

Online ISSN 2317-4404

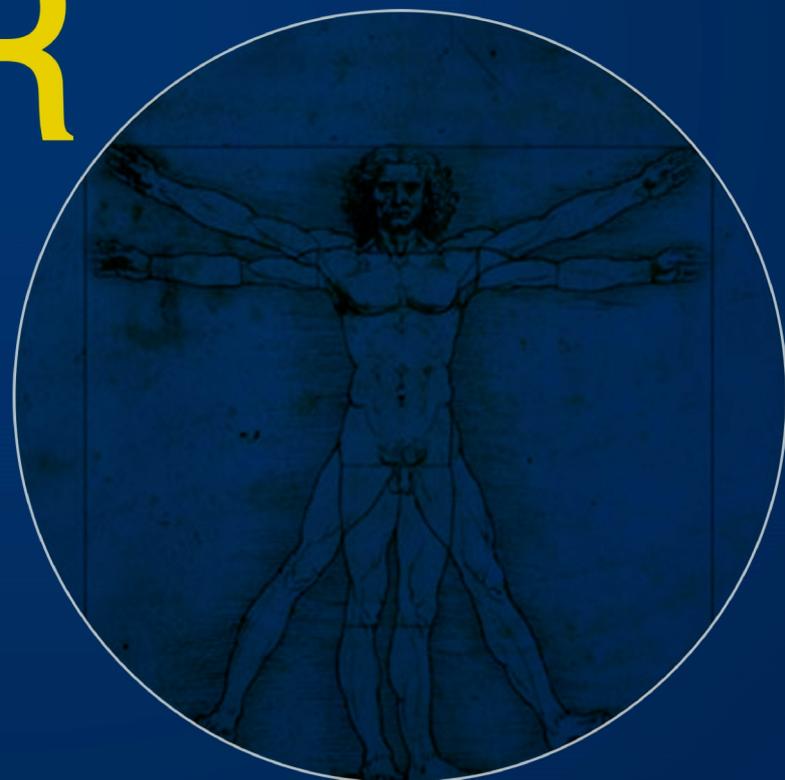
BJSCR

10(1)

Março / Maio 2015

March / May 2015

2015



Título / Title: Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research
Título abreviado/ Short title: Braz. J. Surg. Clin. Res.
Sigla/ Acronym: BJSCR
Editora / Publisher: Master Editora
Periodicidade / Periodicity: Trimestral / Quarterly
Indexação / Indexed: Latindex, Google Acadêmico, Bibliomed, DRJI, Periódicos CAPES e EBSCO host.

Início / Start: Dezembro, 2012/ Decembrer, 2012

Editor-Chefe / Editor-in-Chief: Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho [MS; Dr]

Conselho Editorial / Editorial Board

Prof. Dr. Antonio Marcos dos Anjos Neto: **Instituto do Rim de Maringá** – Maringá – PR – Brasil
 Prof. Dr. Luciano Tavares Ângelo Cintra: **UNESP** – Araçatuba – SP – Brasil
 Prof. Dr. Luiz Fernando Lolli: **UEM e UNINGÁ** – Maringá – PR – Brasil
 Prof. Dr. Paulo Rodrigo Stival Bittencourt: **UFTPR** – Medianeira – PR – Brasil
 Prof. Dr. Jefferson José de Carvalho Marion: **UFMS** – MS - Brasil
 Prof. Dr. Aissar Eduardo Nassif: **UNINGÁ** - Maringá – PR – Brasil
 Prof. Dr. Sérgio Spezzia: **UNIFESP** – São Paulo – SP – Brasil
 Prof. Dr. Romualdo José Ribeiro Gama: **IPEMCE** - São Paulo- SP
 Prof.ª MS. Rosana Amora Ascari: **UDESC** – Chapecó - SC
 Prof. Dr. Ricardo Radighieri Rascado: **UNIFAL** – Alfenas – MG
 Prof. Dr. Edmar Miyoshi – **UEPG**– Ponta Grossa – PR
 Prof.ª. Dra. Tatiliana Geralda Bacelar Kashiwabara – **IMES** – Ipatinga – MG
 Prof.ª. MSD. Thais Mageste Duque – **UNICAMP** – SP, **UNINGÁ** - PR
 Prof. Dr. Sérgio Spezzia – **UNIFESP** – SP

O periódico **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR** é uma publicação da **Master Editora** para divulgação de artigos científicos apenas em mídia eletrônica, indexada às bases de dados **Latindex, Google Acadêmico, Bibliomed, DRJI, Periódicos CAPES e EBSCO host**.

