internação
João Luiz de Mello

Gerente de Administração
Marina Inês Silva Gomes

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO S.A.

Gerente de Unidades de Internação
João Vicente Bassols

Gerente de Administração
Cristina Rimolo Simões

HOSPITAL FÊMINA S.A.

Gerente de Unidades de Internação
Carlos Eduardo Nery Paes

Gerente de Administração
José Pedro Silva da Luz



Momento & Perspectivas em Saúde

Volume 17 - Número 1 - JANEIRO/JUNHO 2004

Publicação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, sociedade anônima de capital fechado com controle acionário da União Federal e ligada à Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP/GHC.

MOMENTO & PERSPECTIVAS EM SAÚDE tem como escopo divulgar a experiência técnico-científica dos profissionais do GHC e difundir conhecimentos, de qualquer origem, que contribuam para aperfeiçoar o momento e desenvolver tendências de melhoria das perspectivas para a saúde no País.

Momento & Perspectivas em Saúde

Editor:

Alberto S. Molinari

Conselho Editorial:

Airton Stein	Luiz Ziegelmann
Alexandre Moretto	Marilia Gerhardt de Oliveira
Balduino Tschiedel	Mateo Baldisserotto
Charly F. Camargo	Paulo R. S. Silva
Cristiane Valle Tovo	Pedro Pimentel Filho
Edelvis Vieira Rodrigues	Raul Pruinelli
Edmundo Lima Zagoury	Romeu Warken
José Luiz Pedrini	Sergio Antônio Sirena
Julio Baldisserotto	Sergio M. Espinosa
Lisete Maria Ambrosi	Vera Lúcia Pasini
Emilio Moriguchi (PUCRS)	Maria Ines Schmidt (UFRGS)
Jorge Luiz de Lima Hetzel (FFFCMPA)	Luciano Basto Moreira (ULBRA)
Noé Zamel (CANADÁ)	Alberto Bujardon (CUBA)
George L. Irvin III (USA)	A. Diniz da Gama (PORTUGAL)

CORRESPONDÊNCIA: os trabalhos para publicação, os livros para análise e as revistas em permuta devem ser encaminhadas para "Momento & Perspectivas em Saúde" Revista Técnico-Científica do GHC - Serviço de Editoria - Av. Francisco Trein, 596 - CEP 91350-200 - Porto Alegre-RS - Brasil - Telefone: 0 xx (51) 3357.2407 - e-mail: pesquisa@ghc.com.br

unimed

SUMÁRIO

Editorial	07
<i>Alberto Molinari</i>	

ARTIGOS ORIGINAIS

Fonte de Sangramento Como Preditor de Infecção Bacteriana e Mortalidade na Cirrose	08
<i>Fábio Lantz, Débora Dourado Poli, Cristiane Valle Tovo, Bruno Galperim, Alessandra de Oliveira Muniz, Paulo Roberto Lérias de Almeida</i>	
Percepção da Doença: A Visão do Paciente Acamado	13
<i>Patrícia Lichtenfels, Luciano Tonetto dos Santos, Carmen Luíza Corrêa Fernandes</i>	
Biópsia Renal Percutânea em enfermidades glomerulares	20
<i>Rafael Pila Pérez, Jorge Estrada Vidal, Rafael Pila Peláez, Paulo Clemente de Argollo Mendes, Alejandra Bolívar Rubin, Marco Antônio de Argollo Mendes</i>	
Neoplasia de pulmão. Estudo clínico-histológico de 174 casos	25
<i>Rafael Pila Perez, Aquiles Rodriguez Lopez, Rafael Pila Pelaez, Paulo Clemente de Argollo Mendes, Marco Antonio de Argollo Mendes, Alejandra Bolívar Rubin</i>	

ARTIGOS DE REVISÃO

Antibioticoprofilaxia Para Infecção de Sítio Cirúrgico: Norma Técnica do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC)	30
<i>Lahir Chaves Dias, Paulo Behar</i>	
A Encefalopatia Hepática na Doença Hepática Crônica	38
<i>Alessandra de Oliveira Muniz, Cristiane Valle Tovo</i>	

RELATO DE CASOS

Câncer Bucal: A Importância de Promover a Saúde Bucal Durante e Pós Tratamento - Relato de Caso Clínico	49
<i>Julio Baldisserotto, Silvânia Suely Caribé de Araújo, Dalva Maria Pereira Padilha</i>	

Cartas ao Editor

Gestão pela Qualidade no Terceiro Setor, mediado pela espiritualidade. Uma experiência que motiva	54
<i>Angela M. Aguiar</i>	

Normas para Publicação de Artigos na Revista “Momento & Perspectivas em Saúde”	59
---	-----------

EDITORIAL

Esta é mais uma edição da Revista do GHC, *Momento & Perspectivas em Saúde*, órgão de divulgação da experiência técnico-científica dos profissionais do GHC e aberto a instituições e órgãos que se relacionam de alguma forma técnica ou social ao Grupo Hospitalar Conceição.

O Conselho Editorial está cada vez mais otimista na manutenção da regularidade da sua publicação, considerando a quantidade de artigos encaminhados para serem publicados.

O foco é Saúde e todas as formas de seu relacionamento, muito bem exemplificado nesta edição, que apresenta artigos originais e de revisão produzidos pelo Serviço de Gastroenterologia; normas técnicas orientando antibioticoterapia profilática para infecções cirúrgicas, pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do GHC; como colaboração externa, duas pesquisas na área de patologia clínica desenvolvidas na Faculdade de Medicina de Camaguey-CUBA; uma pesquisa qualitativa desenvolvida pelo Serviço de Saúde Comunitária focando a percepção do paciente em relação ao seu estado mórbido, estudo que certamente auxiliará em muito no entendimento das ações sociais a serem desenvolvidas no manejo do doente como um todo; e a Odontologia do Serviço de Saúde Comunitária enfatiza a necessidade de promover atenções e cuidados à saúde bucal durante e após o tratamento de pacientes com câncer da cavidade oral, evitando complicações importantes nestes casos.

Em Carta ao Editor, acolhemos manifestação da assistente social Angela Aguiar, coordenadora geral da ACM- Fundação Cazemiro Bruno Kurtz e coordenadora geral do Comitê Setorial de desenvolvimento social do PGQT (Programa Gaúcho de Qualidade Total), que enfoca o apoio e ações nas transformações do indivíduo baseando-se também na espiritualidade e nas manifestações afetivas.

Continuamos no caminho do compromisso com os valores da Instituição GHC e do seu corpo clínico, perseguindo a regularidade e atualização da nossa revista e por isto, você pesquisador, será sempre bem vindo. Este espaço é teu.

Boa leitura!

Alberto Molinari

Editor

FONTE DE SANGRAMENTO COMO PREDITOR DE INFECÇÃO BACTERIANA E MORTALIDADE NA CIRROSE

Fábio Lantz *

Débora Dourado Poli *

Cristiane Valle Tovo **

Bruno Galperim ***

Alessandra de Oliveira Muniz ****

Paulo Roberto Lérias de Almeida *****

RESUMO

Introdução e objetivos: Sangramento gastrointestinal superior e infecção bacteriana são complicações severas em pacientes cirróticos. O objetivo deste estudo foi investigar a fonte de sangramento gastrointestinal (hipertensão portal e não-portal) como um preditor de infecção bacteriana e mortalidade.

Metodologia: Cinquenta e um pacientes cirróticos com sangramento gastrointestinal superior hospitalizados entre março de 2001 e setembro de 2002 foram revisados. A fonte de sangramento, a presença de infecção e mortalidade foram analisadas.

Resultados: Dezoito episódios de infecção foram documentados em 16(31,3%) pacientes. A causa do sangramento foi hipertensão portal em 26(51%) pacientes, dos quais 8(30,7%) apresentaram infecção bacteriana e 9(34,6%) morreram. Vinte e cinco(49%) pacientes apresentaram sangramento não-portal; infecção bacteriana ocorreu em 8(32%) pacientes e 2(8%) morreram. O risco relativo de morte para sangramento por hipertensão portal foi 4,3($p<0,05$). O risco relativo de morte em pacientes com infecção bacteriana foi 5,8($p<0,01$). Entre 26 pacientes Child-Pugh C, 11(44%) morreram. Neste grupo, 13 pacientes tiveram sangramento por hipertensão portal e 9(69,2%) morreram; ao contrário de 13 pacientes com sangramento não-portal e apenas 2(15,4%) morreram. (RR 4,5; $p<0,05$).

Conclusões: A fonte de sangramento (portal) foi um preditor de mortalidade em pacientes Child-Pugh C, mas não foi associada com a taxa de infecção bacteriana em pacientes cirróticos.

UNITERMOS: cirrose; hemorragia digestiva, infecção bacteriana

ABSTRACT

SOURCE OF BLEEDING AS PREDICTOR OF BACTERIAL INFECTION AND MORTALITY IN CIRRHOSIS

Background/Aims: Upper gastrointestinal bleeding and bacterial infection are severe complications in cirrhotic patients. The aim of this study was to investigate the source of upper gastrointestinal bleeding (portal or non-portal hypertension) as a predictor of bacterial infection and mortality.

Methodology: Fifty-one consecutive cirrhotic patients with upper gastrointestinal bleeding hospitalized between March 2001 and September 2002 were reviewed. The source of bleeding, presence of infection and mortality were analyzed.

Results: Eighteen infection episodes were documented in 16(31.3%) patients. The cause of bleeding was portal hypertension in 26(51%) patients, of which 8(30.7%) presented bacterial infection and 9(34.6%) died. Twenty-five (49%) patients showed non-portal bleeding; bacterial infection occurred in 8(32%) patients, and 2(8%) died. The relative risk of death by portal hypertensive bleeding was 4.3($p<0.05$). The relative risk of death in patients with bacterial infection was 5.8($p<0.01$). Among 26 Child-Pugh C patients, 11(44%) died. In this group, 13 patients had portal hypertensive bleeding and 9(69.2%) died, whereas 13 had non-portal bleeding and 2(15.4%) died (RR 4.5 $p<0.05$).

Conclusions: The source of bleeding (portal) was a predictor of mortality in Child-Pugh C patients but was not associated with the rate of bacterial infection in cirrhotic patients.

KEY WORDS: cirrhosis, bleeding, bacterial infection.

* Ex-residentes do Serviço de Gastroenterologia do HNSC

** Chefe do Serviço de Gastroenterologia do HNSC; Doutora em Hepatologia

*** Membro do Serviço de Gastroenterologia do HNSC; Mestre em Hepatologia

**** Residente do Serviço de Gastroenterologia do HNSC

***** Membro do Serviço de Medicina Interna do HNSC; Mestre em Hepatologia

Endereço para correspondência:

Cristiane Valle Tovo

Rua Cel. Aurélio Bitencourt, 115 apto 201

Porto Alegre - RS BRASIL CEP 90430-080

E-mail cris.tovo@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Sangramento gastrointestinal em pacientes cirróticos está associado com alta morbidade precoce, e é um preditor de mortalidade a longo prazo, com uma taxa de sobrevivência de apenas 34% em 5 anos. A idade, a presença de encefalopatia hepática, de insuficiência renal e de carcinoma hepatocelular, o grau de Child-Pugh e a ocorrência de ressangramento foram descritos como variáveis independentes no prognóstico a longo prazo¹.

A infecção bacteriana em pacientes cirróticos é importante causa de morte, não apenas devido ao risco de sepse, mas também por causa da possível patogênese no sangramento variceal^{2,3,4}. A profilaxia com antibiótico após o sangramento variceal é usada devido ao risco de infecção^{5,6}. A presença de infecção bacteriana é independentemente associada com mortalidade precoce e com falha no controle do sangramento^{7,8}.

A fonte de sangramento (variceal ou não-variceal) não tem sido associada com falha no controle do sangramento e com mortalidade⁹, embora nem todos concordem¹⁰.

O objetivo deste estudo foi investigar a influência da fonte de sangramento em pacientes cirróticos em relação à ocorrência de infecção e mortalidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Os registros médicos de 53 pacientes cirróticos com sangramento gastrointestinal superior hospitalizados no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre, entre março de 2001 e setembro de 2002, foram retrospectivamente revisados. O diagnóstico de cirrose foi baseado nos achados histopatológicos, clínicos, bioquímicos e ultrassonográficos. A classificação de Child-Pugh foi usada para avaliar a severidade¹¹.

Sexo, idade, fonte de sangramento, presença do sítio de infecção, albumina sérica, bilirrubina sérica, tempo de protrombina e mortalidade foram analisados.

Peritonite bacteriana espontânea (PBE) foi diagnosticada quando mais de 250 neutrófilos/mm³ foram encontrados no líquido ascítico. Infecção urinária foi diagnosticada quando a cultura era positiva e o diagnóstico de infecção respiratória foi baseado nos achados clínicos e radiológicos. Outras infecções foram diagnosticadas por critérios tradicionais.

O sangramento foi atribuído à hipertensão portal se houvesse sinais de sangramento variceal ativo ou recente; ou se tivesse sangramento por gastropatia portal; ou se nenhuma outra lesão com evidência de

sangramento fosse encontrada além de varizes ou gastropatia portal.

Variáveis foram comparadas usando o teste *t* de Student, média e intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram calculados. Variáveis categóricas foram comparadas usando teste qui-quadrado (X²) com correção de Yates ou teste exato de Fisher. A análise estratificada foi feita pelo teste de Mantel-Haenszel. O nível de significância assumido foi de 5%.

RESULTADOS

Dois pacientes foram excluídos porque foram a óbito antes de realizarem a endoscopia digestiva. Na classificação de Child-Pugh, a cirrose foi graduada como A em 4 (8%) pacientes, B em 21 (41%) pacientes e como C em 26 (51%).

Dezoito episódios de infecção foram documentados em 16 (31,1%) pacientes, PBE em 10 (62,5%), infecção respiratória em 4 (25%), bacteremia em 1 (6,2%), erisipela em 2 (13,5%) e infecção urinária em 1 (6,2%).

A causa do sangramento foi hipertensão portal em 26 (51%) pacientes. Neste grupo, infecção bacteriana esteve presente em 8 (30,7%) pacientes e 9 (34,6%) faleceram (sendo 6 – 23% devido a falha no controle do sangramento). Sangramento variceal foi responsável por 23 (88,5%) episódios de hemorragia, com mortalidade de 39%.

Vinte e cinco (49%) pacientes tiveram sangramento de causa não-portal. A fonte do sangramento foi úlcera gastroduodenal em 14 (56%), gastrite erosiva em 7 (28%), úlcera esofágica em 2 (8%) e esofagite erosiva em 2 (8%). Infecção bacteriana ocorreu em 8 (32%) e 2 (8%) morreram.

A comparação entre sangramento portal e não-portal é mostrada na tabela I. A média de idade, sexo, presença de carcinoma hepatocelular, prevalência de Child-Pugh C, presença de infecção bacteriana, albumina sérica, tempo de protrombina e nível de

Tabela I – Comparação entre pacientes cirróticos com e sem sangramento portal (n=51)

	Sangramento portal	Sangramento não-portal
N (%)	26 (51)	25 (49)
Média de idade – anos (IC95%)	50,5 (46,0-55,0)	54,3 (49,2-59,4)
Gênero (M/F)	22/4	17/8
Carcinoma hepatocelular – n(%)	02 (7,7%)	01 (4,0%)
Child-Pugh C – n(%)	13 (50)	13 (52)
Infecção bacteriana – n(%)	08 (30,7)	08 (32,0)
Albumina – g/dl (IC)	2,38 (2,09-2,67)	2,39 (2,09-2,69)
Tempo de protrombina – % (IC)	52,7 (38,7-66,7)	55,1 (48,1-62,1)
Bilirrubina – mg/dl (IC)	2,6 (1,2-4,0)	2,5 (1,0-4,0)
Morte – n(%)	09 (34,6)	02 (8,5) *

IC 95% = intervalo de confiança 95%

* = RR 4,3 (1,03-18,0)

bilirrubina sérica foi similar entre os grupos. O risco relativo (RR) de morte por sangramento por hipertensão portal foi 4,3 (IC 1.3-18.09 , $p<0,05$).

A comparação entre pacientes com e sem infecção bacteriana é mostrada na tabela II. Não houve diferença estatisticamente significativa na média de idade, sexo, etiologia alcoólica e nível de bilirrubina sérica. Os pacientes com infecção bacteriana mostraram uma prevalência estatisticamente mais alta de Child-Pugh C ($p<0,01$), nível de albumina sérica mais baixo e baixo tempo de protrombina ($p<0,05$). O RR de morte em pacientes com infecção bacteriana comparado com pacientes livres de infecção foi 5,8 (IC 1.7-19.1, $p<0,01$).

Tabela II – Comparação entre pacientes cirróticos com e sem infecção bacteriana (n=51)

	Com Infecção	Sem Infecção
n(%)	16 (31,3)	35 (68,7)
Média de idade – anos(IC)	49 (43-55)	54 (50-58)
Gênero (M/F)	12/4	27/8
Alcoolistas/não-alcoolistas	13/3	25/10
Child-Pugh C – n(%)	12 (75)	14 (38)
Albumina - g/dl(IC)	1,95 (1,7-2,3)	2,59 (2,1-3,0)
Tempo de protrombina - % (IC)	46,3 (36,3-56,3)	57,4 (51,4-63,4)
Bilirrubina - mg/dl(IC)	2,49 (1,4-2,6)	2,6 (1,6-3,6)
Morte – n(%)	8 (50)	3 (8,5) *

IC 95% = intervalo de confiança 95%

* = RR 5,81 (1,7-19,0)

Entre aqueles pacientes que tiveram infecção bacteriana, 8 tiveram sangramento portal (6 morreram) e 8 tiveram sangramento não-portal (2 morreram). O RR de morte comparando pacientes com infecção bacteriana com ou sem sangramento portal foi 3 (IC 0.85-10.6 , $p= 0,13$).

Em nossa amostra, 26 (51%) pacientes foram graduados como Child-Pugh C e desses, 11 (44%) morreram. A comparação entre sangramento portal e não-portal para este grupo é mostrada na tabela III.

Tabela III – Comparação entre sangramento portal e não-portal em pacientes Child-Pugh C (n=26)

	Sangramento portal n(%)	Sangramento não-portal n(%)	p
n(%)	13 (50)	13 (50)	
Infecção – n(%)	06 (46)	06 (46)	1,0
Morte – n(%)	09 (69)	02 (15)	<0,05
Morte c/ infecção – n(%)	06 (100)	02 (33)	0,06

Dos pacientes que tiveram sangramento portal hipertensivo, 9(69,2%) morreram, contra 2(15,4%) daqueles com sangramento não-portal { RR 4,5 (IC 1.2-16.9 , $p<0,05$) }. Infecção bacteriana foi

diagnosticada em 6 pacientes de cada grupo. Todos os pacientes com sangramento portal e infecção bacteriana morreram. Entre os pacientes com sangramento não-portal e infecção bacteriana, 2 (33,3%) morreram, com um RR=3.0 (IC 0.97-9.3, $p=0,06$).

O teste de Mantel-Haenszel, usado para estratificar pacientes com Child-Pugh C com ou sem infecção, confirma o sangramento portal como um preditor de mortalidade com um RR=4.5 (1.3-15.2, $p<0,05$).

Nenhuma morte ocorreu nos pacientes Child A ou B.

DISCUSSÃO

Não houve nenhuma diferença na prevalência de infecção bacteriana entre pacientes com ou sem sangramento portal como notado previamente¹². A incidência de infecção foi similar à encontrada após sangramento gastrointestinal, como descrito por Deschenes & Villeneuve², e foi mais baixa que a descrita por Almeida et al.¹³.

A presença de infecção bacteriana está associada com a falha no controle do sangramento^{7,8,14} e mortalidade mais alta^{7,8}.

O presente estudo, com características similares entre pacientes com sangramento portal e não-portal, sugere que pacientes com sangramento não hipertensivo portal tiveram resultados mais favoráveis, mesmo aqueles com infecção. A incidência de infecção deve ter sido investigada pela prática clínica. De fato, se nossa habilidade em diagnosticar infecção foi realmente subestimada, o achado de não ter uma alta mortalidade no grupo de pacientes com sangramento não-portal, devem ser mais consistentes.

O estudo realizado por Vivas et al.⁹ em 91 pacientes cirróticos revelou uma incidência mais baixa de infecção (22% versus 31%), uma porcentagem de pacientes Child-Pugh C mais baixa e uma mortalidade (11% versus 21,5%) em comparação com o presente estudo. Na presente amostra, sangramento portal foi um preditor significativo de mortalidade.

Em estudo recente¹⁵ que avaliou a ocorrência de insuficiência renal após o sangramento gastrointestinal, a mortalidade do sangramento não-variceal não foi significativamente mais alta que aquela do sangramento variceal; entretanto, 9 pacientes que morreram antes de 48 horas e 8 pacientes que saíram do hospital antes de 48 horas foram excluídos do total avaliado, o que poderia mudar este achado específico.

A mortalidade relacionada ao sangramento

variceal foi alta (39%) no presente estudo. Foi similar aos resultados de uma revisão citada do primeiro sangramento variceal em 1475 pacientes, no qual a mortalidade diminuiu de 65 para 40% em quatro décadas¹⁶. Ruiz et al.¹⁷ encontraram uma taxa de mortalidade mais baixa (22,2% por paciente) com apenas 9% dos pacientes classificados como Child-Pugh C. Na presente casuística, a taxa de mortalidade foi similar à descrita por Zanette et al.¹⁸ em 69 pacientes brasileiros, dos quais 385 foram classificados como Child-Pugh C e 47% morreram.

Os pacientes com sangramento não-portal tiveram baixa mortalidade (8%) em nossa amostra. A mortalidade não foi significativamente diferente quando comparada aos pacientes cirróticos com sangramento não-portal., descrito por Gatta et al.¹⁹ ou quando comparada a pacientes não cirróticos em outros estudos^{20,21}.

No presente estudo, nenhuma relação foi estabelecida entre etiologia alcoólica e infecção bacteriana como previamente observado²², provavelmente devido ao poder limitado deste estudo. Em pacientes com infecção bacteriana, houve uma associação com albumina sérica baixa e pior índice de Child-Pugh.

Os resultados dos pacientes com sangramento não-portal podem diferir em comparação com aqueles que tiveram sangramento portal. Um estudo multicêntrico mostrou que sangramento variceal apresenta mortalidade mais alta, mesmo que a fonte da infecção bacteriana não tenha sido investigada¹⁹. Em nosso estudo, mesmo em pacientes com infecção bacteriana, o resultado foi melhor para os pacientes com sangramento não-portal.

Em uma revisão recente avaliando a profilaxia com antibióticos para pacientes cirróticos com sangramento, os autores concluíram que mais informações são necessárias para analisar os efeitos dos antibióticos, de acordo com a fonte de sangramento gastrointestinal²³.

Em conclusão, este estudo mostrou que sangramento não-portal tem um melhor prognóstico em pacientes Child-Pugh C. A mortalidade de pacientes infectados tende a ser mais baixa em pacientes com sangramento não-portal.

BIBLIOGRAFIA

- OLMO JA, PEÑA A, SERRA MA, WASSEL AH, BENAGES A, RODRIGO JM. Predictors of morbidity and mortality after the first episode of upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis. *J Hepatol* 2000; 32:19-24.
- DESCHÊNES M, VILLENEUVE JP. Risk factors for the development of bacterial infections in hospitalized patients with cirrhosis. *The Am J Gastroenterol* 1999; 94:2193-2197.
- STRAUSS E, COSTA MF. The importance of bacterial infections as precipitating factors of chronic hepatic encephalopathy in cirrhosis. *Hepato-Gastroenterol* 1998; 45:900-904.
- GOULIS J, PATCH D, BURROUGHS AK. Bacterial infection in the pathogenesis of variceal bleeding. *Lancet* 1999; 353:139-142.
- PAUWELS A, MOSTEFA-KARAN, DEBENTES B, DEGOUTTE E, LEVY VG. Systemic antibiotic prophylaxis after gastrointestinal hemorrhage in cirrhotic patients with a high risk of infection. *Hepatology* 1996; 24:802-806.
- BERNARD B, GRANGÉ JD, KHAC EN, AMIOT X, OPOLON P, POYNARD T. Antibiotic prophylaxis for the prevention of bacterial infections in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology* 1999; 29:1655-1661.
- GOULIS J, ARMONIS A, PATCH D, SABIN C, GEENSLADE L, BURROUGHS AK. Bacterial infection is independently associated with failure to control bleeding in cirrhotic patients with gastrointestinal hemorrhage. *Hepatology* 1998; 27:207-1212.
- PIQUERAS B, BAÑARES R, RINCÓN D, MATILLA A, CASADO M, SALCEDO M. Factores predictivos de mortalidad de la hemorragia digestiva por varices esofágicas en pacientes ancianos. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24:51-55.
- VIVAS S, RODRIGUEZ M, PALÁCIO MA, LINARES A, ALONSO JL RODRIGO L. Presence of bacterial infection in bleeding cirrhotic patients is independently associated with early mortality and failure to control bleeding. *Dig Dis Sci* 2001; 46:2752-2757.
- FASSIO E, VIUDEZ P, LANDEIRA G, FERNANDEZ N, LATTANZI M, LUIS A. Upper digestive hemorrhage in liver cirrhosis: clinical and endoscopic findings. *Acta Gastroenterol Latinoam* 1992; 22:181-186.
- PUGH RNH, MURRAY-LYON IM, DAWSON JL. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *Brit J Surg* 1973; 60:646-649.
- HSIEH WJ, LIN HC, HWANG SJ, HOU MCh, LEE FY, CHANG FY. The effect of ciprofloxacin after gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1998; 93:962-966.
- ALMEIDA D, LOPES AA, JESUS RS, PAES I, BITTENCOUT H, PARANA R. Comparative study of bacterial infection prevalence between cirrhotic patients with and without upper gastrointestinal bleeding. *Braz J Infect Dis* 2001; 5:136-142.
- MONTALTO P, VLACHOGIANNAKOS J, COX DJ, PASTACALDI S, PATCH D, BURROUGHS AK.

Bacterial infection in cirrhosis impairs coagulation by a heparin effect: a prospective study. *J Hepatol* 2002; 37: 463-470.

15. CÁRDENAS A, GINES P, URIZ J, BESSA X, SALMERON JM, MAS A. Renal failure after upper gastrointestinal bleeding in cirrhosis: incidence, clinical course, predictive factors and short-term prognosis. *Hepatology* 2001; 34:671-676.

16. MCCORMICK DA, O'KEEFE C. Improving prognosis following a first variceal haemorrhage over four decades. *Gut* 2001; 49:682-685.

17. RUIZ D, FARRAN L, RAMOS E, BIONDO S, MORENO P, BETTONICA C. Results of the management of upper gastrointestinal bleeding from gastroesophageal varices. *Rev Esp Enferm Dig* 2001;93:433-444.

18. ZANETE M, MARRONICA, PEREIRA-LIMA JC, CASSAL AP, EMERIN E, LOPES CV. In-hospital evolution of cirrhotic patients with acute bleeding due to esophageal varices submitted to Endoscopic Sclerotherapy. *Gastroenterol Endosc Dig* 2000; 19:188-192.

19. GATTA M, MERKEL C, AMODIO P, BELLON S, BELLUMAT A, BOLOGNESI M. Development and validation of a prognostic index predicting death after upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis: a multicenter study. *Am J Gastroenterol* 1994;89:1528-1536.

20. ROCKALL TA, LOGAN RF, DEVLIN HB, NORTHFIELD TC. Incidence and mortality of acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. *BMJ* 1995; 311:222-226.

21. PASPATIS GA, MATRELLA E, KAPSORITAKIS A, LEONTITHIS C, PAPANIKOLAOU N, CHLOUVERAKIS GJ. An epidemiological study of acute upper gastrointestinal bleeding in Crete, Greece. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12:1215-1220.

22. ROSA H, SILVERIO AO, PERINI RF, ARRUDA CB. Bacterial infection in cirrhotic patients and its relationship with alcohol. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:1290-1293.

23. SOARES-WEISER K, BREZIS M, TUR-KASPA, LEIBOVICI L. Antibiotic prophylaxis for cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding. *The Cochrane Library* 2002 (2)CD002907.

PERCEPÇÃO DA DOENÇA: A VISÃO DO PACIENTE ACAMADO

* Patrícia Lichtenfels

** Luciano Tonetto dos Santos

*** Carmen Luíza Corrêa Fernandes

RESUMO

No presente estudo, analisamos qualitativamente as respostas de 19 pacientes acamados referentes às perguntas: o que você pensa da sua doença e o que representa a sua doença para a sua família. Os pacientes fazem parte da população ligada à Unidade de Saúde Barão de Bagé, uma das 12 unidades do Serviço de Saúde Comunitária - Grupo Hospitalar Conceição. Para tal análise, revisamos alguns modelos teóricos e conceitos de saúde e doença, categorizando as respostas conforme o seu conteúdo. As respostas a pergunta, o que você pensa da sua doença, foram relacionadas a: perdas e restrições; otimismo e luta; algo negativo; algo incurável; envelhecimento; medos e angústias; dor e sofrimento; espiritualidade e religião; resposta científica estereotipada. Quando questionados sobre o que representa a sua doença para a sua família, as respostas foram relacionadas a: desafio e superação; afastamento e desinteresse; perdas e desgastes; união e afeto; incômodo; aceitação e compreensão; necessidade de atenção e cuidado. Percebemos a partir desse estudo, a importância de considerarmos os aspectos emocionais, sociais e culturais de nossos pacientes e suas famílias para chegarmos a um atendimento integral e humanizado.

UNITERMOS: pacientes acamados, percepção, saúde e doença.

ABSTRACT

DISEASE PERCEPTION: BEDRIDDEN PATIENTS POINT OF VIEW

In the present study, we qualitative analyzed the 19 bedridden patient answers for the referring questions: what do you think about your disease and what it represents for his family. The patients are part of the population connected to the Barão of Bagé Health Unit, one of the 12 units of the Community Health Service - Grupo Hospitalar Conceição. For such analysis, we revised some theoretical models and concepts of health and disease, classifying the answers according to his content. The answers to the question, what do you think about your disease, were related to: losses and restrictions; optimism and fight; something negative; something incurable; aging; fears

* Médica de Família e Comunidade, Médica Internista

** Médico de Família e Comunidade

*** Médica de Família e Comunidade, Terapeuta de Família.

and anguishes; pain and suffering; spirituality and religion; stereotyped scientific answer. When questioned on what the disease represents to his family, the answers were related to: challenge and overcome; moving away and indifference; losses and wastes; union and affection; uncomfortable; acceptance and understanding; need of care and attention. With this study we realize the importance of considering the patients and families emotional, social and cultural aspects to reach an integral and humane attendance.

KEYWORDS: bedridden patients, perception, health and disease.

INTRODUÇÃO

Ian McWinney, um dos precursores da Medicina de Família moderna no Canadá, expressou os princípios que considerou as bases da especialidade. Entre eles: o médico de família deve especializar-se no paciente mais do que em um particular corpo de conhecimentos, enfermidades ou procedimentos técnicos; deve buscar a compreensão do contexto do surgimento da doença em seus pacientes; deve compatibilizar seus juízos, valores e atitudes com os dos seus pacientes; deveria viver próximo de onde vivem e procurar vê-los em todas as instâncias de atenção quanto for possível¹. Desses princípios, percebe-se a importância de conhecer os pacientes e da relação médico-paciente na nossa prática diária. Nesse contexto, selecionamos um grupo de pacientes “acamados” da Unidade de Saúde Barão de Bagé (USBB), a fim de compreendermos melhor as suas percepções do processo saúde-doença.

Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Sra. Conceição,
Unidade de Saúde Barão de Bagé, Rua Araruama, 487
Vila Jardim, Porto Alegre, RS, Brasil

Endereço para Correspondência:

Patrícia Lichtenfels - Rua Praça das Nações Unidas 61/806
90690-230 Petrópolis, Porto Alegre -RS
E-mail: patilich@uol.com.br

Nos últimos anos, observa-se um grande crescimento do número de idosos, e de jovens submetidos a injúrias por causas externas, gerando um aumento progressivo de pacientes acamados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define acamado como “toda pessoa restrita a seu próprio domicílio, por qualquer inabilidade, incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde”. O atendimento a pacientes acamados faz parte do trabalho cotidiano das equipes de saúde que atendem hoje a nossa população. Quando essas equipes se defrontam com a assistência a esses pacientes e suas famílias, elas estão diante de uma situação complexa que requer uma abordagem integral à pessoa, em seu contexto sócio-econômico e cultural, dentro de uma visão ética compromissada com o respeito e a individualidade do ser. A abordagem integral representa um dos princípios da assistência domiciliar, que por sua vez, potencializa o resgate dos princípios do SUS (Integralidade, Universalidade, Equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo saúde-doença².

O conceito de saúde baseado no modelo biomédico e influenciado pelo paradigma cartesiano define o corpo humano como uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença representa um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular e o papel dos médicos seria intervir física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um mecanismo específico do corpo. Essa visão mecanicista do processo saúde-doença ainda exerce grande influência sobre a medicina atual.

Discute-se hoje um novo conceito de saúde que incluiria as dimensões individuais, sociais e ecológicas e exigiria de todos nós uma visão sistêmica dos organismos vivos, correspondentemente, uma visão sistêmica de saúde³.

A definição de saúde dada pela OMS, “a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”, revela a natureza holística da saúde, mas ainda descreve a saúde como um estado estático de perfeito bem-estar, em vez de um processo em constante mudança e evolução. Ao contemplarmos um determinado momento de vida de uma pessoa, poderíamos fazer observações muito divergentes, dependendo dos desequilíbrios entre o seu organismo e o ecossistema, por isso devemos falar em processo saúde-enfermidade, o que indica sua característica dinâmica⁴.

Fritjof Capra³ nos traz a idéia de que o conceito de saúde e o conceito de vida não podem ser definidos com precisão. Ambos estão intimamente relacionados e aquilo que se entende por saúde depende da concepção de indivíduo e de sua relação com o meio ambiente. Da mesma forma se refere Castro (p.276), “O conceito de saúde além de ser relativo é também um conceito cultural, pois o que é considerado normal, satisfatório ou adequado em um grupo, pode ser percebido como anormal, insatisfatório ou inadequado por outro grupo, tanto do ponto de vista físico, como mental ou social”⁴.

Assim como os conceitos de saúde, os conceitos de doença também surgem como ferramentas para a compreensão do processo de percepção de nossas próprias enfermidades.

Em todas as sociedades existem modelos interpretativos que são construídos por diferentes culturas. Um exemplo disso é a sociedade Baulê da Costa Marfim que possui seus próprios adivinhos e videntes os quais estabelecem os critérios sociais do que consideram normal e patológico, do que deveria ser “extirpado” e do que deveria ser “cultivado” por aquela sociedade⁵.

Precisamos sempre ter em mente as diferenças de cultura para cultura, mas também as diferenças entre os indivíduos de uma mesma cultura, “a fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente”⁶. Portanto quando falamos de doença é sempre o indivíduo que devemos tomar como ponto de referência. O indivíduo normal é aquele que possui normas diferentes para as diferentes situações de vida, enquanto o indivíduo anormal ou patológico é aquele que perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes. O ser humano normal é aquele que responde melhor às exigências de seu ambiente, vive em harmonia com seu meio; é aquele que comporta mais ordem e estabilidade, menos hesitação, desordem, reações catastróficas⁶.

Para Dethlefsen e Dahlke⁷, “a doença significa a perda da harmonia, ou o questionamento de uma ordem até então equilibrada” (p.14). Na medicina oriental também o equilíbrio é uma questão chave da saúde e o desequilíbrio não é considerado a causa da doença, e sim, a sua expressão. As causas das patologias são os hábitos dietéticos, o estilo de vida, a prática de exercícios, etc⁸.

Quando abordamos o tema doença, precisa-

mos trazer à tona dois termos muito utilizados hoje na literatura: perturbação e doença. O termo perturbação é utilizado por Cassell para representar “o que o paciente sente quando vai ao médico”, e o termo patologia (doença), “o que ele tem ao sair do consultório”. Portanto, a perturbação muitas vezes compartilha das dimensões psicológica, moral e social de uma determinada cultura. Ela representa um conceito mais abrangente que deve ser considerado na compreensão de como as pessoas interpretam seus problemas de saúde e de como respondem a eles⁹.

O significado dos termos perturbação e patologia, utilizados com grande frequência por Cecil Helman⁹ em seu livro *Cultura, Saúde e Doença*, foram também utilizados por Fritjof Capra³ em seu livro *O Ponto de Mutação*, com a denominação de enfermidade e doença. Enquanto a enfermidade é considerada por Capra uma condição do ser humano total, a doença é uma condição de uma determinada parte do corpo. Esta distinção entre esses dois conceitos torna-se muito importante, pois de acordo com o modelo biomédico, não existe enfermidade, não havendo assim, nenhuma justificativa para o cuidado médico, quando não são encontradas alterações estruturais ou bioquímicas características de uma doença específica. Mas a experiência clínica tem demonstrado que uma pessoa pode estar enferma mesmo sem apresentar qualquer doença. Capra refere (p.144), “Metade das consultas ao médico são de pessoas com queixas que não podem ser associadas a qualquer distúrbio fisiológico...”³.

Os conceitos citados e revisados representam a busca pelo entendimento do universo pesquisado de nossos pacientes acamados, visando, principalmente, melhorar a qualidade do atendimento prestado a esse grupo e fortalecer a relação da equipe de saúde com o acamado e sua família.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Analisaremos qualitativamente as respostas às perguntas 20 e 22 do protocolo da pesquisa “Cuidando de Quem Cuida” de Zanella e Gonçalves¹⁰, realizado em 2001/2002. As perguntas acima referidas não haviam sido previamente analisadas pelos autores, que autorizaram-nos a fazê-lo nessa pesquisa. A definição de acamado adotada nessa pesquisa é a utilizada pela OMS: “toda pessoa restrita a seu próprio domicílio, por qualquer inabilidade, incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde”. Os dados foram obti-

dos da seguinte forma:

Para a identificação dos acamados, foi realizado levantamento por amostragem domiciliar.

- A área investigada foi dividida em quadras, em número total de oito;

- Escolheu-se aleatoriamente um domicílio como ponto de partida em cada quadra (sorteou-se uma das esquinas);

- Escolheu-se um sentido no qual prosseguir-se o inquérito ao longo da quadra (horário), que foi mantido em todas as demais quadras exploradas;

- A partir do primeiro domicílio estudado, e dentro do sentido estabelecido, pularam-se nove habitações, e se aplicou um questionário sobre a décima, para identificar a presença de acamados no domicílio pesquisado e na área de atuação da Unidade;

- Se entre os domicílios foi encontrado algum edifício, cada andar do mesmo foi contado como uma habitação, e o apartamento de menor número em cada andar foi aquele em que se aplicou o questionário;

- Havendo mais de um domicílio em cada terreno (p. ex., condomínios horizontais, habitações repartidas, cortiços), o conjunto foi contado como uma habitação;

- Diante de qualquer recusa em fornecer informações, ou não se encontrando habitantes que possam as prestar, o inquérito foi aplicado no domicílio vizinho, dentro do sentido escolhido, e assim sucessivamente, até que se obtivessem informações. Manteve-se, entretanto, a amostragem dos domicílios a partir do primeiro que se pretendeu pesquisar;

- No caso de logradouros que não iniciassem e terminassem em esquinas (p. ex., becos ou ruas sem saída), manteve-se o procedimento de visitas a cada dez domicílios, primeiramente até o final do logradouro, retornando ao início pelo lado oposto;

- Nos domicílios em que foram identificados acamados, fez-se a aplicação de instrumento composto por questões abertas (semi-estruturadas) e fechadas.

Para o presente estudo, serão analisadas as respostas dos acamados referentes às perguntas:

20) - O que você pensa da sua doença?

22) - O que representa a sua doença para a sua família?

Será atribuída uma letra para cada paciente. As respostas dadas pelos pacientes serão agrupadas em quadros conforme os conteúdos das mesmas e posteriormente confrontadas com os modelos e conceitos previamente revisados.

RESULTADOS

Quadro 1. O que você pensa de sua doença?

Restrições e Perdas	A, C, F, L, O, P, D
Algo negativo	D, E, O
Otimismo e luta	D, M, G, B
Algo incurável	M, Q
Envelhecimento	I, R
Medo e angústia	E, J, N, P
Dor, sofrimento	J, E, O
Espiritualidade, religiosidade	J, P
Resposta científica estereotipada	T, F, A, L, C

Obs: cada letra (A,B,C, D...) identifica um indivíduo/paciente da amostra obtida.

Quadro 2. O que representa a sua doença para a sua família?

União, Afeto	A, C, M
Aceitação e Compreensão	C, D, E, M
Necessidades de atenção e cuidados	F, H, I, J, P, R, T
Incômodo	F, I, J, P
Afastamento e desinteresse	L
Desafio / Superação	B
Perdas e desgaste	O, I e Q

Obs: cada letra (A,B,C,D...) identifica um indivíduo/paciente da amostra obtida.

DISCUSSÃO

Para analisarmos o significado das respostas dos pacientes, referentes à pergunta “o que você pensa da sua doença?” (Figura 1), agrupamos as respostas nas categorias: perdas e restrições; algo negativo; otimismo e luta; algo incurável; envelhecimento; medos e angústias; dor e sofrimento; espiritualidade e religião; e resposta científica estereotipada. A seguir faremos a discussão de algumas dessas categorias.

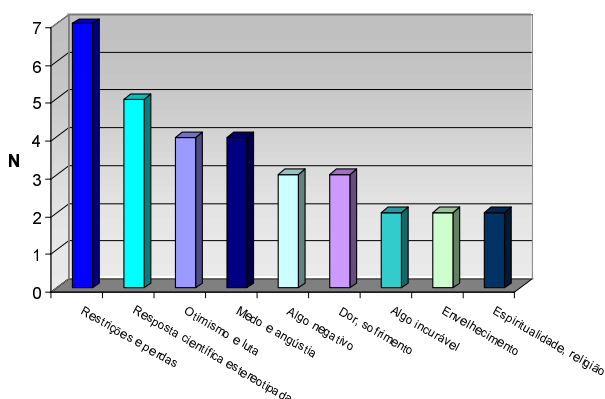


Figura 1. O que você pensa da sua doença?

Segundo Cassel⁹, “a definição de doença inclui também o significado que o indivíduo confere a mesma”. Aproximadamente metade dos acamados percebeu sua doença como perda ou restrição. Esse dado demonstra que a perda da funcionalidade é largamente percebida como “doença”. Na prática clínica geriátrica, a avaliação funcional é particularmente importante. Conforme Barker¹¹, referindo-se ao atendimento de idosos, “a avaliação funcional se propõe a medir o impacto da doença e da idade na habilidade do paciente para o seu auto cuidado, para viver na comunidade e para realizar objetivos significativos para si” (p.156). Dessa forma, a abordagem funcional é muito mais significativa para a qualidade de vida do acamado do que a abordagem tradicional orientada por problemas e diagnósticos.

Cinco pessoas perceberam sua doença como: “Uma parte do cérebro morreu”, “...falta de sangue”, “...doença genética”, “deu um derrame...”, “lesão medular de C3-C4.” (pacientes T, F, A, L, C, respectivamente). Essas respostas remetem ao que Cecil G. Helman definiu como modelo biomédico moderno, cujas premissas básicas são a racionalidade científica, a ênfase na mensuração objetiva e numérica, a ênfase em dados psicoquímicos, o dualismo mente-corpo, a visão das doenças como entidades, o reducionismo, a ênfase no indivíduo paciente, não na família ou na comunidade⁹. Dentro desse contexto o médico ocidental moderno atribui aos aspectos biológicos de sua realidade clínica maior significância e interesse, comparativamente aos aspectos psicológicos e socioculturais. Cabe a nós, profissionais das áreas da saúde e educação, refletirmos sobre a idéia de que os próprios médicos não são apenas produtos padronizados de faculdades de medicina e que uma pessoa não pode realmente entender as motivações e as crenças íntimas de outras pessoas sem ter entendido as suas próprias⁹.

Quatro acamados demonstraram uma relação positiva com a doença, sugerindo otimismo e superação: “...acho que estou cada vez melhor”, “o que passou, passou”, “não incomoda muito, às vezes estou mais ou menos animada”, “brinco com o pai e a mãe, ouço músicas” (pacientes M, D, G, B, respectivamente). Segundo Laplantine⁵, existem vários aspectos na doença, às vezes, “(...) é o que permite, ao mesmo tempo, escapar das opressões da vida em sociedade, ser responsável e atrair a atenção sobre si”, além disso, “é a partir de uma experiência patológica ou de uma enfermidade que o indivíduo dá provas de uma vontade excepcional, ampliando ao máximo as suas virtualidades que ele provavelmente não desenvolveria sem essa revelação constituída”

(p.116-117).

Gérard Briche, citado por Laplantine⁵, traz outro aspecto positivo da doença, quando esta acentua aspectos da vida: “o período em que se está doente é a ocasião inesperada de viver, sendo a doença a mais bela luta pela vida. Trata-se da vida e não da morte. Não é a morte ultrapassando a vida, é a vida que se precavém contra a morte.” Laplantine complementa: “à medida que a doença deixa de ser interpretada como uma figuração do mal, mas como um componente útil, até mesmo necessário, em si mesma, uma vez que ela participa do próprio ser do indivíduo, ainda se pode falar de doença?”

Dentre os 19 pacientes acamados entrevistados, duas pacientes, ambas com idades bastante avançadas (94 e 96 anos), atribuíram os seus problemas de saúde atuais ao seu próprio processo de envelhecimento. Elas percebem os sintomas e incapacidades decorrentes de suas doenças crônicas, como parte das mudanças fisiológicas que ocorreram em seus organismos com a passagem dos anos, isto é, como algo “natural da idade”. Ao buscarmos um embasamento teórico para esta percepção, podemos citar Balint¹²: “Quanto mais prolongado o período de observação, mais se acentua a impressão de que a doença é uma condição do paciente quase tão característica como a forma de sua cabeça, sua altura ou a cor de seus olhos” (p. 213). Podemos entender a velhice como a fase da vida em que ocorre uma diminuição da capacidade física e intelectual, caracterizando a proximidade da morte. E a diminuição da capacidade não representa necessariamente invalidez e/ou doença, apesar da maior frequência com que várias doenças se associam ao envelhecimento¹³. A mesma abordagem tem Hayflick (p.35) quando diz que, mudanças associadas à idade não são doenças, mas nos tornamos “mais vulneráveis a doenças” com a idade num diferencial com a juventude, onde o combate à doença acontece com mais facilidade¹⁴. Aristóteles há quase 3 mil anos atrás considerava que as doenças eram uma “velhice adquirida” e a velhice era uma “doença natural”. Será que nossos pacientes ainda estão presos à idéia aristotélica de “doença natural”?

Entre os pacientes que associam a sua doença a dor e sofrimento, um deles respondeu: “é das piores doenças que têm, não dá sossego, chego a ter que dormir sentado...” (Paciente O). Podemos buscar uma explicação para esta percepção junto à psicanálise, que vê a doença como um filho, neste caso um filho mau e malcriado que em lugar de trazer prazer é fonte de dor e aborrecimento para o seu criador¹².

“Tem que agüentar até onde Deus quiser, não

sei muita coisa, apenas que dói...” (Paciente J). Nesse sentido coloca Helman, (p.174), “Cada cultura ou grupo social, às vezes até cada família, tem uma linguagem de sofrimento única e própria: seu conjunto de termos próprios por meio do qual os indivíduos enfermos ou infelizes fazem com que as outras pessoas se tornem cientes de seu sofrimento”⁹. Enquanto alguns grupos sociais expressam a presença da dor de forma expressiva e expansiva, outros tendem a negar ou minimizar a presença da dor. A exteriorização do sentimento doloroso guarda uma forte relação com a história de vida do indivíduo, e a manifestação da dor foi muitas vezes o meio, através do qual ele obteve carinho, estímulo e atenção¹³.

Paciente E: “pode-se perder o controle a qualquer momento, não sofre tanto com o preconceito como antes...”. O paciente nos traz uma idéia clara de discriminação por parte da sociedade em relação aos seus problemas de saúde e ao seu próprio sofrimento o que demonstra que nossa medicina ocidental admite a existência da dor psicossomática ou psicogênica, mas geralmente não leva em conta os elementos sociais, morais e psicológicos envolvidos no processo da dor⁹. A dor é uma forma de expressar sofrimento, pedir ajuda e atenuar a angústia interior. Ela pode ser um meio de manifestar através do corpo os afetos e sofrimentos não expressos verbal e claramente¹³.

Assim como a dor, o medo é um dos sofrimentos mais primitivos do homem, diante do qual, ao contrário do que ocorria com o frio e a fome, ele ficava totalmente impotente¹⁵. “Tenho medo, pois pode vir à cegueira...” (Paciente P). Dentre todas as formas de emoção o medo é talvez a mais antiga e mais estudada. É através dele que os animais fogem de situações ameaçadoras à vida e buscam a sua sobrevivência¹⁶. Ligado a categoria medo está o tema morte, que é manifestado pelo paciente J desta forma: “Não pergunto porque me impressiono...(sua doença)”. A autora Kübler-Ross comenta (p.14), “Do ponto de vista psiquiátrico, isto é bastante compreensível e talvez se explique melhor pela noção básica de que, em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos”¹⁷.

Analisando a segunda pergunta, “o que representa a sua doença para a sua família?”, (Figura 2), agrupamos as respostas dos acamados nas seguintes categorias: união e afeto; aceitação e compreensão; necessidades de atenção e cuidados; incômodo; afastamento e desinteresse; desafio e superação; perdas e desgastes.

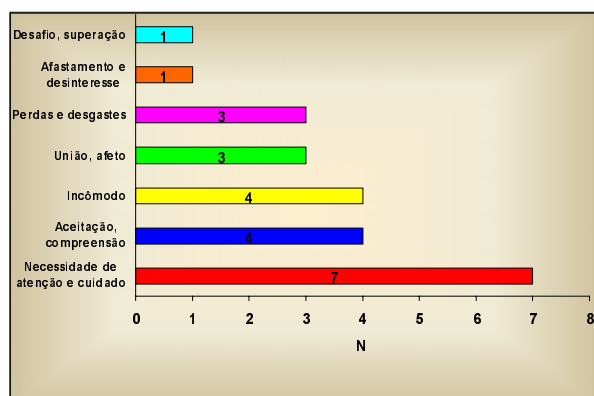


Figura 2. O que representa a sua doença para a sua família?

Analisaremos aqui os aspectos referentes à aceitação e compreensão, e a atenção e cuidados. Quando foram perguntados sobre o que representa a sua doença para a sua família, 7 (sete) pacientes responderam que sua doença representava muito trabalho, esgotamento e preocupação para seus familiares devido a grande necessidade de atenção e cuidados gerados pelo seu adoecimento. Conforme Kleiman, quando olhamos para uma sociedade como a nossa, podemos identificar três setores de assistência à saúde que estão interligados: o setor informal, o popular e o profissional⁹. A família representa o personagem principal do setor informal de assistência à saúde, cabe a ela identificar e tratar a maior parte das situações de falta de saúde. Dentro das famílias existe uma categoria de gênero, as mulheres, geralmente as mães ou avós, que diagnosticam a maior parte das enfermidades comuns e as tratam com os meios disponíveis. Acredita-se que nas sociedades ocidentais e não ocidentais 70 a 90 % da assistência à saúde se concretize nesse setor, representando o cuidado primário à saúde de fato⁹.