Todos os artigos publicados foram formalmente autorizados por seus autores e são de sua exclusiva responsabilidade. As opiniões emitidas pelos autores dos artigos publicados não necessariamente correspondem às opiniões da **Master Editora**, do periódico **BJSCR** e /ou de seu Conselho Editorial.

*The **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR** is an editorial product of **Master Publisher** aimed at disseminating scientific articles only in electronic media, indexed in **Latindex, Google Scholar, Bibliomed, DRJI, CAPES Periodicals and EBSCO host** databases.*

*All articles published were formally authorized by the authors and are your sole responsibility. The opinions expressed by the authors of the published articles do not necessarily correspond to the opinions of **Master Publisher, the BJSCR and/or its editorial board**.*

Prezado leitor,

*Disponibilizamos a décima edição, volume um, do periódico **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**.*

*A **Master Editora** e o **BJSCR** agradecem aos Autores que abrilhantam esta edição pela confiança depositada em nosso periódico. O **BJSCR** é um dos primeiros “Open Access Journal” do Brasil, representando a materialização dos elevados ideais da **Master Editora** acerca da divulgação ampla e irrestrita do conhecimento científico produzido pelas Ciências da Saúde e Biológicas.*

Aos autores de artigos científicos que se enquadram em nosso escopo, envie seus manuscritos para análise de nosso conselho editorial!

A décima edição, volume dois, em inglês, estará disponível a partir do mês de Abril de 2015!

Boa leitura!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-Chefe BJSCR

Dear reader,

*We provide the tenth edition, volume one, of the **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**.*

*The **Master Publisher** and the **BJSCR** would like to thank the authors of this edition for the trust placed in our journal. The **BJSCR** is one of the early Open Access Journal of Brazil, representing the realization of the lofty ideals of the **Master Publisher** about the broad and unrestricted dissemination of scientific knowledge produced by the Health and Biological Sciences.*

Authors of scientific manuscripts that fit in the scope of BJSCR, send their manuscripts for consideration of our editorial board!

Our tenth edition, volume two, will be available in April, 2015!

Happy reading!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-in-Chief BJSCR

ORIGINAL

PROCESSO DE ENFERMAGEM: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE GRANDE PORTE NA AMAZÔNIA, BRASIL

LAURINDO PEREIRA DE **SOUZA**, CIDIA **VASCONCELLOS**, ANDRELISA VENDRAMI **PARRA** 05

COINFECÇÃO POR TUBERCULOSE E VIH/SIDA (HIV/AIDS) EM PACIENTES DA CIDADE DE SARANDI, ESTADO DO PARANÁ, BRASIL

TAMARA **CASSIANO**, FRANCISMAR PRESTES **LEAL** 21

RELATO DE CASO – ODONTOLOGIA

TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR EM CRIANÇA UTILIZANDO BRAQUETES ORTODÔNTICOS

ILBERTO CÂNDIDO DE **SOUZA**, PEDRO HENRIQUE DE **SOUZA LOPES**, ANA CARINE FERRAZ **RAMEIRO**, DANIEL FERREIRA DO **NASCIMENTO**, BELMINO CARLOS AMARAL **TORRES** 27

RELATO DE CASO – MEDICINA

HEPATITE AUTOIMUNE: SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE PARA TRATAMENTO ADEQUADO

NEIDE SATURNINO DA **SILVA**, KLEBER RODRIGUES DE **REZENDE**, SORAIA **MARTOS**, ENIO TEIXEIRA MOLINA **FILHO**, JANAINA DA SILVA **MARTINS** JEFFERSON **FISCHER**, TALITA DE **MENEZES** 32

PROCESSO DE ENFERMAGEM: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE GRANDE PORTE NA AMAZÔNIA, BRASIL

NURSING PROCESS: DIFFICULTIES FACED BY THE NURSES OF A LARGE PUBLIC HOSPITAL FROM AMAZONIA, BRAZIL

LAURINDO PEREIRA DE SOUZA^{1*}, CIDIA VASCONCELLOS², ANDRELISA VENDRAMI PARRA³

1. Mestrando em Ciências da Saúde pelo IAMSPE/SP; 2. Orientadora, Pós doutorado em Medicina pela USP; 3. Co-orientadora, Doutorado em Ciências da Saúde pela FAMERP e Docente da UFMS.