Nos últimos anos, diversos estudos foram realizados sobre a ligação entre o apoio social e o bem estar físico das pessoas. Eles demonstraram que ter um número razoável de relacionamentos sociais próximos está associado a um menor risco de morte em qualquer idade. As pesquisas que observaram especificamente pessoas doentes, demonstraram que durante uma doença grave, o apoio social continua a afetar as chances do doente de permanecer vivo¹⁸. Está claro para Goleman (p.296) que, “O sentido de ligação social - ficarmos juntos para obter segurança e conforto – é importante para a sobrevivência dos seres humanos desde os tempos primitivos”. É durante o processo de adoecimento que o ser humano está mais frágil e vulnerável às intempéries da vida, necessitando, portanto, de uma carga redobrada de

cuidados, de atenção, e apoio.

Quatro “acamados” associaram a representação da sua doença para a família como aceitação e compreensão. O apoio familiar para uma pessoa adoentada tem grande relevância assim como o respeito dos profissionais da saúde em relação aos recursos e as capacidades dos próprios pacientes e de suas famílias em lidar com a situação da doença. Ao atendermos uma família que está em crise precisamos sempre lembrar que ela possui suas próprias interconexões e seus recursos internos, que em muito podem nos ajudar a lidar com os problemas decorrentes do processo de adoecimento¹⁹.

CONCLUSÃO

No presente estudo, buscamos compreender a percepção que nossos pacientes acamados têm do seu processo de doença, e da representação deste processo para suas famílias. Nesta busca, aprendemos que a forma como o paciente vê sua doença é determinada por fatores emocionais, sociais e culturais. Dessa forma, faz-se necessário praticar a transdisciplinaridade, utilizando-nos dos conhecimentos das áreas de filosofia, antropologia, psicologia, sociologia e educação em benefício do ser humano.

A compreensão do processo de doença percebido pelo paciente exigiu de nós pesquisadores uma revisão ampla sobre os conceitos de saúde e doença, remetendo-nos a reflexões sobre o modelo biomédico e o paradigma cartesiano. Vivenciamos ainda hoje nas escolas médicas a idéia de que a doença é um inimigo a ser vencido, desconsiderando os aspectos psicossociais e espirituais da doença, impedindo que possamos ter consciência de que afastar completamente o processo de doença da vida dos seres humanos seria incompatível com o próprio processo de vida³.

O processo de envelhecimento de nossa população e o conseqüente aumento no número de pacientes acamados, gera o aumento de atendimentos a pacientes dependentes. Essa dependência é percebida pelos pacientes através de perdas, e/ou restrições que os limitam em suas atividades diárias. Assim, preconiza-se atualmente uma abordagem sistêmica que valorize o papel do cuidador e a funcionalidade dos pacientes, em detrimento da abordagem tradicional com ênfase em problemas e diagnósticos.

As atitudes do paciente em relação a sua doença são influenciadas pela percepção do processo pelo qual esta passando. Acreditamos que ao respeitarmos as diferenças culturais e de crenças de nossos pacientes a respeito do seu processo saúde/doença, nos aproximaremos deles de maneira mais efetiva e

passaremos a atendê-los de forma mais humana e integral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RUBINSTEIN, E. et al. PROFAM – Programa de Educacion a Distancia de Medicina Familiar y Ambulatoria. 2.ed. Buenos Aires: Fundación MS, 2001.
2. MINISTÉRIO da Saúde – Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para a Assistência Domiciliar na Atenção Básica/ SUS-Roteiro Orientador*. Brasília, 2001.
3. CAPRA, F. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.
4. CASTRO, I.B. Conceito de Saúde – Predicativos e Implicações. *Revista Brasileira de Enfermagem*. vol. 3, pg 275-280, 1978.
5. LAPLANTINE, F. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
6. CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 5 ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2000.
7. DETHLEFSEN, T. & Dahlke, R. *A Doença como Caminho*. São Paulo: Cultrix, 1983.
8. MACIOCIA, G. *Os Fundamentos da Medicina Chinesa*. São Paulo: Roca, 1996.
9. HELMAN, C.G. *Cultura, Saúde e Doença*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
10. ZANELLA, A.P., GONÇALVES, M. *Cuidando de quem cuida*. Pesquisa realizada no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, RS, 2001.
11. BARKER, L.R. et al. *Principles of Ambulatory Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
12. BALINT, M. *O Médico, seu Paciente e a Doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.
13. MELLO Filho, J. *Concepção Psicossomática: da teoria à prática médica*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1976.
14. HAYFLICK, Leonhard. *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
15. MELLO Filho, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.
16. TERRA, O. *Entenda Melhor Suas Emoções*. Porto Alegre : Mercado Aberto, 1999
17. KÜBLER-Ross, E. *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo : Martins Fontes, 1981.
18. GOLEMAN, D. & Gurin, J. *Equilíbrio Mente Corpo*. Rio de Janeiro : Ed. Campus, 1997.
19. WHITACKER, C.A. & Blumberg, W.M. *Dançando com a família. Uma abordagem experiencial*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

BIÓPSIA RENAL PERCUTÂNEA EM ENFERMIDADES GLOMERULARES

Rafael Pila Pérez *

Jorge Estrada Vidal **

Rafael Pila Peláez ***

Paulo Clemente de Argollo Mendes ****

Alejandra Bolívar Rubin ****

Marco Antônio de Argollo Mendes ****

RESUMO

Foi realizado um estudo descritivo longitudinal, baseado nos resultados histo-patológicos das biópsias renais por punção percutânea com orientação ultra-sonográfica, feitas em pacientes portadores de enfermidades glomerulares, biopsiados no Hospital Provincial Clínico Cirúrgico Docente Manoel Ascunde Domenech, no período de 1º de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2000. A amostra foi composta por cem pacientes submetidos a biópsia, com predomínio do sexo masculino (51,0%) e da raça branca (72,0%). A faixa etária mais afetada foi a de 20-29 anos, com trinta e sete pacientes, sendo que a forma de apresentação mais comum das glomerulopatias é a síndrome nefrótica (74,0%). O padrão histo-patológico mais prevalente nas enfermidades glomerulares primárias foi a esclerose segmentar e focal (21,0%), sendo a nefrite lúpica grau IV (41,6%) predominante dentre as secundárias. 86,0% dos casos apresentaram hematuria microscópica secundária ao procedimento, e não se observou modificação significativa na hemoglobínúria de 24 horas posterior a biópsia.

UNITERMOS: Biópsia Renal; histo-patologia; glomerulopatias.

ABSTRACT

RENAL BIOPSY IN GLOMERULAR DISEASES

A longitudinal descriptive study was made, based upon the histopathological results of the renal biopsies by percutaneous puncture with ultrasonographic guidance of patients with glomerular diseases, biopsied at Hospital Provincial Clínico Cirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech from January 1, 1999 to December 31, 2000. The sample was composed by one hundred patients who were submitted to biopsy, being 51% of male sex and 72% of white race. The most affected age group is the 20-29 years, with thirty-seven patients, and the most frequent glomerulopathy was the nephrotic syndrome (74%). The most prevalent histopathological standard found in primary glomerular diseases

*Especialista de II grau em Medicina Interna. Professor Titular e Consultor Instituto Superior de Ciências Médicas de Camagüey

**Especialista de II grau em Nefrologia. Hospital Manuel Ascunce Domenech

***Especialista de II grau em Medicina Interna. Professor Auxiliar Instituto Superior de Ciências Médicas de Camagüey

***Médico Clínico

was the segmental and focal sclerosis (21%), being the lupus nephritis level IV (41.6%) the most usual among the secondary ones. In 86% of the cases, there was the presence of microscopic hematuria, secondary to the biopsy procedure, and remarkable changes were observed in the hemoglobinuria in 24 hours after the biopsy.

KEY WORDS: Renal Biopsy; histopathology; glomerulopathies.

INTRODUÇÃO

Em 1950, Pérez de Ara¹ e em 1951, Iverin e Brun² demonstraram que a biópsia renal percutânea (BRP) pode ser segura e útil⁵.

A partir de 1950 iniciou-se um uso mais amplo da BRP. Começou-se a reconhecer as mudanças histo-patológicas prematuras que permitem definir as diferentes entidades nosológicas que se apresentam na Clínica Nefrológica, com síndromes renais comuns^{3, 4}.

Esta técnica se tornou imprescindível para estabelecer o diagnóstico e o prognóstico de múltiplas nefropatias.

Suas indicações se incrementaram com o aperfeiçoamento dos conhecimentos das técnicas de microscopia óptica, eletrônica e imunofluorescência^{6, 7, 8}.

As indicações para se proceder a uma biópsia renal variam consideravelmente, na dependência da experiência prévia no método e da habilidade na interpretação dos resultados⁹, ainda que existam situações onde está contra-indicada a BRP e que são

Endereço para correspondência:

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunde Domenech, Camagüey, Cuba.

Endereço para correspondência:

Dr. Rafael Pila Pérez

General Gómez 452

Camagüey-Cuba.

CP: 70100

consideradas por muitos autores como contra-indicações absolutas¹⁰.

O número de complicações em cada Centro Nefrológico se relaciona com a experiência do pessoal encarregado da BRP, com o bom estado do equipamento, as medidas de assepsia e anti-sepsia, e também com a tecnologia empregada para a localização do rim. Estes fatores atuam sobre as complicações e sobre a gravidade das mesmas^{2, 4, 5}.

A importância e a necessidade de se estabelecer o diagnóstico precoce das enfermidades renais, bem como o seu estado evolutivo, o qual nos permitirá melhorar o diagnóstico e o tratamento deste importante grupo de enfermidades, foi o que estimulou os autores para a realização do presente trabalho.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo de coorte descritivo longitudinal, sobre os resultados histo-patológicos da BRP com controle ultra-sonográfico de todos os pacientes do serviço de Nefrologia do Hospital Provincial Clínico Cirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech, biopsiados no período compreendido desde 1º de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2000.

O universo de estudo foi constituído por todos os pacientes com enfermidades renais bilaterais difusas de causas glomerulares primárias e de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico atendidos em serviços de nefrologia nos quais foi realizada BRP com orientação ultra-sonográfica.

O procedimento utilizado foi o mesmo que se emprega em diferentes centros nefrológicos do mundo. O material obtido com a punção foi colorido com as técnicas de hematoxilina e eosina, técnica de Pas-Tricrômica de Mallory e prata metenamina resultando em material adequado para análise histológica. Esta foi realizada por um anatomo-patologista treinado neste tipo de técnica, utilizando microscopia óptica e imuno-fluorescência direta.

Prévio à realização da BRP, foi feita uma profunda anamnese, e um exame físico exaustivo (critérios de Helsinski), bem como um grupo de exames indispensáveis, além do coagulograma completo, contagem de Addis, proteinúria de 24 horas, cultivo de urina, e ultra-som diagnóstico. Depois que o paciente foi internado e observado durante 24 horas, controlando-se e registrando-se todos os seus sinais vitais, bem como a apresentação de sintomas e sinais que nos orientassem sobre o aparecimento de complicações precoces relacionadas com o procedimento.

Posteriormente às primeiras 24 horas da

biópsia, realizou-se um hemograma completo, contagem de Addis e um ultra-som diagnóstico, assim como um novo exame físico acompanhado de um interrogatório, com o fim de determinar a evolução de novas complicações.

Neste trabalho foram consideradas as seguintes variáveis: idade, sexo, cor da pele, antecedentes patológicos familiares e pessoais, dados positivos ao interrogatório e ao exame físico, resultado dos exames complementares, resultados histo-patológicos e avaliação de complicações.

Os dados coletados em formulário foram levados a uma base de dados em Fox-Plus e foram processados para as tabelas de saída mediante o programa EPI-INFO. Os gráficos e texto foram realizados através do pacote computadorizado do Microsoft Office (Word e Excel).

Os dados foram apresentados através da distribuição de frequência (número e percentual) realizando-se o teste de chi-quadrado, buscando uma associação ou dependência entre algumas das variáveis estudadas.

RESULTADOS

Na presente investigação, dos cem pacientes em estudo, cinquenta e um deles (51%) pertenceram ao sexo masculino e quarenta e nove (49%) eram do sexo feminino, setenta e dois dos pacientes tinham cor de pele branca (72%) ($p < 0,05$), enquanto que quarenta e dois dos pacientes com idades entre 20-29 anos ocupavam o maior grupo de enfermos ($p < 0,05$). Também foram importantes as frequências entre 30-39 anos, com dezessete pacientes (17%), e a correspondente a 40-49 anos com vinte e um (21%).

Na Tabela I está descrito o comportamento das formas de apresentação das enfermidades glomerulares na presente série, constituindo estas as principais indicações para a BRP, sendo que a síndrome nefrótica se apresentou em setenta e quatro enfermos (74%), e também foi significativa a síndrome glomerulo-nefritica aguda em dezessete casos (17%).

Tabela I - Biópsia Renal Percutânea em enfermidades glomerulares. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech – Camagüey. Distribuição segundo formas de apresentação

Formas de apresentação	Frequência	%
Síndrome Nefrótica	74	74,0
Síndrome Glomerulonefritico agudo	17	17,0
Síndrome glomerulonefritico crônico	3	3,0
Síndrome glomerulonefritico rapidamente progressivo	1	1,0
Alterações urinárias mínimas e persistentes	5	5,0
Total	100	100,0

Neste trabalho, foram analisados os resultados dos espécimes histológicos, baseados na microscopia óptica e na imunofluorescência, em setenta e seis pacientes. Foi analisado o comportamento do padrão histo-patológico das enfermidades glomerulares primárias, sendo que a glomérulo-esclerose segmentar e focal foi o padrão mais frequentemente encontrado, estando presente em dezessete pacientes (22,7%), seguindo-se, por ordem de frequência: a) a glomérulo-nefrite mesangio-capilar, com quinze casos (19,8%); b) a enfermidade renal de alterações mínimas, presente em doze dos casos estudados (15,7%); e c) a glomérulo-nefrite membranosa, que afetou onze pacientes (14,4%). (Tabela II)

Tabela II - Biópsia Renal Percutânea em enfermidades glomerulares. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech – Camagüey. Distribuição segundo resultados histo-patológicos em enfermidades glomerulares primárias

Formas de apresentação	Frequência	%
Glomérulo esclerose segmentar e focal	17	22,7
Glomerulonefrites mesangio capilar	15	19,8
Enfermidade renal cambio mínimos	12	15,7
Glomerulonefrites membranosa	11	14,4
Nefropatia por IgA	8	10,5
Glomerulonefrites proliferativa endocapilar	5	6,5
Glomerulonefrites proliferativa mesangial	4	5,2
Riñon terminal	3	3,9
Glomerulonefrites rapidamente progressiva	1	1,3
Total	76	100,0

Dentro da nefropatia lúpica, foi feita a BRP em vinte e quatro pacientes, os quais foram classificados desde o ponto de vista histológico, seguindo os critérios da Organização Mundial de Saúde, reportando-se dez enfermos em grau IV (41,6%). A nefrite lúpica grau V apresentou uma frequência de 29,2%, seguida pela nefrite lúpica grau II, que representou 20,8% da amostra (Tabela III).

Tabela III - Biópsia Renal Percutânea em enfermidades glomerulares. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech – Camagüey. Distribuição segundo comportamento histológico das glomerulopatias secundárias.

Resultado histológico	Frequência	%
Nefrite lúpica grau I	1	4,2
Nefrite lúpica grau II	5	20,8
Nefrite lúpica grau III	1	4,2
Nefrite lúpica grau IV	10	41,6
Nefrite lúpica grau V	7	29,2
Total	24	100,0

Na Tabela IV está assinalada a frequência das complicações relacionadas ao procedimento da biópsia, onde pode ser verificado que a hematúria microscópica esteve presente em oitenta e seis casos (86%) ($p < 0,01$) seguido pela dor no local da punção em dezesseis enfermos (16%). A hematúria macroscópica, com 3%, e o hematoma peri-renal, com 2%, completam o total de complicações decorrentes da intervenção.

Ao serem comparadas as modificações da hemoglobinúria antes da BRP com a de 24 horas depois de realizado o procedimento, se observa que apenas dois casos (2%) apresentaram alterações significativas.

Tabela IV - Biópsia Renal Percutânea em enfermidades glomerulares. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech – Camagüey, 1998. Distribuição segundo aparecimento de complicações secundárias

Complicações	Frequência	%
Hematúria microscópica	86	86,0
Hematúria macroscópica	3	3,0
Hematoma peri-renal	2	2,0
Dor	16	16,0

DISCUSSÃO

Na presente investigação, pode ser observado um discreto predomínio do sexo masculino, com cinquenta e um pacientes (51% da amostra), o que nos permitiu estabelecer uma proporção de 0,9:1 entre mulheres e homens, resultado este não estatisticamente significativo. Queiroz de Souza e colaborador⁷, em um estudo onde se analisaram 209 BRPs encontraram um predomínio do sexo masculino, com 52%, e outros autores têm tido resultados similares^{11, 12}.

Pontier e Patel¹³ constataram um predomínio de 51% da raça branca, em um estudo de 285 BRPs realizadas em um período de 10 anos, assinalando-se como o primeiro estudo quanto à definição racial em uma população norte-americana. Este resultado, embora mostre um predomínio da raça branca, não é significativamente superior ao da raça negra, e também não pode ser diretamente relacionado com a diferença racial encontrada no presente estudo, o qual está em correspondência com a composição étnica da província em que foi realizado¹⁴.

Quanto à idade de apresentação das enfermidades glomerulares, pode ser constatado que quase todos os autores^{11, 12, 13} afirmam que os pacientes menores de 50 anos constituem os mais afetados por estas enfermidades renais, e os resultados da presente pesquisa são similares aos obtidos por aqueles investigadores.

As fontes de iniciação das glomerulopatias estão representadas pela combinação de vários sintomas e sinais determinados pela injúria glomerular, como a hematúria, a proteinúria, a redução do filtrado glomerular e alterações na excreção de sódio acompanhadas de edema, congestão circulatória e hipertensão arterial¹⁵. Se forem comparados os resultados do presente trabalho com os de outros estudos realizados por diferentes autores, pode ser observado que todos concordam ao afirmar que a principal forma de apresentação das enfermidades glomerulares, e que também constitui a principal indicação para a realização de uma BRP, é a Síndrome Nefrótica^{15, 16, 17}. Os resultados aqui apresentados são similares aos encontrados por estes autores.

A Síndrome Glomérulo-nefritica Aguda varia amplamente sua incidência, dependendo das condições sócio-ambientais, do desenvolvimento de um sistema de saúde mais eficaz, assim como do fator etiológico¹⁸. Na presente pesquisa, esta síndrome constitui a segunda forma de apresentação mais prevalente.

Pontier e Patel¹³ constataram que a esclerose segmentar e focal é a causa mais comum de Síndrome Nefrótica, enquanto que Trechtmann¹⁶ constatou que esta entidade foi o padrão histo-patológico mais freqüente, com 25,8% da amostra estudada. Os resultados aqui apresentados são similares aos obtidos nestes dois outros trabalhos. Alguns investigadores^{18, 19} concordam em propor a nefropatia com alterações em IgA como a causa mais comum das enfermidades glomerulares primárias na Ásia, Europa e Estados Unidos. Esta entidade nosológica, no presente trabalho, não apresentou uma alta incidência, ocupando a quinta posição entre as causas.

Neumann e colaborador²⁰, em 127 BRPs, observaram um predomínio da nefrite lúpica grau IV, com 54,3%, resultando similar aos aqui obtidos, embora a nefrite lúpica grau III, naquela pesquisa, ocupe o segundo lugar, enquanto aqui esta incidência não seja significativa.

Outros autores^{10, 21} também concordam que a nefrite lúpica grau IV constitui o padrão histo-patológico mais freqüente.

Contrariamente, Velázquez Forero e colaborador²² assinalaram a maior ocorrência de nefrite lúpica graus I, II e V, com uma prevalência de 68%.

Neumann e colaborador²⁰, Velázquez Forero e colaborador²² e Bousen²³, assinalaram a hematúria microscópica como a principal complicação da BRP e que a hematúria macroscópica só se apresentava em 3%, sendo que estes resultados são similares aos aqui constatados. Um relato que não está de acordo com os anteriormente propostos foi o obtido por Meola

e colaborador⁵, que observou, em 650 BRPs com controle ultra-sonográfico, a ocorrência de hematúria em 1,6% dos casos e uma prevalência de 26,6% de hematoma peri-renal, enquanto que, na presente pesquisa, esta complicação apresentou-se em 2% dos casos.

Alguns investigadores^{20, 22, 23} concordam em propor que a anemia secundária a hemorragias provocadas pela BRP não constitui uma complicação importante, o que está de acordo com os resultados aqui apresentados, com apenas dois casos (2%) apresentando estas alterações.

CONCLUSÕES

O sexo masculino, com cinquenta e um casos (51,0%), a cor da pele branca, em setenta e dois enfermos (72%) e os pacientes menores de 50 anos, com oitenta e sete (87%), foram os resultados de maior freqüência encontrados neste estudo.

A Síndrome Nefrótica foi a forma de apresentação mais freqüente dentre as enfermidades glomerulares, representando 74% da amostra.

Do ponto de vista histo-patológico, a esclerose segmentar e focal representou 21%, e foi o padrão mais freqüente.

A nefrite lúpica Grau IV, com dez casos, constituiu a forma histológica mais freqüente dentro da nefropatia lúpica.

A hematúria microscópica se apresentou em 86% dos pacientes biopsiados.

Não se observaram modificações significativas da hemoglobínúria de 24 horas depois da BRP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PÉREZ AA. La biopsia puntural del riñon no megalico: Consideraciones genelarales y aportación de un nuevo método. Liga del Câncer (La Hanbana) 1950; 25: 121-150.
2. IVERSEN P, Brun C. Aspiration biopsy of the Kidney. Amen. J. Med. 1951; 11: 324-329.
3. PÉREZ de Prado JC. Glomerulopatías Primarias Comportamiento Antómico y Evolutivo. Tesis Doctoral, Instituto de Nefrologia Ciudad Habana, 1997.
4. HAMBURGER J, KLEINKNECHT P. Nefrologia. Ciudad de la Habana: Edición Científico Técnica, 1985. p. 428-554.
5. MEOLA M, BARZOTTIG G, CUPISTI A: Free-Hand ultrasound guided renal biopsy: report of 650 consecutive cases. Ivehron 1994; 67: 425-430.
6. VAN Ypersele de Strihou, C. Nefrologia. Uso Clínico de la Biopsia Renal Percutânea. Ciudad de la Habana: Edición Científico Técnica, 1983. T. I, p. 102-146.

7. QUEIRÓZ de Sousa C, RUFINO Vasconcelos R. Estudo retrospectivo de incidência das glomerulopatias primarias en 15 años. Universidade Federal de Uberlandia, Memorias del III Congreso de Nefrologia, Lisboa. p 143, 1997.
8. GLASSOCK J, COHEN A, ADLAR G. Primary glomerular diseases. The kidney ed Bremnen B, New York, pag. 1721-1772, 1994
9. ROLLINO C, GAROFALO G. Colour – Coded doppler sonography in monitoring native kidney biopsies. Nephrol Dial. Transplant 1994; 9: 1260-1263.
10. VOSS DM, LYNO KL. Percutaneo renal biopsies an audit up a two year experience with de biopsy gun. NZ Med. J.; 1995: 108: 8-11.
11. OJOGWU L, UKOLI F. A follow up of study of adult nephrotic syndrome in Nigeriana. Afr. J. Med. Sei. 1996; 22: 43-50.
12. ZAINEL D, RIDUAN, A. Glomerulonephritis in Kelantan (Malaysia): Review of the histological pattern Southeast. Asian. J. Trop. Med. Public Health 1996; 26(1): 149-153.
13. PONTIER P, PATEL T. Racial differences in the prevalence and presentation of glomerular disease in adults. Clin. Nephrol. 1995; 42: 79-84.
14. MATEO D. A Anuario/85. La Habana: Ed Científico Técnico, 1985. p. 361-367.
15. KASINATH B.S. Preteinuria In: Internal Medicine of Stein JH. 4th ed. San Louis (USA) Ed. Mosby, 1994. p. 2601-2605.
16. TRECTMAN, H, BERGWERK A: Isolated proteinuria in children. Natural history and indications for renal biopsy. Clin. Pediatr. of North. Am. 1994; 33: 468-472.
17. MANDEL A, JENNETTE J: Diagnosis and management of renal disease and hypertension. 2nd ed. London: Academic Press, 1994. p. 205-229.
18. COUSER W. Glomerular disease. In: Internal Medicine in Stein J.H. 4th ed. San Louis (USA): Ed. Mosby, 1994. p. 2705-2728.
19. CUERO Z, CEZA J. Nefropatia por IgA. Experiencia en el Hospital Universitario del Valle. Rev. Med. Caja Seguro Soc. (México) 1995; 25: 121-127.
20. NEUMANN K, WALLAGE D COOPER M: Lupus in the 1980's III. Influence of clinical variables, biopsy, and treatment on the out come in 150 patients with lupus nephritis. Seen at a single center. Semin. Arthritis. Rheum. 1995; 25: 47-55.
21. COSTA Rica Envolvimiento renal na lupus eritematoso sistêmico. Rev. Bras. Reumatol 1995; 28: 132-138.
22. VELÁZQUEZ Forero F, CASAS Mercado E. Renal transition forms in lupus nephritis Clinico-Pathological correlations. Phatologia 1990; 28: 115-122.
23. BOUSER W. Mediation of inmune glomerular injury. J. Am. Soc. Nephrol. 1992; 1: 13-20.

NEOPLASIA DE PULMÃO. ESTUDO CLÍNICO-HISTOLÓGICO DE 174 CASOS

Rafael Pila Perez *

Aquiles Rodriguez Lopez **

Rafael Pila Pelaez ***

Paulo Clemente de Argollo Mendes ****

Marco Antonio de Argollo Mendes ****

Alejandra Bolívar Rubin ****

RESUMO

Foi realizado um estudo descritivo de 174 pacientes portadores de neoplasia de pulmão, falecidos nos hospitais Manuel Ascunced Domenech e Amália Simoni, na cidade de Camagüey, Cuba, em um período compreendido entre 1994 e 2000. Este diagnóstico foi estabelecido mediante necropsia. Nos resultados obtidos, comprovou-se uma maior frequência da enfermidade no sexo masculino e em pacientes fumantes. A grande maioria dos pacientes encontrava-se na faixa etária de 40-79 anos de idade. A tosse foi o sintoma inicial mais freqüente e também a manifestação clínica mais importante. O sinal radiográfico fundamental foi o derrame pleural, e o tipo histológico mais comum correspondeu ao carcinoma epidermóide. Realizou-se o tratamento cirúrgico em um escasso número destes pacientes, sendo as localizações e metástases similares às assinaladas por outros investigadores. São feitas uma revisão da literatura e uma comparação entre os resultados desta pesquisa e os de outros autores.

UNITERMOS: Câncer de pulmão; Histologia; Clínica; Diagnóstico e Tratamento.

ABSTRACT

LUNG NEOPLASIA. CLINICAL-HISTOLOGICAL STUDY UPON 174 CASES

Is presented a descriptive study of 174 patients with lung cancer, deceased at Manuel Ascunced Domenech and Amália Simoni hospitals in Cuba, Camagüey city, from 1994 to 2000. This diagnosis was stated by means of necropsis. From these results was observed a predominance of the disease among male and smoker patients. Most of the patients were in the 40-79 age group. Cough was the early prevailing symptom and was also the most relevant clinical manifestation. X-ray showed pleural effusion as the fundamental sign, and the

epidermoid carcinoma was the most frequent histologic pattern. A small number of patients were operated, and the showing sites and metastasis were similar to those pointed out by other workers. Literature is reviewed and the results of the present study are compared to the ones presented in different reports.

KEY WORDS: Lung Cancer; Histology; Clinics; Diagnosis and Treatment.

INTRODUÇÃO

No presente século se tem observado um crescimento constante da mortalidade por neoplasia de pulmão em ambos os sexos. Este fato talvez não só resulte de um aumento verdadeiro na cifra de incidência, como também pode ser o resultado de uma diminuição na mortalidade por enfermidades que outrora dizimavam a humanidade, e agora já estejam melhor controladas; isto pressupõe um aumento na longevidade e desta forma um maior número de indivíduos alcança a idade de maior susceptibilidade para o desenvolvimento de cânceres. Outros fatores que poderiam influir são o tabagismo, o desenvolvimento industrial e o progresso dos métodos diagnósticos ¹.

O câncer de pulmão converteu-se no tipo de câncer mais freqüente em homens, em diferentes países; e nas mulheres, ainda que sua incidência seja menor, nos últimos anos podem ser observados incrementos de importância relevante em sua incidência ^{2,3}.

O objetivo do presente trabalho é o de conhecer as estatísticas da neoplasia de pulmão na região de

* Especialista de II grau em medicina interna, professor titular e consultor - Hospital Manuel Ascunced Domenech - Camagüey - Cuba.

** Especialista de II grau em medicina interna - professor auxiliar do Hospital Amália Simoni - Camagüey - Cuba.

*** Especialista de II grau em medicina interna - professor auxiliar - Hospital Manuel Ascunced Domenech - Camagüey - Cuba.

**** Médico Clínico

Endereço para correspondência:

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunced Domenech, Camagüey, Cuba.

Endereço para correspondência:

Dr. Rafael Pila Pérez

General Gómez 452

CP 70100 - Camagüey - Cuba

realização desta pesquisa, tanto em termos clínicos quanto histológicos, bem como os resultados dos diferentes exames nesta entidade, ao mesmo em que são avaliadas suas metástases mais freqüentes e o tratamento adotado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudou-se pacientes portadores de neoplasia de pulmão, e que posteriormente faleceram entre janeiro de 1999 e dezembro de 2000 no hospital Manuel Ascunced Domenech e no hospital Amália Simoni, ambos na cidade de Camagüey, Cuba.

Na totalidade dos casos verificou-se o diagnóstico por estudo histo-patológico mediante necropsia, utilizando para esta finalidade a classificação estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

As variantes estudadas foram: idade, sexo, raça, procedência, hábito de fumar, antecedentes patológicos pessoais e familiares, sintomas, sinais, motivo de hospitalização, manifestações metastáticas e paraneoplásicas, localização das metástases, resultados dos exames realizados, tipo histológico e modalidades terapêuticas empregadas.

RESULTADOS

A maior parte de nossos pacientes tinham entre 40 e 79 anos (83,3%), eram do sexo masculino (75,9%) e pacientes de raça branca (71,8%).

Em nosso estudo, cento e cinco pacientes (60,3%) procediam de área urbana e cento e quarenta e três (82,2%) consumiam cigarros e em menor quantidade, charutos.

Entre os antecedentes patológicos pessoais mais importantes foi constatado um predomínio da enfermidade pulmonar obstrutiva crônica, que apresentou-se em sessenta e sete dos pacientes (38,5%), enquanto que entre os antecedentes familiares, nove deles tinham parentes próximos falecidos de neoplasia de pulmão (5,2%), e trinta e um (17,8%), decorrentes de neoplasias em outras localizações. O sintoma inicial mais freqüente foi a tosse, em oitenta e sete pacientes (50%), seguido pela dispnéia (16,1%) e por dor torácica (12,6%).

O motivo de hospitalização mais freqüente na presente série foi a dispnéia, em sessenta e sete enfermos (38,5%), seguida pela dor torácica e pela hemoptise (ver Tabela I).

As manifestações gerais e pulmonares são expostas na Tabela II.

A anemia constituiu a manifestação paraneoplásica mais freqüente nesta casuística, em

Tabela I – Neoplasia de pulmão. Estudo clínico histológico de 174 casos. Motivo de hospitalização.

Motivo de hospitalização	Número de pacientes	%
Dispneia	67	38,5
Dor torácica	38	21,8
Hemoptise	15	8,6
Tosse	13	7,5
Astenia	10	5,7
Febre	8	4,6
Hemiplegia	5	2,9
Cefaléia	3	1,7

Fonte: Prontuários clínicos.

Tabela II – Neoplasia de pulmão. Estudo clínico histológico de 174 casos. Manifestações gerais e pulmonares.

Sintomas	Número de pacientes	%
Tosse	147	84,5
Astenia	125	71,8
Dispneia	121	69,0
Anorexia	112	64,4
Perda de peso	102	58,6
Dor torácica	91	52,3
Expectoração	73	42,0
Febre	50	28,7
Hemoptise	36	20,7
Sinais		
Estertores úmidos	73	42,0
Estertores secos	52	29,9

Fonte: Prontuários clínicos.

cinquenta e nove pacientes (33%). Outros achados foram o hipocratismo digital (5,7%), a disproteinemia (4,6%), a policitemia (3,4%), a hipercalcemia (3,4%), a púrpura (3,4%), a tromboflebite (3,4%) e a reação leucemóide em 1,3% dos casos.(tabela III)

O derrame pleural constituiu a imagem radiológica mais freqüentemente encontrada em trinta e dois pacientes (18,3%), seguido por massas de consolidação de aspecto tumoral e engrossamento hilar, obtidos em trinta pacientes (17,2%). O índice de radiografias negativas foi de 4,6%.

Tabela III – Neoplasia de pulmão. Estudo clínico histológico de 174 casos. Manifestações paraneoplásicas.

Motivo de hospitalização	Número de pacientes	%
Anemia	39	33,9
Hipocratismo digital	10	5,7
Disproteinemias	8	4,6
Policitemia	6	3,4
Hipercalcemia	6	3,4
Púrpura	6	3,4
Tromboflebite	6	3,4
Reação leucemóide	4	1,3

Fonte: Prontuários clínicos.

A tomografia axial computadorizada foi realizada em oitenta e quatro pacientes, com 67,6% de imagens positivas ou sugestivas, enquanto que em cinquenta e um pacientes praticou-se broncografia, com um índice de positividade de 40%. (Tabela IV)

Tabela IV – Neoplasia de pulmão. Estudo clínico histológico de 174 casos. Achados radiográficos.

Radiografia	Número de pacientes	%
Derrame pleural	32	18,3
Condensação tumoral	30	17,2
Engrossamento hiliar	30	17,2
Bronco-pneumonia	18	10,3
Engrossamento mediastinal	15	8,6
Pneumonia lobular	12	6,9
Atelectasia	10	5,7
Nódulo solitário	8	4,6
Cavitação	6	3,4
Outros	7	4,1
Radiografia negativa	8	4,6

Fonte: Prontuários clínicos.

Entre outros exames realizados, temos a broncoscopia, algumas destas com biópsia, lavagem bronquial e estudo citológico do escarro. (Tabela V)

O padrão histológico de maior incidência na presente série foi o carcinoma epidermóide, com oitenta e um pacientes (46,6%), seguido, em ordem de frequência, pelo carcinoma de células pequenas, com trinta e cinco pacientes (20%) e o adenocarcinoma, com vinte e oito pacientes (16,6%). (Tabela VI)

Os tumores encontraram-se com maior frequência no pulmão direito, em cento e sete pacientes (61,5%).

O fígado representou o lugar mais freqüente de localização de metástases remotas, encontrando-se, em trinta e três pacientes (19,0%), em outras localizações. As mais freqüentes foram as glândulas supra-renais (15,5%), os rins (11,5%), o cérebro e o pericárdio (9,8%).

No presente estudo, receberam tratamento sintomático cento e quarenta pacientes (80,4%), e vinte e um (12,1%) foram tratados cirurgicamente, e outros treze (7,5%) receberam tratamento citostático.

DISCUSSÃO

Aqui se deve assinalar que esta afecção se apresenta sobretudo em pessoas de mais de 40 anos, por sua maior susceptibilidade a padecer de processos neoplásicos ⁴.

Na série aqui apresentada, a maioria dos pacientes (83,3%) estava compreendida entre 40 e

79 anos. Ainda que o sexo masculino sempre tenha sido o predominante nesta enfermidade, muitos dos autores ^{2,5} concordam em que, nos últimos anos, foi constatado um importante incremento de sua prevalência no sexo feminino. Observa-se que a proporção entre ambos os sexos, em décadas anteriores, oscilava entre 5:1 e 10:1 ¹, que nos Estados Unidos reduziu-se em 1980 a 2,6:1 ⁶; e que no presente estudo, esta incidência foi de 3,1:1.

Já foram apontados muitos fatores com ação cancerígena. De todos estes, o mais debatido, mas por sua vez também o mais carregado de implicações sócio-econômicas, é a fumaça do tabaco ^{6,7}. Múltiplos trabalhos demonstram a indubitável relação existente entre o tabaco e o câncer de pulmão ⁷, e existem autores, como Cruz e colaboradores ⁸, que o encontraram em mais de 95% de seus casos. Também foi obtida uma elevada proporção de fumantes (82,2%). Uma questão interessante é o fato de que causa pode fazer que nem todos os fumantes cheguem a ter câncer de pulmão, o que se tem tentado relacionar com a susceptibilidade individual, que por sua vez seria dependente de fatores genéticos ^{7,8}.

As manifestações clínicas desta entidade nosológica não são específicas. Em muitas ocasiões, trata-se de pacientes fumantes portadores de outras pneumopatias crônicas que apresentam sintomas similares às principais manifestações da neoplasia de pulmão, e por outra parte, pelo fato de que os sintomas gerais, algo mais orientadores, evidenciam-se apenas em um estado mais avançado da afecção. E o conjunto destes fatores dificulta a realização de um diagnóstico mais precoce ^{9,10}. A tosse constituiu o sintoma inicial mais freqüente, assim como a manifestação clínica mais importante. Deve ser ressaltado que, por serem os sintomas comuns a um grande número de afecções respiratórias, muitas vezes não se dá a devida importância a quadros patológicos que possam ser sugestivos deste diagnóstico. Também tem grande importância a mudança de suas características ao longo da evolução da doença, sobretudo o aumento da intensidade destes sinais e sintomas ^{10,11}. Outro aspecto que deve ser destacado é o fato de que o derrame pleural, que denota um estado mais avançado da lesão ^{12,13}, ter sido o sinal radiológico mais freqüente nesta série.

A introdução do fibrobroncoscópio flexível, por Ikeda ¹⁴, em 1968, revolucionou os métodos diagnósticos, por suas evidentes vantagens em relação ao broncoscópio rígido de Fridel, já que permite realizar o diagnóstico em lesões situadas mais periféricamente. Na série aqui apresentada, foi obtido um índice 22,2% de positividade com este exame, valor este que é relativamente baixo quando comparado

com outros estudos^{15,16}, mesmo que seja considerado que se utilizava indiferentemente ambos os tipos de broncoscópios, evidenciando-se uma maior efetividade com o flexível. As diferenças entre as distintas variedades histológicas dependem também do tipo de amostra pesquisada, que pode ser por biópsia, por citologia, por amostra cirúrgica ou por necropsia.

Na maioria dos estudos, encontra-se que o carcinoma epidermóide é o tipo predominante, mas as principais diferenças são representadas nos restantes tipos de cânceres.

Avervach¹⁷, em um estudo com necropsias, encontrou as seguintes freqüências: carcinoma epidermóide (33%), adenocarcinoma e carcinoma de células pequenas (25%) e carcinoma de células gigantes (16%), resultados estes que não se diferenciam notavelmente dos resultados da presente pesquisa. Já foram descritas¹⁸ até mesmo misturas destes tipos celulares no mesmo tumor.

As metástases distantes mais freqüentes localizaram-se no fígado, nas supra-renais e nos rins, o que coincide com relatos anteriores^{19,20}. O tratamento cirúrgico, desde que foi introduzido por Graham em 1933, sempre constituiu o método terapêutico que oferece maiores possibilidades de sobrevivência^{21,22}.

As técnicas cirúrgicas experimentaram um grande desenvolvimento nas últimas décadas, e as tendências atuais são de se rechaçar as ressecções demasiado amplas e radicais, que envolvam eliminação de tecido celular do mediastino, as quais, além de produzirem grandes transtornos da função pulmonar, também lesionam o aparelho linfático regional, que por sua vez, participa na imunidade anticancerosa^{19,20,21}. A imunoterapia constitui uma terapêutica de desenvolvimento recente, e sua utilização fundamenta-se na imunodepressão que se associa a este tipo de processo neoplásico^{21,23}.

No presente estudo, o número de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico foi relativamente baixo (12,1%), fator este que esteve determinado pelo estado avançado da doença quando da realização de seu diagnóstico, o qual condicionou o curso fatal da evolução, em curto tempo, para a maioria destes pacientes.

Este fato reafirma uma vez mais que a principal arma com que contamos na atualidade, na luta contra esta nefasta enfermidade é o diagnóstico precoce. Estes dados ajudam a corroborar a importância fundamental que tem, antes de outros aspectos, a educação da população, sobretudo quanto ao hábito de fumar. Mesmo assim, ante este problema, se deve melhorar os meios de diagnóstico e a qualificação profissional das equipes de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. BLACK, LF. Quistes y neoplasias del pulmon. In: Cecil-Loeb. Tratado de medicina interna. La Habana. Pueblo y Educación. 1984;1199-1212.
2. PILA PR, DE LA ROSA PN. Neoplasia del pulmon en el sexo femenino. Informe de 207 casos. Rev.Cub. Med. 1991; 20: 74-85.
3. REGISTRO Nacional del Cancer. Datos del quinquenio 1980-1985. MINSAP. La Habana.1986.
4. BERNATH H. Epidemiology of lung cancer. Z. Anest. Probild. (Jena) 1991; 75:380-389.
5. DALV, P. Epidemiology of tumors of the lung. Minerva Med 1990; 71: 265-268.
6. JICK, H. Lung cancer in young women. Arch Intern Med 1979; 139:745-746.
7. CIVISOI, C. An attempt of a statistical demonstration of carcinogenetic role of cigarette smoking on the basis of results of an epidemiologic study of 2015 cases of pulmonary hospitalized in Florence. Minerva Med 1982; 73:2375-2378.
8. CRUZ, HJ, DEL PINO MONTES, J, VEGA Cruz, M, PINUEL Raigado, J, SÁNCHEZ Rodríguez, A, DE PORTUGAL Alvarez, J. El cancer broncopulmonar en nuestro medio. A propósito de 72 casos. Rev. Clin. Esp. 1982; 165: 337-341.
9. FRANK, AL. The epidemiology and ethiology of lung cancer. Cíln Chest Med 1992; 3: 219-228.
10. RIVERO Serrano, O. Cáncer Broncogénico, Neumología. 2da. Ed. Editorial Trillars, España, 1988.
11. CROMPTON, G. Small cell lung cancer. Br. Med. J. 1990; 6719: 209-210.
12. HATCH, H, Knudson, R. Manifestaciones extratorácicas de carcinoma broncogénico. Med. Clin. Nort. Am. 1967; 65: 1041-1044.
13. FENNESY, J. Radiology in lung cancer. Med. Clin. Nort. Am. 1985; 78: 97-120.
14. IKEDA, S. Flexible broncho fiberoptic. Otorrinolaryng 1970; 79: 916-920.
15. ROMERO Candeira, S, PADILLA Navas, L, JIMÉNEZ Cruz, M et al. Rentabilidad diagnóstica de la broncoscopia en el carcinoma bronquial. Rev. Clin. Esp. 1984; 174: 243-246.
16. MARTÍ, J, AGUSTI, L, LINACISORO, MC, AYERDI, C, ARAMBURU, E, DOMINGUEZ, FJ. Características endoscópicas del carcinoma bronco pulmonary. Estudio de 226 endoscopías. Rev. Clin. Esp. 1986; 178: 8-10.
17. AUERVACH, O, STOUT, A, HAMMOUD, E, GARFINKEL, L. Histologic type of lung cancer in relation to smoking habits, year of diagnosis and sites of metastasis. Chest 1973; 67: 382-387.
18. BEGDAN, T. Fifty years of experience with lung cancer surgery. Vestn. Kltir. 1994; 132: 69-71

19. STEVENSON, R. Fifteen years of surgical experience with carcinoma of the lung. Am. J. Surg. 1993; 146: 708-711.
20. BESTIE, EJ. Lung cancer. World J. Surg. 1981; 5: 661-662.
21. FUJISAWA, T. Advancet immunotherapy of pulmonary resected lung cancer with transfer factor. Cancer 1984; 54: 663-669.
22. PARIÁ Romeu, F. Resultados de la cirugía en el cancer branco pulmonary. Estudio de supervivencia y de los factores pronósticos. Rev. Cir. Esp. 1987; 41: 270-280.
23. SELUAM-Housein Abdo, E, CASTILLO Martinez, J, ORTÍZ Prieto, A, CARULLA Ballester, A. Tratamiento del cancer del pulmón mediante Interferón Leucocitario más radioterapia. Rev. Cub. Cir. 1986; 25: 542-548.

ANTIBIOTICOPROFILAXIA PARA INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO: NORMA TÉCNICA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO (HNSC)

* Lahir Chaves Dias

** Paulo Behar

RESUMO

Esta Norma Técnica do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) foi desenvolvida em 1995 em conjunto entre os diferentes Serviços Cirúrgicos e o Controle de Infecção Hospitalar (CIH) mais o Serviço de Anestesiologia. Sempre que necessário, a Norma veio sendo atualizada e disponibilizada na intranet para facilitar o acesso principalmente dos médicos residentes novos a cada ano.

UNITERMOS: prevenção, infecção hospitalar, infecção de sítio cirúrgico, antibioticoprofilaxia, antibióticos.

ABSTRACT

ANTIBIOTICS PROFILAXIS FOR SURGICAL SITE INFECTION: CONCEIÇÃO HOSPITAL PROTOCOL

It is presented a carried out by the hospital infections control and anesthesiology service from Conceição Hospital, which was created in 1995. The Protocol is being updated as frequently as necessary and it is available through the intranet, in order to have an easy access, specially to residents who enter in the service each year.

KEY WORDS: Prevention, Hospital Infection, Surgical Site Infection, Antibiotics.

INTRODUÇÃO

Na década de 1980, a OMS começou a recomendar a implantação de controle de uso de antibióticos em Hospitais. E o controle do uso profilático foi o primeiro a ser recomendado. Sendo assim, em 1995, o Programa de Antibióticos do

HNSC, contando então com um médico infectologista contratado exclusivamente para o Programa de antibióticos iniciou o trabalho focando a antibioticoprofilaxia de infecção de sítio cirúrgico.

Esta Norma Técnica do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) foi desenvolvida em 1995 através de busca conjunta de evidências e de consenso entre os diferentes Serviços Cirúrgicos e o Controle de Infecção Hospitalar (CIH) e impressa e distribuída amplamente na instituição em 1996. Foram realizadas tantas reuniões quanto necessárias para que o grupo considerasse a Norma pronta para ser implantada. A chefia do Centro Cirúrgico (Dr. Nelson Rosemberg) colaborou estimulando a sua consecução. Sua participação foi fundamental para facilitar a aceitação da proposta de mudança. Sempre que necessário, a Norma veio sendo atualizada e disponibilizada na intranet. A última atualização data de dezembro de 2004, que modifica basicamente o tempo de antibioticoprofilaxia na Cirurgia Cardíaca. Para garantir boa adesão da norma, houve desde o início, também reunião com a equipe da Anestesiologia onde foi acordado a disponibilização de “kit” de profilaxia que é recebido e aplicado pelo médico anestesista conforme a Norma.

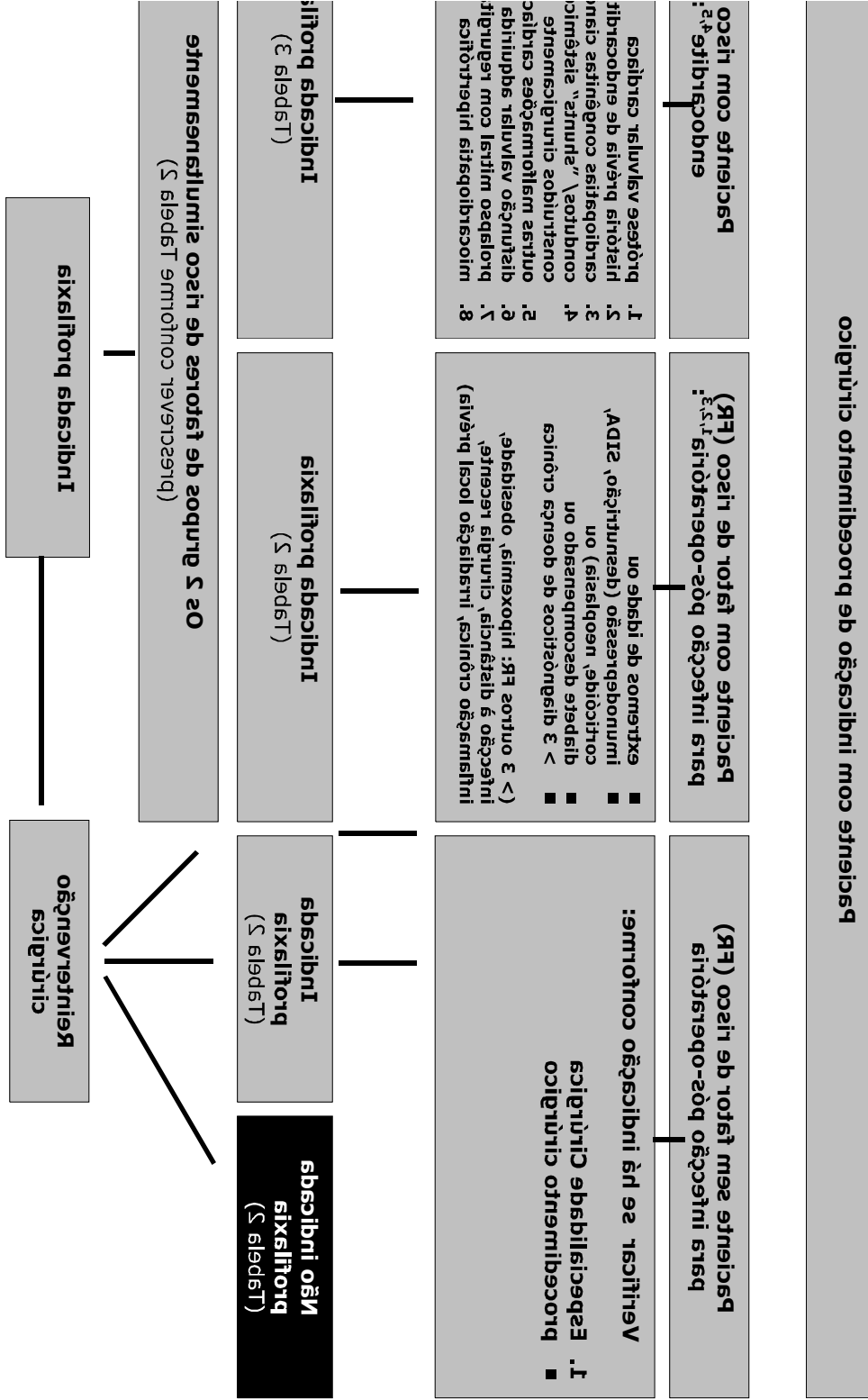
A Figura 1 apresenta o processo decisório proposto para o uso de antibioticoprofilaxia para infecção de sítio cirúrgico no HNSC sob uma visão geral de toda a Norma. No caso de reintervenção, o processo decisório deve ser recommçado. O restante do texto detalha os itens deste algoritmo apresentado.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HNSC
Rua Francisco Trein, nº596
CEP: 91350-200 - Porto Alegre/RS

* Enfermeira, Assistente de Gerência do Controle de Infecção Hospitalar - HNSC

** Médico Infectologista - SCIH - HNSC



DESENVOLVIMENTO

Rotina de antibioticoprofilaxia para infecção de sítio cirúrgico no HNSC, 2004.