Artigo extraído da dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde IAMSPE/SP

* Rua Pedro Kemper, 3660, Parque Alvorada, Cacoal, Rondônia, Brasil. CEP: 76961-591. laurindosorrisox@hotmail.com

Recebido em 13/02/2015. Aceito para publicação em 19/02/2015

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar e analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros acerca da utilização do processo de enfermagem (PE) em um hospital público de grande porte no interior Sul da Amazônia Legal. Trata-se de um estudo de campo com abordagem qualitativa, descritiva, de caráter transversal, utilizando como técnica a entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados fundamentou-se na Análise de Conteúdo, que emergiram 08 categorias, a amostra foi composta por 27 enfermeiros, a coleta de dados baseou-se em um questionário semiestruturado com perguntas objetivas e norteadoras acerca da temática. O resultado da pesquisa revelou que os enfermeiros têm dificuldades em executar o PE, devido conhecimento insipiente sobre o assunto, a fase que revelaram ter maior dificuldade foi o diagnóstico de enfermagem, o estudo revelou ainda que a maioria segue fortes influências do modelo biomédico/cartesiano. Diante do exposto conclui-se que os enfermeiros estão sobrecarregados de multitarefas e afazeres cotidianos não atribuídos a profissão e relega para segundo plano o planejamento das atividades relacionadas ao PE. Mesmo evidenciando falhas e dificuldades na realização do PE, os próprios enfermeiros mostram estratégias advindas da análise de conteúdo que podem melhorar esta prática cotidiana, como: melhorar o instrumento existente oferecer treinamento e capacitação, adequar o quadro do pessoal da enfermagem, informatizar o PE através de software.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, processo de enfermagem, dificuldades, sistematização da assistência de enfermagem, processo do cuidar.

ABSTRACT

This study aimed to identify and analyze the difficulties encountered by nurses about the use of the nursing process (NP) in a large public hospital in the South with in the Legal Amazon. This is a field study with qualitative, descriptive approach, the cross-sectional nature, using as technique the semistructured interview. For data analysis was based on content analysis, which emerged 08 categories, the sample consisted of 27 nurses, data collection was based on a semistructured questionnaire with objective and guiding questions about the theme. The survey results revealed that nurses have difficulties in implementing the NP due incipient knowledge on the subject, the phase that were found to have greater difficulty was the nursing diagnosis, the study also revealed that most follow strong influence of the biomedical model/ Cartesian. Given the above it is concluded that nurses are over worked multi-tasking and everyday tasks not assigned to profession and relegates to the background the planning of activities related to NP. Even show fails and difficulties in implementing the NP, the nurses adopt strategies arising from the content analysis that can improve this every day practice such as: improving the existing instrument provide training and capacity building, adapting the framework of the nursing staff, computerize the NP through software.

KEYWORDS: Nursing, nursing process, difficulties, systematization of nursing care, the care process.

1. INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem (PE) é um método científico de trabalho que proporciona melhoria significativa da qualidade da assistência prestada ao cliente através do

planejamento individualizado das ações de enfermagem. Permitindo assim a continuidade e a integralidade da assistência humanizada, a valorização do enfermeiro, além de fortalecer e engrandecer o trabalho em equipe¹. E todas essas ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, praticadas de forma dinâmica, denomina - se processo de enfermagem².

O processo é importante e faz-se necessário, portanto é preciso que haja, a partir da conscientização dos profissionais enfermeiros, a iniciativa por parte dos mesmos em buscarem, através da Instituição, condições necessárias para esta implantação³. Assim, o processo de enfermagem é a essência e o cerne da profissão, sendo importante a sua utilização na assistência ao paciente, para nortear a prática da enfermagem^{1,4}.

O processo de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para identificar e propor as ações de enfermagem^{1,4,5,6}. É agente na comunicação, pois o seu registro serve de intercomunicação para toda