Esta revisão tem por objetivo atualizar e unificar as Rotinas de Antibioticoprofilaxia cirúrgica do Hospital para pacientes adultos, principalmente para obedecer às recomendações do Ministério da Saúde do Brasil sobre o assunto³. Esta nova Rotina está embasada nos protocolos anteriores montados em conjunto: cada especialidade cirúrgica e SCIH, durante os anos de 1994 a 1997^{6,7}. Nessas rotinas, que permanecem como base deste texto, foram realizadas alterações, para alcançar compatibilidade com o documento do Ministério. Esta Norma Técnica substitui as anteriores sobre antibioticoprofilaxia. Considerar as referências que foram utilizadas para a sua confecção mais o Consenso Nacional atual.

Afirmarções do Consenso³ que passam a ser também Norma Técnica / Rotina no HNSC:

1. “A profilaxia é utilizada para reduzir os riscos de infecção no sítio da cirurgia. Não tem como finalidade reduzir o risco de infecção em outros sítios.”

2. “A profilaxia antimicrobiana não funciona como substituto para antisepsia adequada, técnica cirúrgica correta e avaliação precisa do paciente.”

3. “O espectro do antimicrobiano deve ser relacionado com a microbiota do sítio cirúrgico e compatível com o perfil de sensibilidade do hospital.”

4. “Não há indicação de profilaxia antimicrobiana na maioria das cirurgias limpas e potencialmente contaminadas porque sua utilização não determina redução da taxa de infecção da ferida.”

5. “A profilaxia antimicrobiana é indicada em:

- intervenções cirúrgicas em pacientes idosos, imunodeprimidos, portadores de mais de três diagnósticos ou diabéticos descompensados;
- cirurgias contaminadas, exceto em cirurgia proctológica orificial e na drenagem de abscessos localizados em pacientes clinicamente estáveis;
- cirurgias cardíacas com uso de circulação extracorpórea;
- cirurgias ortopédicas (limpas, com prótese);
- cirurgias vasculares periféricas (limpas, com prótese);
- cirurgias torácicas;
- cesariana após o clampeamento do cordão umbilical;
- histerectomias;
- cirurgias especiais como:
 - hérnias multi-recidivadas
 - hérnias incisionais volumosas

- implantes de próteses
- esplenectomia, na hipertensão portal;
- cirurgias neurológicas limpas e potencialmente contaminadas;
- cirurgias urológicas.”

6. “O uso prologado de antibiótico no pós-operatório não reduz o risco de infecção e aumenta o custo, a resistência bacteriana e os efeitos colaterais indesejáveis.”

7. “Não é recomendado estender a profilaxia além do tempo transcorrido da cirurgia.”

8. “A profilaxia antimicrobiana em cirurgia tem início na indução anestésica. Duração: dose única que cubra o tempo da intervenção.”

9. “As cefalosporinas de 1ª geração são as drogas de escolha para a maioria das especialidades cirúrgicas.”

10. “A cefazolina tem meia vida de duas horas e cobre, portanto, cirurgias de até 3-4 horas de duração.”

11. “A cefalotina possui meia vida mais curta (28 minutos) obrigando à reutilização a cada uma hora de cirurgia.”

“Padronizar antimicrobianos usados no hospital e implantar rotinas de antibioticoprofilaxia clínica e cirúrgica são medidas que contribuem para o uso racional de antimicrobianos.”

OBSERVAÇÕES:

Constituiu-se excessões à dose única:

a. Hemorragia maciça (> 1 litro): mais uma dose de qualquer dos antibióticos^{1,2}

b. Antibioticoprofilaxia indicada no pós-operatório:

- Cirurgia Cardíaca:	cirurgias indicadas[@]
24h (cefazolina) ^s	
- Cirurgia Vascular:	cirurgias indicadas[@]
24h (cefazolina) ^s	
- Cirurgia Torácica:	esofagectomia
24h (cefazolina)	
- Cirurgia Urológica:	nefrectomia
24h (cefazolina)	
prótese peniana	24h (cefazolina)

[@] Vide Tabela II

c. Em relação às indicações:

Vide a Tabela II e os fatores de risco e as situações especiais descritos nas páginas 5 a 9.

Quadro 1 – Doses e vias para antibioticoprofilaxia de infecção de sítio cirúrgico e de endocardite bacteriana em adultos

	Antibiótico	Pré-operatório		Trans-operatório	Pós-operatório
		Antes da indução	Indução anestésica		
1	Cefazolina	-	2g i.v.	2g i.v. 3/3h	2g i.v. 8/8h
2	Cefoxitina	-	2g i.v.	2g i.v. 2/2h	2g i.v. 8/8h
3	Clindamicina	-	-	-	300mg 8h após
4	Eritromicina	1g v.o. 8/8h no dia prévio (preparo de cólon)	-	-	-
5	Neomicina	1g v.o. 8/8h no dia prévio (preparo de cólon)	-	-	-
6	Tetraciclina	1g v.o. 6h antes dilatação/curetagem	-	-	1g v.o. 6h após dilatação/curetagem
7	Amoxicilina*	2g v.o. ou i.m. 1h antes do procedimento*	-	-	-
8	Ampicilina*	2g i.v. 30min antes (sem v.o. ou acesso venoso já disponível)	-	-	-
9	Metronidazol	-	1g i.v.	não indicada	-
10	Gentamicina	-	80mg i.v.	não indicada	-

* Profilaxia de endocardite bacteriana: vide observações p. 6.

Dose única intravenosa na indução anestésica (antibióticos 1,2,3,9 e 10)^{1,2,8}.

Quadro 2 – Indicações de antibioticoprofilaxia segundo o procedimento cirúrgico

Serviço Cirúrgico	Antibioticoprofilaxia
PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO
Cirurgias Endócrina e Plástica	Não indicado
Cirurgia de Cabeça e Pescoço e ORL	Clindamicina⁸
Tonsilectomia com ou sem adenoidectomia	<i>Não indicada⁸</i>
Cirurgias maiores de cabeça e pescoço e orais	Clindamicina
Cirurgia Torácica	Cefazolina
Maior parte das cirurgias, incluindo lobectomia e pneumonectomia	Cefazolina
Esofagectomia	Cefoxitina
Cirurgia Cardíaca	Cefazolina
Esternotomia mediana, "By Pass" de artérias coronárias, cirurgia valvar	Cefazolina
Inserção de marca-passo	Cefazolina
<i>Cateterismo cardíaco</i>	<i>Não indicada</i>
<i>Cateterismo cardíaco em paciente com prótese valvar</i>	<i>Não indicada</i>
Cirurgia Vascular	Cefazolina
Cirurgia de revascularização que envolve implante de prótese, independente do local ou da extensão do procedimento	Cefazolina
Cirurgia de revascularização em presença de gangrena ou de lesão ulcerada, independente do local e da extensão do processo gangrenante, independente do local ou da extensão do procedimento e independente do emprego de prótese ou de material autógeno	Cefazolina
Amputação de membros inferiores devido à doença isquêmica	Cefazolina

Cirurgia Geral	Cefazolina & Cefoxitina
<i>Laparotomia, desfazer aderências, cirurgia que não envolva víscera</i>	<i>Não indicada</i>
<i>Colecistectomia simples</i> (aberta ou laparoscópica)	<i>Não indicada</i>
<i>Colecistectomia complicada*</i> (aberta ou laparoscópica)	Cefazolina ⁸
<i>Cirurgia gástrica complicada*</i>	Cefazolina
<i>Neoplasia gástrica com preparo de cólon</i>	Cefoxitina
<i>Cirurgia de cólon</i>	Cefoxitina
<i>Apendicectomia</i>	Cefoxitina na indução
<i>Apendicectomia com perfuração encontrada no transoperatório</i>	<i>segue metronidazol + gentamicina 3-5 dias</i> ⁸
<i>Trauma penetrante abdominal</i>	Cefoxitina na admissão
<i>Trauma penetrante abdominal com perfuração encontrada no transoperatório</i>	<i>segue metronidazol + gentamicina 2-5 dias</i> ⁸
<i>Herniorrafia</i>	<i>Não indicada</i>
<i>Hérnia multirrecidivada</i>	Cefazolina
<i>Hérnia incisional volumosa</i>	Cefazolina
<i>Correção de hérnia com uso de tela</i>	Cefazolina
<i>Esplenectomia na hipertensão porta</i>	Cefazolina
Coloproctologia	Metronidazol & Gentamicina e/ou Eritromicina & Neomicina
<i>Cirurgias colorretais e esfinteroplastia</i>	Metronidazol, Gentamicina e/ou Eritromicina, Neomicina
<i>Hemorroidectomia e drenagem de abscesso anorretal não complicado</i>	<i>Não indicada</i>
Urologia	Cefazolina, Metronidazol Gentamicina, Eritromicina & Neomicina
<i>Prostatectomia transuretral e peritoneal</i>	<i>Não indicada</i>
<i>Idem acima com urina não estéril</i>	Cefazolina ou segundo antibiograma
<i>Biópsia de próstata transperitoneal com agulha</i>	<i>Não indicada</i>
<i>Dilatação de uretra</i>	<i>Não indicada</i> ⁸
<i>Cistectomia</i>	Cefazolina
<i>Nefrectomia</i>	Cefazolina
<i>Procedimentos que envolvam o cólon</i>	Metronidazol, Gentamicina Eritromicina, Neomicina
<i>Transplante renal</i>	Cefazolina
<i>Prótese de penis</i>	Cefazolina
Obstetrícia	Cefazolina & Tetraciclina
<i>Cesárea</i>	Cefazolina
<i>Curetagem em abortamento < 12 semanas de gestação com história de Doença Infl. Pélvica e/ou manipulação</i>	Tetraciclina
<i>Curetagem em abortamento > 12 semanas</i>	Cefazolina
<i>Parto Normal</i>	<i>não indicada</i>
<i>Parto normal associado a</i> - curagem e curetagem - lacerações importantes - período expulsivo > 01 hora	Cefazolina

Ginecologia	Cefazolina, Metronidazol & Gentamicina
Histerectomia	Cefazolina
Wertheim e mini-Wertheim	Cefazolina
Vulvectomy	Não indicada
Vulvectomy c/ fator de risco	Cefazolina
Mastectomy	Não indicada
Mastectomy c/ reconstrução mamária	Cefazolina
Curetagem uterina não complicada	Não indicada
Miomectomia, cirurgia eletiva de trompa e ovário, endometriose	Não indicada
Perineoplastia	Não indicada
Procedimentos c/ manipulação do cólon	Metronidazol e Gentamicina ou Cefoxitina

* Fatores de risco para infecção pós-operatória, vide abaixo.

FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

Profilaxia de infecção de sítio cirúrgico é a profilaxia mais comum em ambiente cirúrgico. Alguns procedimentos são mais associados à infecção de sítio cirúrgico, mas outras características dos pacientes também estão mais associadas à esta complicação hospitalar. Estes fatores podem ser gerais ou específicos para endocardite. Esta última é classificada como infecção de sítio cirúrgico somente em cirurgias cardíacas. Pacientes com risco conhecido para endocardite que desenvolvem esta infecção hospitalar após procedimento outro que não cardíaco tem sua infecção classificada como pós-operatória. Esta última pode ter suas taxas diminuídas pela profilaxia. Os riscos gerais e específicos para endocardite estão dispostos abaixo.

a. FATORES DE RISCO GERAIS^{1,2,3}

- extremos de idade
- corticoterapia
- infecção à distância
- obesidade
- neoplasias
- cirurgia recente
- desnutrição
- inflamação crônica
- hipoxemia
- diabete
- SIDA
- irradiação local prévia

Em cirurgia limpa com três ou mais desses diagnósticos, fica indicada a antibioticoprofilaxia para infecção pós-operatória. Assim, independentemente das indicações listadas na Tabela II, na presença desses fatores, está indicado o uso profilático. Não muda entretanto, a posologia da administração, estabelecida para cada especialidade. Em relação à idade, é reconhecido aumento do fator de risco para acima de 60 anos⁸. Pacientes com risco elevado de infecção pós-operatória em colecistectomia: > 60 anos, cirurgia biliar prévia, história aguda, presença de icterícia⁸. Risco aumentado em ressecção gástrica: somente úlcera duodenal ou gástrica sangrante, úlcera duodenal com obstrução, úlcera gástrica, neoplasia gástrica, obesidade mórbida⁸.

b. FATORES DE RISCO PARA ENDOCARDITE^{4,5}

Pacientes de alto risco para endocardite: pacientes com prótese valvular cardíaca, história prévia de endocardite, cardiopatias congênitas cianóticas ou condutos/ "shunts" sistêmico-pulmonares construídos cirurgicamente.

Pacientes com risco moderado para endocardite: pacientes com outras malformações cardíacas, disfunção valvular adquirida, prolapso mitral com regurgitação e miocardiopatia hipertrófica.

Baixo risco para endocardite (PROFILAXIA NÃO RECOMENDADA): defeito de septo atrial isolado; defeito de septo atrial, ventricular ou de ducto arterioso corrigidos cirurgicamente; prolapso mitral sem disfunção valvular; sopro cardíaco inocente funcional ou fisiológico; Doença de Kawasaki prévia sem disfunção valvular; Febre Reumática prévia sem disfunção valvular; marcapasso cardíaco.

É indicado o uso de antibiótico profilático quando o risco para endocardite é alto ou moderado. O mesmo antibiótico utilizado para profilaxia de infecção de sítio cirúrgico, conforme a Tabela II, previne também endocardite. Assim, há pacientes com indicação de antibiótico profilático segundo os procedimentos descritos na Tabela II ou os fatores de risco gerais, e, ao mesmo tempo, indicação de profilaxia para endocardite por causa de risco alto ou moderado para esta infecção. Nestes casos, o antibiótico recomendado é o da Tabela II, que é direcionado primariamente aos patógenos mais comumente encontrados por tipo de procedimento.

Quadro 1 – Procedimentos com recomendação de profilaxia de endocardite

Procedimento	Observação
Procedimentos odontológicos	^a
Tonsilectomia e/ou adenoidectomia	^b
Cirurgias que envolvem a mucosa respiratória	^b
Broncoscopia com broncoscópio rígido	^b
Escleroterapia para varizes de esôfago	^b
Dilatação esofágica	^b
Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada com obstrução biliar	^b
Cirurgia do trato biliar	^b
Cirurgias que envolvem mucosa intestinal	^b
Cirurgia de próstata	^b
Cistoscopia	^b
Dilatação uretral	^b

^a Amoxicilina v.o. ou ampicilina i.v. Para mais detalhes sobre a avaliação do risco para endocardite, momento de administração e doses, vide referências 4 ou 5.

^b Recomendado o mesmo antibiótico indicado na Tabela 3.

Quadro 2 – Procedimentos nos quais a antibioticoprofilaxia de endocardite não é indicada^{4,5}

Procedimento
Entubação endotraqueal
Broncoscopia com broncoscópio flexível
Inserção de tubo de timpanostomia
Endoscopia gastrointestinal com ou sem biópsia
Episiotomia
Cateterização uretral em tecido não infectado
Dilatação uterina e curetagem em tecido não infectado
Procedimentos de esterilização em tecido não infectado
Inserção e remoção de dispositivos intrauterinos em tecido não infectado
Circuncisão
Cateterismo cardíaco
Biópsia de pele

C. EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Vancomicina em Cirurgia Cardíaca

O *Hospital Infection Control Practices Advisory Committee* (HICPAC)⁹ do CDC de Atlanta, EUA faz as seguintes recomendações para o uso profilático de vancomicina:

“ - O uso de vancomicina não é recomendado na profilaxia cirúrgica exceto em casos de alergia severa aos β -lactâmicos⁹;

- O uso profilático de vancomicina é aceitável

na profilaxia de procedimentos cirúrgicos maiores envolvendo o implante de materiais protéticos (ex. cardíaca) em instituições com taxas elevadas de infecções causadas por *S. aureus* ou *S. epidermidis* resistentes à oxacilina^{8,11}. Nestes casos, usar somente dose única antes do início da cirurgia. A dose pode ser repetida após 6h. Interromper o uso após o máximo de duas doses”.

A importância das recomendações decorre da emergência de resistência de enterococos e estafilococos à vancomicina naquele país. Em junho de 2000 foram isolados 4 enterococos resistentes à vancomicina (3 *E. faecalis* e 1 *E. faecium*) em 2 outros hospitais de Porto Alegre (dados ainda não publicados). Não há relato de estafilococo resistente à vancomicina nessa cidade até a presente data.

Em vista disso, das taxas atuais de *S. aureus* e *S. epidermidis* resistentes à oxacilina no Hospital Conceição e da padronização da vancomicina como droga de uso restrito e de reserva na Instituição, seu uso pode ser eventualmente considerado em pacientes com risco aumentado de infecção pós-operatória, que necessitam reintervenção cirúrgica por estarem hospitalizados há longa data. A indicação deve ser realizada por Médico Cardiologista ou Cirurgião Cardíaco do Corpo Clínico do Hospital, em acordo prévio com o SCIH (solicitação convencional de medicamento de uso restrito encaminhada com antecedência ao SCIH). Caso indicado, o uso recomendado por esse protocolo será de 1g na indução anestésica, podendo ser repetida a dose 6h após se a cirurgia durar esse tempo.

CONCLUSÃO

Esta Norma e Rotina Técnico-operacional está vigendo no Hospital desde 1996, com atualizações sendo feitas quando necessário. Foi realizada em conjunto com os Serviços envolvidos para garantir maior adesão. A estratégia de envolver o Serviço de Anestesiologia vem garantindo sua adesão.

AGRADECIMENTOS

Revisores da atualização da Rotina de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica do HNSC em 2000: João Albino Potrich – Chefia Divisão Médica, Alexandre T. Bessil - Chefia Divisão Técnica Elmes Andreis - Área Cirúrgica, Paulo Almeida - Área Clínica, Pedro Pimentel Filho – Cardiologia, Nei Rey - Cirurgia Cardíaca, Paulo Roberto F. Godoy - Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Alberto Molinari - Cirurgia Endócrina, Paulo Afonso Salgado - Cirurgia Geral, Flávio Bragagnolo - Cirurgia Plástica, Nelson Rosemberg - Cirurgia

Torácica, Airton Frankini - Cirurgia Vascular, Afonso Kalil Malmann – Coloproctologia, Avelina Recamonde – Ginecologia, Nicolau Guedes – Obstetrícia, Mário Paulo Götttert – Odontologia, João Corso - Otorrinolaringologia, Hernando Limeira – Urologia, Lahir Chaves Dias - Controle de Infecção Hospitalar, Paulo Behar - Programa de Antibióticos/CIH.

Os revisores da atualização da Rotina de Antibioticoprofilaxia para Sítio Cirúrgico do HNSC em 2004 foram Pedro Pimentel Filho – Coordenador do CR Cardiologia e Kátia Gerlof, Lahir Chaves Dias e Paulo Behar – Controle de Infecção Hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAGE CP, BOHNEN JMA, FLETCHER JF, MCMANUS AT, SOLOMKIN JS, WITTMAN DH. Antimicrobial Prophylaxis for Surgical Wounds, Guidelines for Clinical Care. Arch Surg 1993;128:79-88.
2. CLASSEN DC, EVANS RS, PESTOTNIK SL, HORN SD, MENLORE RL, BURKE IP. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. N Engl J Med 1992;326:281-6.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Consenso sobre o uso racional de antimicrobianos. Brasília, 1998. 36p.
4. DAJANI AS et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. JAMA, Vol. 277(22): 1794-1801, 1997.
5. DAJANI AS et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. Circulation, 96: 358-366, 1997.
6. SERVIÇO de Controle de Infecção Hospitalar. Hospital Nossa Senhora da Conceição. SCIH/HNSC/GHC. Normas Técnicas que estabeleceram as Rotinas de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica no HNSC; realizadas em conjunto com as Especialidades Cirúrgicas e o

SCIH (NT 02/94; NT 07/94; NT 09/94; NT 01/95; NT 06/95; NT 04/96; NT 05/96; NT 08/96). Porto Alegre, 1994-1996.

7. HOSPITAL Nossa Senhora da Conceição. Grupo Hospitalar Conceição. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Programa de uso e controle dos antimicrobianos do HNSC/GHC. Porto Alegre, 1996. 228p.

8. KERNODLE DS & KAISER AB. Surgical and trauma-related infections. In Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and practice of infectious diseases. 5th ed. Churchill Livingstone. Philadelphia. 2000: 3177-3191.

9. RECOMMENDATIONS for preventing the spread of vancomycin resistance: recommendations of the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). AJIC Am J Infect Control 1995;23:87-94.

10. GHC. Padronização de medicamentos. Porto Alegre, 2000.

OUTRAS FONTES UTILIZADAS

- ARCHER GL & POLK RE. Treatment and prophylaxis of bacterial infections. Harrison's 14th ed CD-ROM, 1999, vs. 1.1.
- PARADISI F, CORTI G. Which prophylactic regimen for which surgical procedure? Am J Surg 1992;164(Suppl):2S-5S.
- SMAILL F & HOFMEYR GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. The Cochrane Library – 2000 Issue 2: 1-7.
- HARBARTH S et al. Prolonged antibiotic prophylaxis after cardiovascular surgery and its effect on surgical site infections and antimicrobial resistance. Circulation 2000;101:2916.
- STROM BL et al. Dental and cardiac risk factors for infective endocarditis: a population-based, case-control study. Ann Intern Med, 129, 1998: 761-769.

A ENCEFALOPATIA HEPÁTICA NA DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA

Alessandra de Oliveira Muniz *
Cristiane Valle Tovo **

RESUMO

A encefalopatia hepática (EH) é uma das principais complicações da doença hepática crônica e pode estar presente em 50 a 70% de todos os pacientes cirróticos, incluindo aqueles com anormalidades demonstráveis apenas por testes psicométricos. A epidemiologia e a fisiopatologia da EH permanecem ainda apenas parcialmente esclarecidas, tornando este tema fonte importante de estudos constantes. A EH é desencadeada frequentemente por fatores potencialmente reversíveis e tende a ocorrer aguda e intermitentemente, refletindo piora da função hepática. Grande parte das manifestações são reversíveis com tratamento médico e que os fatores precipitantes que pioram ou desencadeiam esta síndrome, podem ser identificados na maioria dos pacientes. A sobrevida em pacientes com doença hepática crônica e EH depende da avaliação dos critérios da classificação de Child-Pugh. Considerando as hipóteses relacionadas à patogenia que caracterizam esta síndrome como multifatorial e que a doença hepática crônica é comumente irreversível e progressiva, o tratamento baseia-se em atitudes bem definidas, que devem ser instituídas precocemente visando diminuir a mortalidade, que pode chegar a 40%. Embora a maioria dos tratamentos propostos seja fundamentada na hipótese da amônia, tratamentos que visam a redução de falsos neurotransmissores, a inibição de receptores GABA - benzodiazepínicos e até mesmo o transplante hepático, têm demonstrado resultados satisfatórios no prognóstico de pacientes com doença hepática crônica, o qual permanece reservado a longo prazo.

UNITERMOS - cirrose; insuficiência hepática

ABSTRACT

HEPATIC ENCEPHALOPATHY
IN CHRONIC LIVER DISEASE

The hepatic encephalopathy (HE) is the one of common complication of chronic liver disease and may be present in 50

to 70% of all cirrhotic patients, including those with abnormalities only in psychometric tests. The epidemiology and the pathophysiology of HE are only partially understood, becoming this topic an important and continuous theme of studies. The HE starts frequently by factors that are potentially reversible and can occurs in an acute and intermittent form, reflecting the failure of hepatic function. The factors that worsen or starts this syndrome can be identified in the major of patients. The survival in patients with chronic liver disease and HE depends on the Child-Pugh classification. Considering the multifactorial pathogenesis of this syndrome and that the hepatic failure is progressive and irreversible, the management consists in early actions to reduce the mortality, that could be as high as 40%. The majority of treatment are based in the ammonia theory; however, treatments that reduces the false neurotransmitters, the inhibition of GABA benzodiazepine-receptors and also hepatic transplantation have demonstrated good results on prognosis of patients with chronic liver disease, although limited for long time.

KEY WORDS: cirrhosis, hepatic failure

INTRODUÇÃO

A doença hepática grave aguda ou crônica está associada a uma ampla variedade de manifestações que refletem doença descompensada ou insuficiência hepática.

Considerando ser a encefalopatia hepática (EH) uma das complicações mais frequentes no paciente com hepatopatia descompensada, esta revisão tem como objetivo salientar as abordagens principais no tratamento do paciente com doença hepática crônica,

* Residente do Serviço de Gastroenterologia do HHNSC

** Chefe do Serviço de Gastroenterologia do HHNSC; doutora em Hepatologia

Endereço para correspondência:

Rua Cel Aurélio Bitencourt, 115 apto 201 -

Porto Alegre - RS CEP 90430-080

e.mail: cris.tovo@terra.com.br

bem como comentar os tratamentos experimentais que prometem melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes que sofrem desta enfermidade.

A EH, denominada também coma hepático ou encefalopatia portossistêmica, é uma síndrome neuropsiquiátrica multissistêmica reversível, que pode acompanhar a doença hepática descompensada em fase avançada de todos os tipos^{1,2,3,4}.

PATOGÊNESE

O mecanismo exato da EH no paciente com doença hepática crônica permanece ainda não bem compreendido⁵. É muito provável que seja multifatorial, e suas variáveis, interdependentes^{4,6}.

O fígado normal mostra-se responsável pela metabolização e clareamento de substâncias protéicas neurotóxicas, de origem intestinal. Essas substâncias, em consequência da redução da massa de hepatócitos funcionantes, como ocorre na cirrose pela existência de anastomoses portossistêmicas, circulam livremente, ultrapassando a barreira hematoliquórica, causando alterações cerebrais⁷.

A amônia está claramente implicada no mecanismo patogênico da EH^{2,3,8}, baseada na observação que esta pode ser precipitada em pacientes cirróticos após a administração de resina de amônia, e que os níveis de amônia no sangue e fluido cérebro espinhal correlacionam-se razoavelmente bem com a severidade da EH. Alguns estudos relatam evidências contra a amônia como única toxina e demonstram que há correlação entre os níveis sanguíneos de amônia com o grau de EH, porque esta síndrome foi encontrada em muitos pacientes com níveis normais de amônia no sangue⁹.

Outras teorias incluem a hipótese multifatorial, as quais sugerem que várias neurotoxinas incluindo mercaptanos, ácidos graxos de cadeia curta e amônia, agem sinergicamente para induzir EH⁵.

Em adição, a hipótese do ácido gama aminobutírico (GABA) sugere que essas aminas biogênicas afetam a transmissão neuroquímica do cérebro⁹. A hipótese dos falsos neurotransmissores propõe que algumas das complicações neurológicas e cardiovasculares da insuficiência hepática podem ser decorrentes do acúmulo de falsos neurotransmissores adrenérgicos¹⁰. Benzodiazepínicos endógenos detectados em cérebros de pacientes que morreram com EH parecem ter um papel importante no desenvolvimento de EH⁵.

Parece que ainda há um longo caminho a ser percorrido antes de ser esclarecida toda patogenia da EH. Hipóteses e modismos surgem e desaparecem sendo logo substituídos por outros⁶.

ASPECTOS CLÍNICOS

O quadro clínico da EH é complexo e costuma afetar todas as partes do cérebro. Há componentes neurológicos e psiquiátricos. A variabilidade entre os pacientes é um fator marcante.

As alterações clínicas da EH podem ser divididas em mudanças da personalidade, variações no estado de consciência e intelecto, distúrbios da fala, da escrita, dos movimentos e alterações neurológicas, e normalmente ocorrem devido a uma série de fatores que desencadeiam esta síndrome. O desenvolvimento da EH no paciente cirrótico está ligado à presença de diversos fatores precipitantes, causadores da maior oferta de substâncias neurotóxicas ao cérebro a partir da baixa capacidade de metabolização hepatocelular e das anastomoses portossistêmicas que tais pacientes apresentam. Muitos fatores podem estar presentes num dado paciente ao mesmo tempo. Esforço intenso deve ser feito para identificar os fatores precipitantes e, se possível, corrigi-los^{2,11}. Os principais fatores precipitantes da EH em pacientes com doença hepática crônica são a seguir comentados¹¹.

A presença de hemorragia digestiva alta é evidenciada freqüentemente em cirróticos e quando aproximadamente 100ml de sangue atingem o lúmen intestinal destes pacientes, são produzidas cerca de 15 a 20 g de proteínas, as quais, uma vez degradadas pelas enterobactérias, geram substâncias neuroativas, como amônia e outras, atuantes como depressoras do SNC^{7,12}. São pacientes que cursam com hipovolemia, baixa de perfusão renal e elevação dos níveis séricos de uréia, facilmente transformada em amônia¹³. A freqüência de infecção no momento da admissão de pacientes com hemorragia do trato gastrointestinal superior, tem sido significativamente alta nos pacientes cirróticos admitidos em unidades de terapia intensiva¹⁴.

Septicemia ou peritonite bacteriana espontânea, tipicamente causada por bactérias gram-negativas, desenvolve-se dentro de 48 horas em cerca de metade dos pacientes cirróticos com Child-Pugh classe C com hemorragia gastrointestinal. A redução da atividade imunológica nas doenças hepáticas crônicas leva ao desenvolvimento de infecções principalmente de vias urinárias e respiratórias, de peritônio e, em menor freqüência, do SNC. Nessa situação, acentuam-se o catabolismo protéico e a produção de substâncias nitrogenadas com aumento da uréia e amônia, causas de EH^{7,9,14,15}.

Hipocalemia e alcalose sistêmica são complicações do uso de agentes diuréticos no tratamento da ascite em pacientes cirróticos e podem levar ao aumento da produção renal de amônia e

aumento da difusão de amônia através da barreira hematoencefálica, respectivamente¹⁶.

Constipação intestinal, muito freqüente em cirróticos com ascite e edema de alças intestinais, mostra-se como condição favorável à maior produção entérica de substâncias neurotóxicas e inibidoras do SNC¹⁷.

Hipnóticos e ansiolíticos são drogas que não sofrem adequada metabolização hepática, em consequência da redução da reserva funcional hepática e intensa circulação colateral que ocorre em cirróticos. Essas drogas, portanto, possuem vida média mais longa, o que facilita sua ação GABA-érgica, modificadora da neurotransmissão cerebral e estabelecimento da EH¹⁸.

Idade avançada é geralmente considerada como uma importante influência na prevalência e severidade da EH, complicando a criação cirúrgica de shunt portossistêmico¹⁹. O número de pacientes submetidos à criação cirúrgica de um shunt tem caído com o advento do shunt transjugular intrahepático portossistêmico (TIPS), o qual tornou-se o procedimento padrão no tratamento de varizes hemorrágicas em muitos centros. Entretanto, este procedimento, está associado ao desenvolvimento de EH crônica em 25 a 30% dos pacientes²⁰, ocorrendo mais freqüentemente em mulheres, pacientes com idade acima de 60 anos e pacientes com marcada hipoalbuminemia^{21,22}. Estes desvios cirúrgicos facilitam o acesso ao interior da barreira hemato líquorica das substâncias protéicas neurotóxicas⁷.

A EH sub-clínica é uma forma inaparente de EH, muito comum e de diagnóstico difícil. Piora discreta na função mental é suficiente para causar distúrbios na rotina diária de pacientes cirróticos. O quadro é similar aos associados com lesões das regiões fronto-parietais do cérebro. Estudos em cirróticos compensados e não alcoolistas, visando avaliar sua condição clínica para dirigir veículos, mostraram que a maioria não passa nos testes que dependem de reflexos rápidos, memória visual ou habilidades motoras delicadas^{6,13}.

Para efeitos de conduta clínica e documentação, o curso clínico flutuante da EH pode e deve ser avaliado. Uma graduação clínica que registra sinais neuropsiquiátricos deve ser utilizada, como mostra a Quadro 1.

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

A avaliação dos pacientes com EH baseia-se em sinais e sintomas neuropsiquiátricos compatíveis com doença hepática avançada, mas também em aspectos laboratoriais complementados pela realização

de eletro encefalograma (EEG), testes neuropsiquiátricos, potenciais evocados visuais e auditivos, e mais recentemente, através do emprego da ressonância magnética com espectroscopia do cérebro, além da monitorização da pressão intracraniana, importante apenas na insuficiência hepática fulminante. Ou seja, não há um teste padrão para o diagnóstico da EH em pacientes com cirrose [23].

Quadro 1 – Graduação clínica da encefalopatia hepática

Grau	estado mental	alterações motoras
SUBCLÍNICO	Nenhuma mudança pelo exame de rotina; pode estar associado a menor desempenho no trabalho ou na capacidade de dirigir.	Comprometimento do desempenho nos testes psicomotores padronizados ou nos testes à beira do leito, como desenhar figuras ou unir números.
GRAU I	Confusão discreta, apatia, agitação, ansiedade, euforia, distúrbios do sono.	Tremor delicado, coordenação lenta, presença ou não de asterixis.
GRAU II	Sonolência, letargia, desorientação e comportamento inadequado.	Asterixis, disartria, reflexos primitivos (sucção, muxoxo), paratonia atáxica.
GRAU III	Estupor, porém ainda responde às solicitações, confusão acentuada, fala incompreensível.	Hiperreflexia, resposta plantar extensora, incontinência, mioclonos, hiperventilação.
GRAU IV	Coma profundo	Rigidez de descerebração; reflexos oculocefálicos ativos; resposta aos estímulos dolorosos presente no início; pode progredir para flacidez e ausência de resposta aos estímulos.

Adaptado de Sherlock, S. & Dooley, J [13]

Os exames laboratoriais de rotina, incluindo eletrólitos, cálcio, uréia sangüínea, creatinina, glicose e provas de função hepática, ajudam principalmente a excluir outras causas de encefalopatia metabólica e a avaliar a presença e a gravidade da hepatopatia.

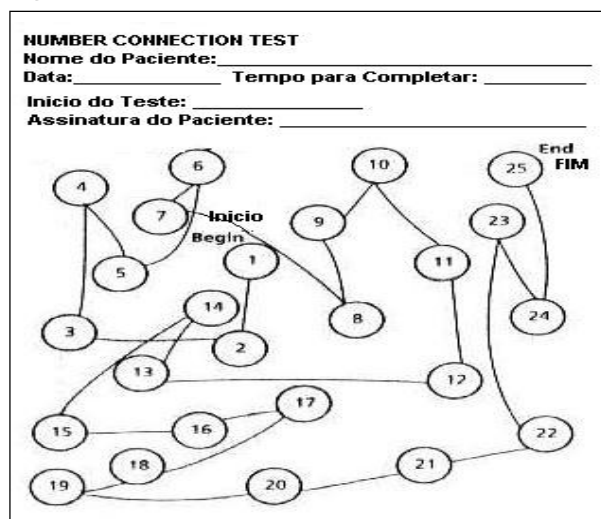
Cerca de 50% dos cirróticos com EH evoluem com hiperamonemia e níveis líquóricos elevados de glutamina, entretanto, não guardam relação com o grau de distúrbio neurológico, reduzindo sua importância na maioria das circunstâncias^{1,9,15}. O exame do líquido cefalorraquidiano não faz parte da rotina. A pressão líquorica costuma ser normal, a menos que haja edema cerebral⁶.

O EEG é o exame mais simples e freqüentemente usado no diagnóstico de EH. As

alterações no EEG ocorrem muito precocemente, mesmo antes dos distúrbios psicológicos e bioquímicos. Pode identificar-se lentidão difusa do traçado, com aumento na amplitude das ondas, principalmente alfa e delta, com frequência abaixo de 4 Hz (4 ciclos por segundo). Muitos pacientes apresentam ondas trifásicas no EEG, mas esses aspectos não são específicos da EH, podendo ser também encontrados em condições como uremia, hipercapnia, deficiência de vitamina B12 e hipoglicemia^{7,13,24}.

Testes psicométricos são recursos quantitativos usados na avaliação do estado mental, cujo objetivo é analisar a memória, a orientação temporo-espaçial e o raciocínio. Um dos mais usados é o teste de conexão numérica de Reitan, que consiste no emprego de fichas com seqüências numéricas desordenadas, graduadas segundo crescente nível de dificuldade. Analisa-se o tempo gasto em segundos para que o paciente una ordenada e seqüencialmente os círculos numerados¹³. (Figura 1)

Figura 1 - Teste de conexão numérica de REITAN



Adaptado de Sherlock, S. & Dooley, J [13].

Na interpretação dos resultados, deve-se levar em conta o nível cultural do doente, a possibilidade de “vício” após várias repetições e a experiência do examinador.

Alguns autores demonstram correlação entre o grau de encefalopatia, a presença de *flapping* e o teste de Reitan (Quadro 2)⁷.

O potencial evocado visual é um método de avaliação de lesão neuronal, que consiste no estímulo visual com “flashes” de luz, cuja resposta, dita evocada, indica o conjunto dos estímulos excitantes e inibitórios

pós-sinápticos. É um método importante no diagnóstico da EH subclínica^{23,25}. A neurotransmissão também pode ser definida através de resposta elétrica após estímulo sonoro nos ouvidos, pelo potencial evocado auditivo. Ambos os métodos não dependem da colaboração do doente ou do seu estado de consciência e devido sua pouca especificidade, não são usados rotineiramente.

Tanto com a tomografia computadorizada quanto com a ressonância magnética, não se observam anormalidades características da EH²⁶.

Quadro 2 – Correlação entre o grau de EH, “flapping” e teste de conexão numérica (TCN)

GRAU DE EH	“FLAPPING”	TCN (em segundos)
Subclínica	Ausente	15 – 30
Grau I (Leve)	Raro	31 – 50
Grau II (Moderado)	Frequente	51 – 80
Grau III (Grave)	Contínuo	81 – 120
Grau IV (Coma)	Sem condição de pesquisa	Incapaz de realizar o teste

Adaptado de . Dani, R [7].

TRATAMENTO

Os objetivos principais do tratamento da EH são a identificação, prevenção e correção dos fatores que podem agravar ou desencadear a EH. A redução da produção e absorção de derivados intestinais da amônia e outras toxinas envolve diminuição, remoção ou modificação de proteínas da dieta, alteração da flora bacteriana entérica e estimulação do esvaziamento colônico^{2,3,4,11}.

Medidas gerais:

Visam identificar e combater os fatores desencadeantes da EH, bem como, realizar monitorização hidroeletrólítica ácido-básica, reposição de albumina, correção dos distúrbios da coagulação e suporte nutricional enteral ou parenteral.

As multivitaminas, incluindo tiamina, folato, vitamina K e piridoxina e a reposição de minerais como fosfato e magnésio, em geral, estão justificadas^{1,27}.

Na reposição volêmica deve-se dar preferência ao sangue total ou plasma fresco, pois os mesmos quando estocados por longo período tem um alto teor de amoníaco¹⁴.

Além das medidas terapêuticas iniciais, o paciente cirrótico alcoolista, juntamente com sua família, deve ser orientado a interromper

permanentemente a ingestão de álcool, pois a doença hepática persistente e progressiva em pacientes que continuam ingerindo álcool, apresenta mortalidade acelerada e inexorável. A abstinência é um dos componentes cruciais no tratamento, e sobrevida desses pacientes. O reconhecimento do alcoolismo e a manutenção da sobriedade exigem apoio familiar e social¹.

Redução de proteínas da dieta:

A produção de amônia pode ser reduzida através da restrição da ingestão protéica e inibição das bactérias colônicas produtoras de urease.

Embora a restrição de proteínas da dieta tenha sido reconhecida como um tratamento efetivo, pacientes cirróticos freqüentemente requerem uma ingestão protéica diária mínima de 0,8 a 1,0g por kg/peso para manter o balanço nitrogenado. Restrições em longo prazo para valores abaixo de 40g/dia, devem ser evitados, se possível^{11,28}.

Pacientes com grau III e IV de EH geralmente não recebem nutrição oral. As proteínas da dieta devem ser reduzidas inicialmente para 20g por dia. Conforme a melhora clínica destes pacientes, a ingestão protéica deve ser aumentada em 10g a cada 3 a 5 dias, até que a tolerância protéica individual tenha sido estabelecida, não excedendo 70g por dia. Nos pacientes com EH crônica, restrição protéica permanente é necessária para controlar os sintomas mentais¹³ e os limites de tolerância estão usualmente entre 40g e 60g por dia.

A ingestão calórica total é mantida em 2000 calorias diárias ou menos, tanto oral quanto intravenosamente^{11,13,28}.

Estudos comparativos têm sugerido que suplementação com proteínas vegetais na dieta podem resultar em uma melhora substancial no balanço nitrogenado, sem precipitar ou agravar a EH e pode ser vantajoso nos pacientes em que a tolerância diária de proteínas na dieta é menor que 1g/Kg¹⁰. Estas proteínas vegetais são menos amoniogênicas e contêm pequenas quantidades de metionina e aminoácidos aromáticos²⁸.

O efeito benéfico pode ser devido a maior quantidade de fibras contidas na dieta vegetal em relação à dieta animal, com uma quantidade igual de nitrogênio. As fibras aceleram o trânsito alimentar através do intestino e baixam o pH do lúmen colônico como um resultado da fermentação realizada pelas bactérias do cólon.

Dados de estudo randomizado comprovam que a EH melhorou levemente no grupo que recebeu proteínas vegetais e houve melhora significativa nos testes psicométricos, embora tenham permanecido anormais²⁹.

Lactulose e lactitol

Os dissacarídeos sintéticos não-absorvíveis (lactulose e lactitol) são atualmente considerados os principais agentes terapêuticos na EH crônica^{13,30}.

O efeito terapêutico inicial destes componentes é devido à ausência de dissacaridases específicas na mucosa intestinal dos humanos, permitindo assim, a entrada desses dissacarídeos no cólon. No cólon, lactulose (beta-galactosidofructose) e lactitol (beta-galactosidosorbitol), são catabolizados por bactérias da flora colônica e convertidos em ácidos graxos de cadeia curta (ácido acético), os quais baixam o pH colônico (em torno de 5.0)²⁸. A diminuição do pH, cria um ambiente hostil para as bactérias intestinais produtoras de urease e pode promover o crescimento de lactobacilos não produtores de urease, resultando na redução da produção de amônia no lúmen colônico.

Em adição, a acidificação das secreções colônicas não apenas reduz a absorção de amônia por difusão não-iônica, mas também, resulta na remoção de amônia do sangue para o lúmen intestinal¹¹. As bactérias colônicas fermentativas preferem a lactulose ao sangue, quando ambos estão presentes e isto pode ter um valor particular na EH induzida por sangramento gastrointestinal¹⁴. O efeito catártico de sobrecarga hiperosmolar no cólon, melhora o lento trânsito intestinal de pacientes com EH sub-clínica²⁸.

A dose de lactulose deve ser ajustada individualmente para provocar 2 a 4 evacuações diárias, com fezes semi-sólidas e ácidas (pH abaixo de 6). Para a maioria dos pacientes, a dose diária utilizada varia entre 30 e 60g (10 a 30ml três vezes ao dia)^{11,13}.

O tratamento com lactulose é normalmente bem tolerado e os principais efeitos colaterais incluem dor abdominal em cólica, flatulência e diarreia. Estes efeitos são mais comumente observados se a dose diária exceder 100ml^{30,31}.

Vários estudos controlados comprovam a eficácia da lactulose oral e demonstram que aproximadamente 70 a 80% dos pacientes com EH melhoram após a introdução deste dissacarídeo no tratamento^{28,31}.

Lactitol é um dissacarídeo de segunda geração facilmente produzido na forma de cristal e transformado em pó. Parece ser tão efetivo quanto a lactulose no tratamento da EH e por ser pó, pode ser usado como agente adoçante, sendo mais conveniente que a lactulose líquida³⁰. Possui a vantagem de ter um sabor mais tolerável (menos adocicado), associada à baixa incidência de efeitos colaterais como diarreia e flatulência^{12,32}. A dose de lactitol de 30 a 45g por dia, é bem tolerada e efetiva³².

Em pacientes com deficiência de lactase, a lactose não-metabolizada tem os mesmos efeitos que

os dissacarídeos sintéticos no cólon¹⁷, e lactose oral na dose diária de 100g é uma alternativa comprovada no tratamento da EH nestes pacientes^{11,17}.

Enemas contendo lactulose ou lactitol podem ser usados na remoção de substratos amoniagênicos nos pacientes em que a administração de carboidratos via oral ou sonda nasogástrica não seja possível. A eficácia desses enemas com soluções de lactulose ou lactitol a 20%, foi provada em um estudo controle randomizado, com uma resposta favorável na redução do pH das fezes, em 86% dos pacientes¹⁷. Enemas com água, ao contrário, foram inefetivos, sugerindo que a acidificação do lúmen colônico com agentes como dissacarídeos sintéticos, foram os responsáveis pelo efeito terapêutico na EH^{17,33}. Todos os enemas utilizados no tratamento da EH devem ser neutros ou ácidos para reduzir a absorção de amônio⁶. Enemas com sulfato de magnésio podem causar perigosa hipermagnesemia. Enemas com fosfato são seguros^{9,12}.

Antibióticos

Vários antibióticos podem ser usados para inibir a produção de amônia²⁸.

As drogas de escolha com atividade contra bactérias produtoras de urease são os aminoglicosídeos (neomicina ou paromomicina) e ótimas alternativas incluem metronidazol, vancomicina e rifaximin²⁶.

A neomicina é um antibiótico não-absorvível que produz bacteriostase com inibição do desdobramento da uréia e esterilização bacteriana^{9,30}. Tem atividade principal contra bacilos gram-negativos e estafilococos e tem ação limitada contra estreptococos e anaeróbios em geral³⁴. A eficácia da neomicina é similar à eficácia da lactulose e aproximadamente 70 a 80% dos pacientes com EH tratados com esta droga, melhoram¹¹. Entretanto uma pequena porcentagem desta droga é absorvida no trato gastrointestinal, e pode causar efeitos ototóxicos e nefrotóxicos no tratamento em longo prazo. Em adição, a neomicina deve ser usada com cuidado particular nos pacientes com insuficiência renal^{30,31}. A dose diária de neomicina varia de 2 a 6g, dividida em 4 doses, por 5 a 7 dias e pode ser administrada por via oral, por sonda nasogástrica ou por via retal, como enema^{6,28,30,33}.

Dados avaliados sugerem que lactulose e a neomicina possuem um efeito aditivo na redução da produção intestinal de amônia, acompanhado por uma resposta clínica favorável na maioria dos pacientes que têm resposta inadequada à lactulose isolada. Apesar da associação parecer paradoxal, pois enquanto a lactulose necessita das bactérias para fixar o nitrogênio,

a neomicina as elimina, e dos mecanismos sinérgicos não estarem esclarecidos, a associação destas drogas pode ser feita e traz benefícios^{9,31}. Entretanto, um aumento no pH fecal após a adição de um antibiótico, sugere que as bactérias intestinais metabolizadoras dos dissacarídeos foram erradicadas, e a terapia combinada deve então ser descontinuada³¹.

O metronidazol, antibiótico com atividade contra bacteróides e outros anaeróbios, pode também reduzir a produção de amônia endógena, por efeito na redução da flora intestinal anaeróbica^{30,35}.

A dose oral diária de 800 mg, dividida em 4 vezes e administrada durante uma semana, parece ser tão efetiva quanto a neomicina embora a possibilidade de distúrbios gastrointestinais e outros efeitos colaterais sistêmicos, possam limitar o uso deste agente por longos períodos^{13,30,35}.

Muitas teorias existem para explicar a eficácia do metronidazol no tratamento da EH, e no presente, estudos provam e sugerem que esta droga é uma ótima alternativa³⁵.

Rifaximin, um derivado não absorvido da rifamicina, é uma alternativa comprovada na dose diária de 1200mg no tratamento da EH¹¹.

Modificação da flora colônica

A idéia de introduzir bactérias não produtoras de urease no lúmen colônico como tratamento para a EH, foi anteriormente proposto há cerca de 30 anos, quando um estudo não controlado sugeriu que altas doses orais de "Lactobacillus acidophilus" teriam um efeito benéfico em pacientes com cirrose e EH³⁶.

Por outro lado, alguns autores sugerem que a administração de "Enterococcus faecium SF 68", uma bactéria urease-negativa produtora de ácido láctico inibe a replicação de outras bactérias intestinais¹¹.

Erradicação do Helicobacter pylori

Em adição à produção de amônia no lúmen intestinal, a amônia gerada no estômago por ação do Helicobacter pylori, bactéria produtora de urease; tem recentemente sido sugerida como contribuidora substancial na elevação dos níveis sanguíneos de amônia, especialmente na presença de hipocloridria gástrica, precipitando ou exacerbando a EH em pacientes com cirrose^{37,38}.

Embora a importância do H. pylori como um fator de risco para EH permaneça incerta e a eficácia da terapia de erradicação não tenha sido provada em estudos controlados, a prática de alguns autores na erradicação deste organismo em pacientes com cirrose e história de EH, tem sido satisfatória na grande maioria dos casos^{11,37,38}.

Ornitina e Aspartato

A amônia é removida pela formação da uréia nos hepatócitos periportais e/ou por síntese de glutamina, a partir do glutamato nos hepatócitos perivenosos. Na cirrose, as atividades da carbamilsfotato-sintetase e da glutamina-sintetase (enzimas-chave na síntese de uréia e glutamina), estão prejudicadas e o fluxo de glutaminase está compensatoriamente aumentado, resultando em hiperamonemia. Ornitina e aspartato, então, são substratos para ambas as vias de detoxificação de amônia.

Em um estudo controlado de pacientes com EH, a administração de ornitina-aspartato na dose de 20g por dia dado intravenosamente durante 4 horas, por 7 dias, melhorou os níveis sanguíneos de amônia tanto no jejum quanto no período pós-prandial, comparado com o grupo placebo. Houve também melhora sintomática (através de testes psicométricos) em pacientes com EH grau I ou II, mas não mostrou melhora nos pacientes com EH sub-clínica.

A administração de ornitina-aspartato em longo prazo é atualmente utilizada e recomendada nos pacientes em tratamento para EH^{39,40}.

Benzoato

Uma alternativa para a eliminação da amônia é o uso de benzoato. O benzoato reage com a glicina para formar hipurato e com a glutamina para formar fenacetil glutamina. Para cada mole de benzoato utilizado, um mole de nitrogênio é gasto e excretado na urina.

Em um estudo prospectivo randomizado de pacientes com EH, o benzoato de sódio sob a forma de xarope na dose de 6 mg administrado 2 vezes ao dia, foi comparado com a administração de lactulose (dose ajustada para provocar 2 a 4 evacuações semi-sólidas por dia). A melhora nos parâmetros utilizados através de testes de memória e inteligência para EH, e a incidência de efeitos colaterais, foi similar em ambos grupos, ficando evidenciado que benzoato de sódio pode ser tão efetivo quanto a lactulose no tratamento da EH^{11,12,41,42}.

Redução de falsos neurotransmissores

Baseados nas hipóteses que concentrações reduzidas de aminoácidos de cadeia ramificada (leucina, isoleucina e valina) e concentrações elevadas de aminoácidos aromáticos (fenilalanina, tirosina e triptofano) podem promover EH por causar a produção de falsos neurotransmissores; tratamentos com fórmulas enriquecidas com aminoácidos de cadeia ramificada e baixas doses de aminoácidos aromáticos, têm sido propostos⁴³.

A hipótese dos falsos neurotransmissores sugeria que o restabelecimento da proporção dos níveis séricos de aminoácidos de cadeia ramificada corrigiria a neurotransmissão cerebral⁹. Tal raciocínio justificou a introdução de soluções balanceadas de aminoácidos, enriquecidas com aminoácidos de cadeia ramificada. Os resultados têm sido inconsistentes, e seu uso na EH parece ser empírico¹⁰.

Estudos randomizados em grupo controle envolvendo a administração parenteral de fórmulas enriquecidas com aminoácidos de cadeia ramificada, não mostram melhora significativa na EH ou redução na taxa de mortalidade destes pacientes^{28,43}. Portanto, no presente, infusões de soluções de aminoácidos de cadeia ramificada não devem ser utilizadas no tratamento-padrão de pacientes com EH⁴⁴.

Suplementação oral com aminoácidos de cadeia ramificada pode ter valor no tratamento de EH em longo prazo. Melhora significativa em pacientes com EH crônica tem sido relatada²⁸.

Embora resultados atuais não comprovem o uso de aminoácidos de cadeia ramificada no tratamento da EH, estes aminoácidos têm um importante papel na melhora do balanço nitrogenado sem precipitar EH, em pacientes desnutridos com cirrose e que são intolerantes à suplementação de proteínas^{28,45}.

Considerando a dificuldade em justificar o uso intravenoso de aminoácidos de cadeia ramificada e o pequeno benefício conseguido com a administração oral destes aminoácidos, o benefício deste tratamento de alto custo permanece controverso^{10,34}.

Levodopa e Bromocriptina

Tem sido sugerido que a EH pode ocorrer devido ao acúmulo de falsos neurotransmissores e que a administração de um precursor da neurotransmissão como a levodopa (L-dopa), poderia ser benéfica nos pacientes cirróticos com EH³⁴. A dopamina não atravessa a barreira hematoencefálica, mas seu precursor, levodopa, o faz e em um estudo controlado de pacientes com EH, a administração de levodopa teve efeito benéfico temporário nos pacientes cirróticos e comatosos. Entretanto, poucos pacientes se beneficiaram e os resultados da eficácia da levodopa no tratamento da EH em pacientes cirróticos, não puderam ser confirmados⁴⁶.

Bromocriptina é um novo agonista da dopamina com ação prolongada e seu efeito benéfico vem sendo avaliado em estudos recentes. Entretanto, de acordo com os resultados de estudos controlados, bromocriptina tem efeito mínimo no tratamento de pacientes com encefalopatia hepática crônica e no presente momento, não deve ser recomendado para esses pacientes que estão adequadamente controlados

com a terapia-padrão^{46,47}.

GABA

O complexo GABA-receptor parece ser um importante contribuinte da inibição neuronal na EH. Este complexo, na membrana pós-sináptica, é a principal rede inibitória no sistema nervoso central²⁶. Há evidências do aumento de ligações nos receptores benzodiazepínicos nos pacientes com EH e o efeito dos antagonistas dos receptores benzodiazepínicos tem sido estudado⁴⁸.

Flumazenil

O antagonista do receptor benzodiazepínico, flumazenil, tem sido usado no tratamento da EH em muitos estudos controlados, com sucesso limitado⁴⁹. Os resultados destes estudos podem ser vistos de acordo com o grau de EH:

O flumazenil parece ter pequeno ou nenhum benefício em pacientes com EH sub-clínica ou grau I¹⁸.

Em um estudo internacional multicêntrico que avaliou os efeitos do flumazenil em pacientes não-comatosos com EH leve a moderada, houve melhora clínica relevante em 35% dos pacientes, comparado com 0% no grupo placebo⁵⁰.

Pacientes com cirrose e severa EH (grau III ou IV), foram avaliados em um estudo multicêntrico Italiano e os resultados mostraram melhora no escore neurológico e traçado do EEG nos pacientes tratados com flumazenil⁵¹.

O efeito do flumazenil nos pacientes em coma hepático foi benéfico e demonstrado com melhora nos sintomas neurológicos e no traçado do EEG^{18,51}.

Estudo recente avaliando publicações no banco de dados Cochrane⁵² concluiu que o flumazenil tem efeito benéfico a curto prazo na EH em pacientes com cirrose, mas não na sobrevida.

Estes estudos sugerem que pode haver um grupo de pacientes com severa EH, que venha experimentar melhora clínica quando flumazenil for adicionado ao tratamento com lactulose. Entretanto, dado o pequeno número de pacientes na maioria estudos e a variedade dos critérios de seleção e grau de EH, não é possível fazer uma afirmativa definitiva do efeito do flumazenil nos pacientes com EH crônica^{48,49,50}.

Suplementação de zinco

A deficiência de zinco é comum em pacientes com cirrose e EH⁵³. O zinco está contido nas vesículas nos terminais pré-sinápticos dos neurônios e pode modular a função dos canais iônicos e a neurotransmissão. Além disso, o zinco pode aumentar

a conversão hepática de aminoácidos em uréia⁵⁴. Há relatos de severa EH precipitada por deficiência de zinco que foi revertida após a suplementação oral de zinco¹¹.

Em um estudo recente controlado, a taxa de formação de uréia a partir de aminoácidos e amônia, foi aumentada em 8 pacientes com cirrose, deficiência de zinco e leve EH que receberam 600 mg diários de sulfato de zinco, por via oral, durante três meses. Uma melhora significativa nos testes psicométricos acompanharam a restauração dos níveis plasmáticos de zinco e redução dos níveis sistêmicos de amônia^{11,34,42}. Efeitos benéficos similares da suplementação de zinco por períodos que variam de sete dias a três meses, têm sido relatados em outros estudos controlados, bem como, resultados negativos^{11,45}.

Alguns autores sugerem que pacientes cirróticos com deficiência de zinco devem receber suplementação, em vista da grande importância deste elemento para a síntese de DNA, proteínas e na função de metaloenzima¹¹.

Correção da deposição de manganês nos gânglios da base

Observações clínicas sugerem que manganês pode acumular nos gânglios da base de pacientes com cirrose, conforme mostrado pela hiperintensidade do globo pálido em imagens de ressonância magnética⁵⁵. Esta sugestão é baseada nas similaridades entre aspectos de EH crônica e intoxicação por manganês e nos relatos de reversibilidade da EH e das anormalidades nas imagens de ressonância magnética após transplante hepático¹¹.

Entretanto, estudos são necessários para investigar os possíveis efeitos terapêuticos de agentes quelantes, como nova opção terapêutica na prevenção ou reversão da EH crônica⁵⁵.

Tratamento com melatonina

Um dos sintomas mais frequentemente descritos nas formas sub-clínicas de EH, é a alteração no ciclo do sono e estado de alerta. Sono insatisfatório também é característico de pacientes cirróticos sem EH.

As anormalidades do sono podem ser decorrentes em parte, de alterações no ritmo de 24 horas do hormônio melatonina, o qual é considerado o regulador do "relógio biológico". A administração oral de melatonina, entretanto, pode ser uma opção no tratamento de pacientes cirróticos com alterações no ciclo do sono⁴⁵.

MARS (Molecular Adsorbents Recirculating System)

O MARS é um tratamento dialítico que utiliza diálise recirculante contendo albumina, e que pode ser utilizado nestes casos de EH como uma ponte até a realização de transplante hepático⁵⁶. Permite a remoção de substâncias hidrossolúveis e ligadas à albumina, melhorando a EH e a disfunção renal e alguns parâmetros clínicos na insuficiência hepática aguda, mas não há benefício claro na mortalidade.

Tratamentos cirúrgicos

Tratamentos cirúrgicos para reduzir a produção intestinal de amônia, como colectomia ou procedimentos de exclusão colônica, foram utilizados no passado em pacientes com EH refratária a outros tratamentos⁵⁷. A morbi-mortalidade operatória era alta e, atualmente, estes pacientes devem ser encaminhados para a realização de transplante hepático ortotópico⁵⁸.

A EH é a principal complicação após tratamento cirúrgico como *shunt* portossistêmico transjugular intra-hepático (TIPS) e pode ser controlada com medicações na maioria dos pacientes²². Os pacientes que desenvolvem EH após TIPS são geralmente os que possuem mais de 60 anos de idade e/ou são da classe Child-Pugh C. (esses pacientes têm 40% de probabilidade de desenvolver EH)^{15,20,21,22}. A incidência de EH após TIPS varia entre 30 e 50%, portanto, a identificação de variáveis clínicas associada com um risco aumentado de desenvolver EH, tem valor importante na seleção de candidatos apropriados para este procedimento^{20,21,22}.

Transplante hepático

O transplante hepático ortotópico oferece o mais efetivo tratamento para pacientes com doença hepática avançada e pode ser a última alternativa para o problema da EH crônica^{59,60}.

As indicações para transplante hepático foram ampliadas com o aumento da sobrevida pós-operatória e incluem pacientes com cirrose em estágio final, até mesmo pacientes idosos, e com outras manifestações de severa descompensação hepática. Também é indicado em um pequeno grupo de pacientes com severa e refratária EH, incluindo síndromes como demência, paraparesia espástica, degeneração cerebelar e distúrbios extrapiramidais¹.

As contra-indicações para o transplante hepático incluem sepse sistêmica, abuso ativo de álcool e drogas ilícitas, doença maligna extra-hepática e doença cardiopulmonar avançada⁹.

A sobrevida após transplante de fígado aumentou de 30 para 90% nos últimos 20 anos, portanto, recomenda-se que os pacientes com doença hepática crônica sejam conduzidos a um programa de avaliação

para provável transplante hepático, já que, esta é a única modalidade terapêutica curativa definitiva que pode ser oferecida aos doentes com EH permanente e classificados como Child-Pugh B ou C^{1,7,59}.

PROGNÓSTICO

A EH deve ser vista como uma doença de repercussão sistêmica de grave evolução, de tratamento inespecífico e prognóstico pouco animador.

O coma é, na maioria das vezes, a evolução final de um paciente cirrótico; e isso, por si só, já elimina a expectativa de vida. A recuperação da consciência e a volta ao convívio familiar não se traduzem em uma recuperação da integridade funcional e metabólica do hepatócito⁶.

A sobrevida de pacientes com doença hepática crônica é variável, difícil de prever e costuma ser mais curta nos pacientes com ingestão alcoólica diária, baixa atividade de protrombina e hipoalbuminemia, além de maiores valores de fosfatase alcalina e bilirrubina total (EH que cursa com icterícia, geralmente é mais grave)⁵⁹. Apresentam maior gravidade, também, os pacientes desnutridos com idade avançada, ou os que exibem ascite refratária, hemorragia digestiva alta e alterações da crase sangüínea, concomitantes ao quadro de EH, traduzindo, assim, a baixa reserva parenquimatosa do fígado.

Pacientes com doença hepática crônica e insuficiência renal apresentam curto tempo de sobrevida, com índice de mortalidade atingindo 80% dentro de 6 meses da sua instalação^{7,59}.

Alguns pacientes com doença hepática avançada podem ser cronicamente encefalopatas e na falência das medidas terapêuticas usuais, o transplante hepático é o único caminho para melhorar a sobrevida desses pacientes^{9,59}.

Sendo assim, o manejo da EH deve ser também baseado em cuidados permanentes e intensivos metódicos, com atenção aos problemas renais, circulatórios, respiratórios, infecciosos e hemorrágicos, para que os pacientes possam, pelo menos, ter uma melhor qualidade de vida na convivência com esta enfermidade⁶.

CONCLUSÃO

A EH deve ser entendida como uma síndrome multifatorial, de considerável importância no curso da doença hepática crônica, com prognóstico reservado e que exige tratamento precoce.

O tratamento da EH, que visa eliminar as neurotoxinas envolvidas, baseia-se nas hipóteses

fisiopatológicas ainda não completamente esclarecidas. No momento, a amônia parece ser o principal fator precipitante desta síndrome.

Os dissacarídeos sintéticos, como a lactulose, permanecem como a droga-padrão no tratamento da EH, servindo de referencial para outras drogas. Em contrapartida, o transplante hepático surge como esperança de melhora na sobrevida dos pacientes com doença hepática em estágio avançado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FRIEDMAN SL, SCHIANO TD. Cirrhosis and its sequelae. In: Cecil Textbook of Medicine. 22 ed. Philadelphia: Saunders, 2004:936-944.
2. HILGARD P, GERKEN G. Hepatic encephalopathy. *Med Klin* 2004;15:591-602.
3. BUTTERWORTH RF. Hepatic encephalopathy. *Alcohol Res Health* 2003;27:240-246.
4. LIZARDI-Cervera J, Almeda P, Guevara L, Uribe M. Hepatic encephalopathy: a review. *Ann Hepatol* 2003;2:122-130.
5. JAFFE D, CHUNG R, FRIEDMAN L. Management of portal hypertension and its complications. *Medical Clinics of North America*. Sept. 1996 ; 80:1021-5.
6. ROSA H. Encefalopatia hepática. In: Mattos A, Dantas W. *Compêndio de Hepatologia* 2 ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 2001: 723-734.
7. DANI R. Encefalopatia hepática. In: Dani R. *Gastroenterologia Essencial*. São Paulo, 1998:420-428.
8. FERENCI P. Pathogenesis of hepatic encephalopathy. [up to date] Vol. 7. n. 2, 1999.
9. FRANKLIN H, HERLONG MD. Complications of portal hypertension. In: Stobo O. *The Principles and Practice of Medicine*. 21. ed; 1988; 75:533-537.
10. FISHER JE, BALDESSARINI RJ. False neurotransmitters and hepatic failure. *Lancet*. 1971;2:75-80.
11. RIORDAN S, WILLIAMS R. Treatment of hepatic encephalopathy. *N Engl J Med*. 1997;337:473-7.
12. FITZ G. Systemic complications of liver disease. In: Sleisenger MH, Fordtranm JS. *Gastrointestinal and liver disease*. 6. ed. Philadelphia: Saunders. 1998:1334-1354.
13. SHERLOCK S, DOODLEY J. Hepatic encefalopathy. In: Sherlock S; Doodley J. *Diseases of the liver and biliary system*. 10 ed. Oxford: Blackwell Science. 1997:87-102.
14. BLEICHNER G, BOULANGER R, SQUARA P, SOLLET JP, PARENT A. Frequency of infections in cirrhotic patients presenting with acute gastrointestinal haemorrhage. *Br J Surg*. 1986;73:724-726.
15. WENDON JA, HARRISON PM, KEAYS R, WILLIAMS R. Cerebral blood flow and metabolism in fulminant liver failure. *Hepatology*. 1994;19:1407-13.
16. CONNHO. Complications of portal hypertension. *Curr. Hepatology*. 1993;13:223.
17. URIBE M, CAMPOLLO O, VARGAS F, et al. Acidifying enemas (lactitol and lactose) vs. nonacidifying enemas (tap water) to treat acute portal-systemic encephalopathy : a double-blind, randomized clinical trial. *Hepatology*. 1987;7:639-43.
18. BANSKY G, PETER J, RIEDERER E, WALSER H, ZIEGLER W, SCHMID M. Effects of the benzodiazepine receptor antagonist flumazenil in hepatic encephalopathy in humans. *Gastroenterology*. 1989;97:744-50.
19. READ AE, LAIDLAW J, SHERLOCK S. Neuropsychiatric complications of portocaval anastomosis. *Lancet*. 1961;1:961-3.
20. ROSSLE M, HAAG K, OCHSA, et al. The transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt procedure for variceal bleeding. *N Engl J Med* 1994;330:165-71.
21. ROSSLE M, OCHS A, et al. A comparison of paracentesis and transjugular intrahepatic portosystemic shunting in patients with ascites. *N Engl J Med*. 2000;342:1701-1707.
22. SOMBERG KA, RIEGLER JL, LA BERGE JM, et al. Hepatic encephalopathy after transjugular intrahepatic portosystemic shunts : incidence and risk factors. *Am J Gastroenterol* 1995;90:549-55.
23. MONTAGNESE S, AMODIO P, MORGAN MY. Methods for diagnosing hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis: a multidimensional approach. *Metab Brain Dis* 2004;19:281-312.
24. CURRENT L, MCPHEE S, PAPADAKIS M. Medical diagnosis and treatment. *Hepatica Encephalopathy* 2000;39:671-675.
25. YANG SS, WU C, CHIANG T, CHEN D. Somatosensory evoked potentials in subclinical portosystemic encephalopathy : a comparison with psychometric tests. *Hepatology*. 1998;27:357-2.
26. MULLEN KD, SZAUTER KM, KAMINSKY RK. Endogenous benzodiazepine activity in body fluids of patients with hepatic encephalopathy. *Lancet*. 1990;336:81-3.
27. FRAER CL, ARIEFF AL. Hepatic encefalopathy. *N Engl J Med* 1985;313:865-73.
28. NOMPLEGGI DJ, BONKOVSKY HL. Nutritional supplementation in chronic liver disease : an analytical review. *Hepatology*. 1994;19 : 518-33.
29. BIANCHI GP, MARCHESINI G, FABBRI A, RONDELLI A, BUGIANESI E, et al. Vegetable versus animal protein diet in cirrhotic patients with chronic encephalopathy : a randomized cross-over comparison. *J Intern Med* 1993;233:385-92.
30. GOODMAN LS, GILMAN A. *As bases farmacológicas da terapêutica*. 9 ed. 1996:731-732.
31. WEBER FL, FRESARD KM, LALLY BR. Effects of lactulose and neomycin on urea metabolism in cirrhotic

subjects. *Gastroenterology*. 1982;82:213-7.

32. BLANCP, DAURES JP, ROUILLON JM, et al. Lactitol or lactulose in the treatment of chronic hepatic encephalopathy : results of a meta-analysis. *Hepatology*. 1992;15:222-8.

33. SHERLOCK S, DOODLEY J. Hepatic cirrhosis. In: Sherlock S, Doodley Diseases of the liver and biliary system. 10 ed. Oxford: Blackwell Science. 1997:371-384.

34. MORGAN MY. The treatment of chronic hepatic encefalopathy. *Hepato-Gastroenterology* 1991;38:337.

35. MORGAN MH, READ AE, SPELLER DC. Treatment of hepatic encephalopathy with metronidazole. *Gut*. 1982;23:1-7.

36. MACBETH W, KASS ET, MCDERMOTT WV. Treatment of hepatic encephalopathy by alteration of intestinal flora and lactobacillus acidophilus. *Lancet*. 1965;1:399-403.

37. ITO S, MIYAJI H, AZUMA T, et al. Hyperammonaemia and helicobacter pylori. *Lancet*. 1995;346:124-5.

38. WIEDMANN B, KIRCHEIS G, KLAUK S, GUNTHER L, MALFERTHEINER P. The influence of helicobacter pylori on protein-induced hyperammonemia (0.5g/kg b.w.) in cirrhotic patients without encephalopathy. *Hepatology*. 1996;24. Suppl: 453A (abstract).

39. KIRCHEIS G, NILIUS R, HELD C, BERNDT H, BUCHNER M, et al. Therapeutic efficacy of L-ornithine – L-aspartate infusions : in patients with cirrhosis and hepatic encephalopathy : results of a placebo-controlled, double-blind study. *Hepatology*. 1997;25:1351-6.

40. LIEHR H, HUTH M, KIRCHEIS G, WAGNER M. A comparison of L-ornithine – L-aspartate and lactulose in the management of chronic liver disease and hepatic encephalopathy. *J Gastroenterol Hepatol* 1992;7(Suppl. 1) :A 106 (abstract).

41. MENDENHALL CL, ROUSTER S, MARSHALL L, WEESNER R. A new therapy for portal systemic encephalopathy. *Am J Gastroenterol* 1986;81:540-3.

42. DANTAS-CORREA EB, NETO CY, DANTAS W. Encefalopatia hepática mínima. In: Nader F. *Gastroenterologia V*. Pelotas: Editora e Gráfica da UFPel 2003:429-440.

43. CHARTON MR. Branched chains revisited. *Gastroenterology* 1996;111:252-5.

44. HORST D, GRACE ND, CONN HO, et al. Comparison of dietary protein with an oral, branched chain-enriched amino acid supplement in chronic portal-systemic encephalopathy: a randomized controlled trial. *Hepatology*. 1984;4:279-87.

45. FERENCI P. Treatment of hepatic encephalopathy. [up to date] Vol. 8. n. 1, 2000.

46. MICHEL H, SOLERE M, GRANIER P, et al. Treatment of cirrhotic hepatic encephalopathy with L-dopa : a controlled trial. *Gastroenterology* 1980;79:207-11.

47. URIBE M, FARCAA, MARQUEZ MA, GARCIA-RAMOS G, GUEVARA L. Treatment of chronic portal systemic encephalopathy with bromocriptine: a double-blind controlled trial. *Gastroenterology* 1979;76:1347-51.

48. BASILE AS, HUGHES RD, HARRISON PM, et al. Elevated brain concentrations of 1,4 – Benzodiazepines in Fulminant Hepatic Failure. *N Engl J Med* 1991;325:473-8.

49. GRIMM G, FERENCI P, KATZENSCHLAGER R, et al. Improvement of hepatic encephalopathy treatment with flumazenil. *Lancet* 1988;2:1392-4.

50. GYR K, MEIER R, HAUSSLER J, et al. Evaluation of the efficacy and safety of flumazenil in the treatment of portal systemic encephalopathy : a double-blind, randomized, placebo controlled multicentre study. *Gut* 1996;39:319-324.

51. BARBARO G, DI LORENZO G, SOLDINI M, et al. Flumazenil for hepatic encephalopathy grade III and IVA in patients with cirrhosis : an Italian multicenter double-blind, placebo-controlled, cross-over study. *Hepatology* 1998;28:374-2.

52. ALS-NIELSEN B, GLUDD LL, GLUDD C. Benzodiazepine receptor antagonists for hepatic encephalopathy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD002798.

53. REDING P, DUCHATEAU J, BATAILLE C. Oral zinc supplementation improves hepatic encephalopathy : results of a randomized controlled trial. *Lancet* 1984;2:493-5.

54. RIGGIO O, MERLI M, CIPOTARIA L, et al. Zinc supplementation reduces blood ammonia and increases liver ornithine transcarbamylase activity in experimental cirrhosis. *Hepatology* 1992;15:784.

55. THULUVATH PJ, EDWIN D, YUE NC, DE VILLIERS C, HOCHMAN S, KLEIN A. Increased signals seen in globus pallidus in T1-weighted magnetic resonance imaging in cirrhotics are not suggestive of chronic hepatic encephalopathy. *Hepatology* 1995;21:440-2.

56. CONTRERAS J, PONIACHIK J, OKSENBERG D, et al. Albumin dialysis MARS in acute liver failure, before liver transplantation. Report of three cases. *Rev Med Chil* 2004;132:601-607.

57. DAGENAIS MH, BERNARDA, MARLEAUD, et al. Surgical treatment of severe postshunt hepatic encephalopathy. *World J Surg* 1991;15:109-13.

58. DUCOIN H. Histopathology analysis of transjugular intrahepatic portosystemic shunts. *Hepatology* 1997;25:1064-5.

59. COOPER G, BELLAMY P, DAWSON N, et al. A prognostic model for patients with end-stage liver disease. *Gastroenterology* 1997;113:1278-1288.

60. MOHANTY SR, LABREQUE DR, MITROS FA, LAYDEN TJ. Liver transplantation for disulfiram-induced fulminant hepatic failure. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:292-295.

duro, assoalho da boca e língua), glândulas salivares^{4,5}.

A etiologia do câncer está relacionada à exposição a fatores de risco ambientais como vírus ou agentes químicos específicos, radiação, fatores genéticos, irritação crônica por agentes físicos, existência de lesões pré-malignas (leucoplasias e/ou eritoplasias), higiene oral deficiente associada à presença de dentes mal conservados. O fumo e o álcool são fatores de risco para vários tipos de câncer, inclusive câncer de boca e do trato aerodigestivo. Quando associados, o fumo e o álcool têm seu potencial carcinogênico ampliado mais de 15 vezes^{4,6,7,8}.

A função oral entendida como um conjunto de processos que abrange a mastigação, deglutição, fonação, é apenas um recorte da qualidade de vida relacionada à saúde. Conforme Rogers et al. (2002)⁹, há uma associação entre qualidade de vida relacionada à saúde e função oral, logo são fundamentais o conhecimento do impacto desta associação e o planejamento adequado do tratamento da lesão cancerosa de modo a minimizar os danos ao paciente.

O paciente com câncer é afetado por diversas condições não-infecciosas decorrentes do tratamento oncológico, seja cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico; sendo que estes influenciam, de modos diversos, alterações na cavidade bucal. As principais complicações do tratamento oncológico na cavidade bucal são a xerostomia, perda de paladar (ageusia), hemorragia (afetando principalmente a mucosa labial, língua e gengiva), dermatite, osteorradionecrose e trismo (espasmos musculares com ou sem fibrose dos músculos mastigatórios e da articulação temporomandibular)¹⁰.

Epstein et al (1999)¹¹ ressaltam a importância da integração do cuidado odontológico para pacientes com câncer. É necessário que sejam realizadas medidas odontológicas preventivas como aplicação tópica de flúor em razão da severidade e frequência da xerostomia (aumenta o risco para candidíase oral, cáries rampantes, dificuldade para adaptação de próteses, com a fala e o paladar) e outras complicações em longo prazo como a osteorradionecrose.

As consequências adversas relacionadas ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço podem ser prevenidas ou controladas desde que haja a implementação de medidas para sua prevenção e tratamento precoce quando necessário. Isto requer a atuação de uma equipe multidisciplinar, da qual o cirurgião-dentista não deve estar isento e sim atuando com outros profissionais de saúde de modo a tornar mais digna a vida dos pacientes com câncer.

O objetivo deste estudo é demonstrar a diminuição da qualidade de vida decorrente da perda

de saúde bucal ocasionada pelo tratamento oncológico seguido do não acompanhamento odontológico do paciente, evidenciando a importância de uma equipe multidisciplinar no cuidado com o paciente oncológico.

RELATO DE CASO

Pessoa do sexo masculino 58 anos, procurou o setor de Odontologia do Posto de Saúde Jardim Floresta do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição por apresentar desconforto na região de assoalho de boca do lado esquerdo. Durante a anamnese paciente relata que a última visita ao dentista foi durante sua adolescência, foi consumidor de fumo e bebidas alcoólicas. Embora o longo tempo sem consultar um profissional da odontologia, o paciente apresentou uma excelente condição de saúde oral, com ausência de experiência de cárie, presença de todos os dentes e relativa qualidade de higiene bucal (fig.1). No entanto durante o exame clínico foi constatada uma pequena lesão de característica ulcerada na região do assoalho de boca. O mesmo foi imediatamente encaminhado a um serviço de referência especializado em Estomatologia para o diagnóstico da lesão.

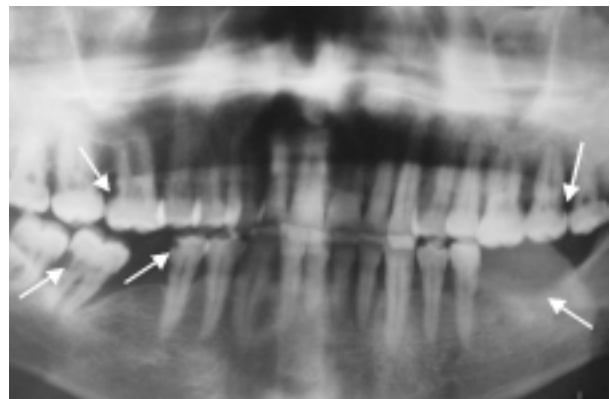


Figura 1: Radiografia Panorâmica mostrando a presença de lesões de cárie e perdas dentárias. Notar a ausência de restaurações devido a baixa experiência de cárie anterior ao tratamento oncológico.

Após um período de 3 anos, o paciente retornou ao Posto de Saúde tendo como queixas principais: secura da boca e dores de dentes generalizadas. O mesmo relatou que foi submetido a tratamento oncológico (cirurgia e radioterapia) na região em que apresentava a lesão inicial. O paciente manifestou também grandes dificuldades para exercer as funções de deglutição, fonação e que sua qualidade de vida estava bastante comprometida. Com a eficiência mastigatória dificultada pela perda de dentes e parte da língua, o sujeito passou a consumir alimentos

mais líquidos e pastosos e mais cariogênicos devido à alta concentração de açúcar e da consistência adesiva dos alimentos ingeridos.

No exame clínico foi constatada a presença de xerostomia, alta atividade de cárie dentária, principalmente nas superfícies radiculares (fig. 2), um grande acúmulo de placa bacteriana sobre os dentes, perda de elementos dentários e de parte da língua (devido a glossectomia parcial) na região do tumor.

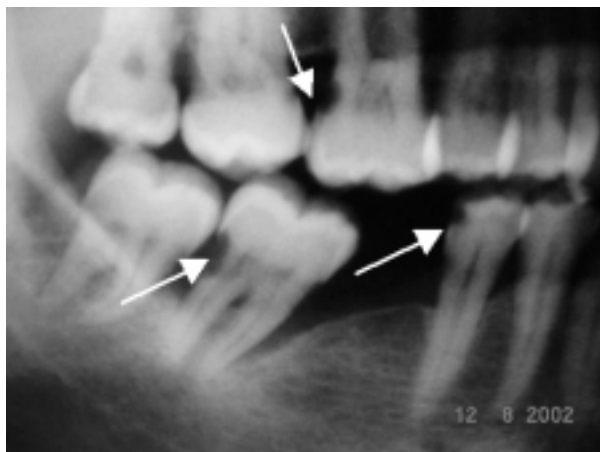


Figura 2: Visão aproximada da Radiografia Panorâmica evidenciando a presença de lesões de cárie radicular.

O paciente relata que em nenhum momento durante o tratamento do câncer recebeu qualquer tipo de orientação por qualquer membro da equipe sobre cuidados com a saúde bucal e/ou medidas de prevenção foram adotadas para evitar estes agravos a sua saúde.

A situação de saúde bucal estava bastante deteriorada. Após o diagnóstico da situação foi instituído imediatamente o seguinte plano de ação: alívio da dor; controle da atividade cariosa através do uso de diferentes formas de fluoretos de uso profissional e domiciliar; selamento das cavidades com cimento ionômero de vidro – técnica ART; plano nutricional com redução importante do açúcar; uso de saliva artificial; controle de placa profissional realizado pelo técnico em higiene dental e motivação para o cuidado (figs. 3 e 4). Este plano teve um caráter emergencial com o objetivo de reduzir danos e agravos à saúde bucal bem como possibilitar uma melhor qualidade de vida ao paciente.

DISCUSSÃO

A situação descrita no caso clínico demonstra a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. As evidências científicas demonstram



Figura 3: Selamento das cavidades com ionômero de vidro



Figura 4: Aplicação tópica de verniz com flúor pelo cirurgião-dentista.

claramente que é possível controlar a cárie de maneira bastante simples e satisfatória, mesmo em situações adversas, quando medidas preventivas adequadas são implementadas. O tipo de atenção odontológica para pacientes como este descrito no caso acima deveria ser baseado na redução das seqüelas bucais provenientes do tratamento oncológico e na instituição de um programa de acompanhamento e promoção de saúde bucal.

É de extrema importância a identificação dos pacientes com câncer bucal e submetidos ao tratamento oncológico como pacientes de alto risco de cárie, devido principalmente à diminuição do fluxo salivar provocada tanto pela quimio quanto pela radioterapia.

A definição do risco de cárie é fundamental para o estabelecimento de um programa de saúde bucal com uso de flúor (fluoterapia). Está comprovada a alta eficácia da fluoterapia sobre cáries dentárias, mesmo sendo o flúor utilizado em diferentes formas,

freqüências e concentrações. Para pacientes com alto risco de cárie, indica-se bochechos diários de fluoreto de sódio, seguidos de uma aplicação de fluoreto na forma de gel ou verniz realizada pelo cirurgião-dentista de 3 a 6 meses¹².

O cirurgião-dentista pode realizar o aconselhamento dietético destes pacientes de modo a estimular a ingestão de alimentos saudáveis e a diminuição do consumo de açúcar. De acordo com Freire (2000)¹³, a alta freqüência, consistência pegajosa e alto teor de açúcar como componente da dieta aumentam o risco de cárie. O uso de substitutos do açúcar (adoçantes) pode acompanhar as orientações dietéticas para os pacientes, favorecendo uma menor ingestão de açúcar. O leite, o queijo, alimentos ricos em fosfatos e fibras possuem um efeito anticariogênico e seu consumo deve ser estimulado também devido ao seu potencial nutritivo.

A remoção de placa dentária realizada periodicamente pela Equipe de Saúde Bucal (profilaxia) é considerada como uma medida complementar no controle da cárie¹⁴, sendo indicada para pacientes oncológicos. A instrução de higiene bucal visa a remoção mecânica da placa dentária pelo próprio paciente além de estimular o autocuidado. O uso de métodos químicos para o controle de placa como a clorexidina deve ser recomendada de acordo com a necessidade de cada paciente, sendo esta avaliada pelo cirurgião-dentista¹⁴.

A utilização de procedimentos restauradores com materiais como o ionômero de vidro que são biocompatíveis e apresentam liberação de flúor na cavidade bucal é recomendada para pacientes com alto risco de cárie¹⁵. A Técnica de Restauração Atraumática (ART) é um método simples e bastante difundido que consiste na remoção do tecido dentário cariado através de instrumentos manuais e posterior uso do ionômero de vidro como material restaurador¹⁵.

O aumento no consumo de água e o uso de saliva artificial devem ser indicados quando o paciente queixar-se de sensação de boca seca (xerostomia). A saliva artificial deve ter características semelhantes à saliva natural (íons de cálcio, fosfato, sódio, magnésio e potássio, mucina e pH entre 6 e 7)¹⁶.

A atenção odontológica para pacientes com câncer bucal deve ser baseada na promoção da saúde bucal, ampliando a visão de integralidade de atenção através do trabalho interdisciplinar e em equipe multiprofissional, com objetivo de proporcionar ao paciente uma maior autonomia sobre seu corpo e sua saúde.

CONCLUSÃO

A melhoria da qualidade de vida de pacientes

com câncer de boca e submetidos ao tratamento oncológico passa também por cuidados que envolvem a saúde bucal. A participação do cirurgião-dentista na equipe oncológica é essencial para a prevenção e controle das seqüelas bucais do tratamento oncológico.

A busca por uma qualidade de vida mais digna para os pacientes com câncer bucal deve ser o objetivo de todos os profissionais de saúde, através de uma abordagem integral e humanizada de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SOUZA, S. Edirorial. Revista Brasileira de Cancerologia, v.49, n.2, p.85, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA, Estimativas 2005 da Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/> Acesso em: 06 Dezembro 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA, Estimativas 2005 da Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=324 Acesso em: 06 Dezembro 2004.
- HOSSFELD, D.K. et al. (Eds) Manual de Oncologia Clínica. 5. ed. Fundação Oncocentro de São Paulo, 1989. 399p.
- TNM Classificação dos Tumores Malignos. Tumores da Cabeça e Pescoço. 5. ed. Rio de Janeiro, 1998. P. 19-55.
- CERNEA, C. R. Tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço. In: SCHWARTSMANN, G. et al. Oncologia Clínica: Princípios e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. P. 407-14.
- SCHWARTSMANN, G. Biologia Molecular e Genética do Câncer. In: SCHWARTSMANN, G. et al. Oncologia Clínica: Princípios e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. P. 31-41.
- DEL GIGLIO, A. Câncer: Introdução ao seu Estudo e Tratamento. São Paulo: Pioneira, 1999. 151p.
- ROGERS, S. N. et al. Importance-Rating Using The University Of Washington Quality of Life Questionnaire in Patients Treated by Primary Surgery for Oral and Oro-Pharyngeal Cancer. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, v.30, p.125-32, July 2002.
- NEVILLE, B.W. Complicações Orais Não-infecciosas do Tratamento Antineoplásico. In: _____. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. P.212-5.
- EPSTEIN, J. B. et al. Pretreatment assessment and dental management of patients with nasopharyngeal carcinoma. Oral Oncology, v.35, p.33-9. 1999.

LOPES, M. A. et al. Reconhecendo e Controlando os Efeitos Colaterais da Radioterapia. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. V.52, n.3, p. 241-44, mai./jun. 1998.

Caro Editor

As organizações da sociedade civil se dedicam a causas e problemas sociais, não tendo como objetivo o lucro e sim, a emancipação dos sujeitos, atores protagonistas de sua história.

Reconhecendo o amadorismo e a pouca importância dada às etapas do planejamento, sob pena de contribuir e valorizar o processo de gerenciamento pela qualidade em organizações do terceiro setor, desenvolvemos este trabalho que subsidia e produz conhecimento na área, respaldando o processo que ora, acreditamos.

Preocupadas com a ação social transformadora, essas entidades não se dedicam a gerenciar no sentido clássico do termo, pois enfrentam dificuldades na execução das tarefas administrativas. Frente ao grande desafio, torna-se necessária a discussão sobre sua gestão, também pelo fato de que necessitam pensar no futuro, e, principalmente, devem deter-se ao presente.

Por essa razão, propomos, a *Gestão pela Qualidade no Terceiro Setor, mediado pela espiritualidade. Uma experiência que motiva*, esse método significa o trato de uma situação única, uma representação singular da realidade que é multidimensional.

Angela M. Aguiar

Assistente Social

Coordenadora Geral da ACM - Fundação Cazemiro Bruno Kurtz – Porto Alegre.

Coordenadora Geral do Comitê de Desenvolvimento Social do Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade do RS.

Gestão pela Qualidade no Terceiro Setor, mediado pela espiritualidade. Uma experiência que motiva.

As organizações do terceiro setor trazem em si um compromisso com ações transformadoras, baseadas em valores como solidariedade e confiança mútua.

O cenário aponta que apenas uma bandeira ideológica não tem forças para transformar um contexto desigual. Vivemos um processo de mutação, devemos perder a dureza da contradição radical e dar lugar a um jogo complexo e instável de oposições e complementaridades.

Abrem-se novas perspectivas à aceitação da diversidade de comportamentos humanos, de respeito à singularidade cultural e à autodeterminação econômica. No entanto, tudo isto é ainda muito recente e, como toda novidade, questiona velhas idéias e coloca novas questões.

Neste cenário revoltoso que mexe com o primeiro, segundo e o terceiro setor (e outros que vem surgindo e se fortalecendo) disparam novas demandas e exigindo-nos um movimento que muitas vezes, vai além das nossas possibilidades mesmo considerando apenas a sobrevivência.

Novas realidades requerem novos mecanismos e procedimentos, por isso se faz necessária uma mudança de paradigma. A proposta é demonstrar uma alternativa para enfrentar este contexto, usar a informação e o conhecimento como um recurso positivo.

Se considerarmos que as Organizações da Sociedade Civil - OSC's permanecem muito aquém do seu potencial, muitas vezes, por não planejar adequadamente, nem avaliar os resultados dos seus trabalhos, resulta que, mesmo considerando estas iniciativas muito louváveis, pouco se contribui para as ações cidadãs e de legítima inclusão social.

Ampliam-se os recursos e competências necessárias para o enfrentamento dos grandes desafios nacionais, como o combate à pobreza e a incorporação dos excluídos aos direitos básicos de cidadania e porquê não conseguimos minimizar a situação de exclusão social?

O resgate da espiritualidade se dá num sentido tal que nos leva a procurar a razão para a vida, encontrando assim sentido no que fazemos. É esse sentido que nos fará caminhar, seja dentro seja, fora da organização. Em síntese o sentido da vida está naquilo que sentimos, pensamos ou fazemos, administrativamente falando e segundo Moreno [1], a espiritualidade agrega valor ao universo e à humanidade, não desconsiderando seus objetivos específicos.

Nesse momento está lançado o desafio de gerenciar pela qualidade. Transformar empregados em colaboradores, valorizar iniciativas, integração e a dedicação do pessoal em torno de padrões e metas claramente definidos. Isso quer dizer construídos em conjunto, conclamado pela participação. O gerente lidera ao invés de mandar e a missão passa a ser compartilhada por todos. O padrão nesse processo gerencial passa a ser o “*cliente, o usuário, o cidadão ou o beneficiário*” [3]. Eis a diferença, o “*cliente, usuário, cidadão ou beneficiário*” [3] passa a ser entendido não mais como alguém que depende da organização e irá agradecer para todo e sempre, mas alguém que usufrui de direitos e exige qualidade e dignidade, participa de decisões através de processos de pesquisas revelando suas vontades, necessidades e satisfação. As decisões passam ser consensuais e transparentes, isso significa mais confiança e menos hierarquia, menos burocracia. Os indicadores de desempenho passam ser o termômetro da organização, introduzindo método de melhoria com base nas análises dos resultados. Em síntese este processo desperta a criatividade de uma organização no sentido de combater desperdícios, profissionalizar as ações com método qualificado, satisfazendo ao “*cliente, ao usuário, ao cidadão ou ao beneficiário*” [3] repercutindo significativamente na sociedade através do alcance de sua missão.

A experiência da ACM- Fundação Cazemiro Bruno Kurtz, neste processo foi trilhada de posse das exigências do mercado no qual a organização está inserida, com base no diagnóstico externo e interno e a tarefa de alcançar o uso eficaz dos recursos (financeiros, humanos e estruturais) gerando resultados e impactos sustentáveis, nos desafiamos a construir um caminho desconhecido. ... *“a viagem só acontece quando nos colocamos a caminho; durante o caminho é preciso ser flexível, talvez menos em relação ao ponto ao qual se quer chegar, mas principalmente quanto aos passos que se pode dar”*....[4]

A questão é, como propor um processo sistêmico de intervenções em que os sujeitos são também sujeitos da aprendizagem? Como melhorar a qualidade dos serviços e adequá-los às necessidades do cliente, do usuário, do cidadão, ou beneficiário? Como buscar a adesão da comunidade à causa da organização e informar de forma transparente? Como investir no desenvolvimento das pessoas que fazem parte da organização? Como garantir a sustentabilidade? Afinal, a sustentabilidade não se limita à capacidade de captação dos recursos dos quais a organização precisa, mas, também, ao seu emprego de maneira eficaz, de modo a maximizar os resultados alcançados e assegurar que a entidade continue a contar com o apoio do público.

Na busca de respostas, após muita leitura, capacitações e *benchmarking*, nos aproximamos de uma ferramenta que naquele momento e naquelas circunstâncias serviriam para dar o primeiro passo, pois tínhamos que desmistificar conceitos/práticas de gestão adotados de um modo geral por organizações do segundo setor.

Sendo a gestão da qualidade um sistema estruturado e específico de administração, centrado no atendimento das necessidades, um processo sistêmico que caracteriza-se como total porque engloba todas as partes interessadas, exige, necessariamente, a participação de todos os envolvidos na tarefa educativa, tanto os profissionais como os clientes, os usuários, os cidadãos ou os beneficiários, poder público e sociedade de um modo geral.

Levantamos primeiramente o contexto interno, os problemas/insatisfações relacionadas ao trabalho, as soluções desses problemas, as estratégias a serem adotadas, custos financeiros, bem como os responsáveis pela execução das propostas levantadas. Usufruímos de um espaço para desmistificar as relações verticais como as horizontais, e expressado em uma frase de Gibran, Kalil [2], que diz “*a realidade do outro não está naquilo que ele revela a você, mas naquilo que ele não lhe pode revelar. Portanto, se você quiser compreendê-lo, escute não o que ele diz, mas o que ele não diz.* “. Por isso optamos por um espaço

participativo e diversificado, em que nos olhávamos e sentíamos-nos nas mesmas condições, a busca de alternativas para superar o que nos incomodava, mas, principalmente, identificando o quê nos incomodava. *“A pessoa inteira é aquela que estabelece um contato significativo e profundo com o mundo à sua volta. Ela não só escuta a si mesma, como também às vozes de seu mundo. A extensão de sua própria experiência é infinitamente multiplicada pela empatia que sente em relação aos outros. Ela sofre com os infelizes e se alegra com os de bem com a vida, ... isso tudo ressoa de maneira singular para ela”*. Powell, John [5], aqui destaco a postura da liderança como fator fundamental para o sucesso do trabalho proposto, mais do que estar presente, ser um líder presente.

“Muitos líderes descobrem que, quando começam a desafiar alguns de seus pressupostos mais fundamentais, eles também tomam muitas decisões diferentes e, frequentemente, também lhes é revelado todo um mundo de novas possibilidades. Quando lideramos com o coração aberto, queremos que o maior número possível de pessoas desafie o maior número possível de “realidades”, contribuindo com o máximo de informações pertinentes e, de forma colaborativa, tomando as melhores decisões para a empresa”. [2].

Outro passo estratégico foi a instalação do CQR – Comitê da Qualidade e Responsabilidade. Esse comitê serviu de norteador para os primeiros ensaios deste programa de gerenciamento pela qualidade na ACM - Fundação Cazemiro Bruno Kurtz, seguidos de ferramentas como os 5S's e construção de procedimentos operacionais padrão – POP. A revisão do planejamento estratégico tornou-se consequência do processo.

De posse desse material, partimos para uma análise da postura da FCBK quanto aos oito critérios sugerido pelo Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade – RS, contemplado por uma equipe de avaliação interna e externa. Em síntese trabalhamos com uma proposição que sugere a adoção de práticas do segundo setor, que adaptadas, serviram seriamente para o desenvolvimento da ACM-FCBK. As organizações que deviam muito à religião e à política, são desafiadas agora a aprenderem com o mercado.

Isto não implica, evidentemente, esquecer inspirações profundas que movem as ações sociais, mas modifica o modo de agir. Os sinais sugerem medidas importantes de melhoria no uso das informações e isso está diretamente atrelado ao modo que o grupo, pertencente à organização, se coloca na sociedade e no mundo. Considerando as imprevisibilidades e à facilidade de adaptações, tendo papel preponderante neste sentido, a questão da espiritualidade.

Referências Bibliográficas:

- [1] MORENO, Jacob Levy. Polígrafo Sobre Espiritualidade, T&D Abril/1998
- [2] Kay Gilley – Liderança com o coração aberto – Coragem em vez do medo no local de trabalho Ed. Cultrix São Paulo.
- [3] Artigo publicado - *Gestão em Organizações do Terceiro Setor*, (set/2000) disponibilizado em Coluna Livre. < <http://www.rits.org.br> >.
- [4] SILVA, ANTÔNIO LUIZ DE PAULA Utilizando o planejamento como ferramenta de aprendizagem. Gestão e sustentabilidade: Instituto Fonte 2000, p. 9.
- [5] POWELL, J. Why am I afraid to tell you who I am? Niles, Argus Communications, 1969.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NA REVISTA *"Momento & Perspectivas em Saúde"*

A Revista *"Momento & Perspectivas em Saúde"*, órgão oficial de divulgação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, tem como objetivo principal divulgar a experiência dos profissionais do GHC que atuam nas diversas áreas técnico-científicas. Desta forma estará difundindo conhecimentos que contribuam para aperfeiçoar e desenvolver a qualidade de saúde de nosso Estado e de nosso País.

A Revista publica artigos originais, de revisão ou de atualização, relatos de casos e cartas aos editores, tanto de profissionais que atuam no GHC, quanto de profissionais externos, que remetam espontaneamente ou por solicitação de seus Editores, com duas cópias, para:

Editoria da Revista *"Momento & Perspectivas em Saúde"*
Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP
Rua Francisco Trein, 596 - 3º andar
91350-200 - Porto Alegre - RS

Os artigos são de responsabilidade dos seus autores e é indispensável a aprovação pelo Conselho Editorial da Revista para sua publicação.

Instruções Gerais:

As instruções de ordem técnica se baseiam na orientação do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*Ann Intern Med* 1988; 108: 258-265). Os trabalhos que resultem de pesquisa em seres humanos deverão vir encaminhados à Revista acompanhados pelo parecer e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. Esta determinação está em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.

Os trabalhos deverão ser datilografados ou digitados em papel tamanho ofício, espaço duplo, com margem em todos os lados de 3cm e páginas numeradas em sequência. Os artigos originais não deverão exceder 20 páginas, os artigos de revisão ou de atualização 30 páginas e os relatos de caso 10 páginas.

O original e duas (2) cópias juntamente com o disquete do(s) artigo(s) deverá ser encaminhado para o Setor de Editoria.

A **primeira página** deverá conter o título em português e em inglês, o nome completo de todos os autores acompanhado de suas titulações, a instituição onde o trabalho foi realizado e o nome e endereço de um dos autores para correspondência.

A **segunda página** conterá o título em português e o resumo, com 150 palavras no máximo, seguido de dois a cinco unitermos. A seguir o título em inglês, o "abstract" e de duas a cinco "key words". Estes unitermos deverão se basear na edição anual da BIREME/OPAS/OMS dos Descritores em Ciências da Saúde.

Na **terceira página** é iniciado o trabalho propriamente dito, incluindo na organização os seguintes subtítulos: introdução (definindo os objetivos), casuística e método (quando se referir a trabalhos não experimentais), material e método (quando o trabalho for experimental), resultados, discussão e conclusões.

Ao **final do trabalho** citam-se as referências bibliográficas em ordem de aparecimento no texto, de acordo com as normas internacionais propostas no "*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*" (JAMA 1993; 269: 2282-2286), com os periódicos abreviados conforme constam no *Index Medicus* ou no *Index Medicus Latino-Americano*. As referências deverão ser numeradas em seqüência e obrigatoriamente citadas no texto. Exemplos de referências:

- artigo de periódico:

Carpenter JP, Lexa FJ, Davis JT. Determination of sixty percent or greater carotid artery stenosis by duplex Doppler ultrasonography. *J Vasc Surg* 1995; 22: 697-705.

- livro:

Machleder HI. Vascular disorders of the upper extremity. New York: Futura Publishing Co., 1983.

- capítulo de livro:

Berger HJ, Zaret BL, Cohen LS. Cardiovascular nuclear medicine. In: Golberger E, ed. *Textbook of clinical cardiology*. 1st ed. St Louis: CV Mosby, 1982: 326-345.

- observação:

Até seis autores, citam-se todos; sete autores ou mais, citam-se os três primeiros seguidos de "et al".

As tabelas e ilustrações vêm a seguir. As tabelas são numeradas em seqüência, com algarismos romanos, acompanhadas de enunciado. As ilustrações (gráficos, diagramas e fotos) são numeradas também consecutivamente com algarismos arábicos e referidas no texto como "figuras". As fotos não podem exceder o número de seis por artigo, somente em preto e branco, e na medida de 10 x 15 cm. As legendas das ilustrações devem ser datilografadas/digitadas em folha à parte, respeitando a numeração contida no texto.

A última página conterá os agradecimentos, quando for o caso.

O Conselho Editorial da Revista subentende que, ao remeter um artigo para publicação, o mesmo não foi e nem será remetido para publicação em outro periódico, nacional ou estrangeiro.

Fluxograma de análise de um artigo:

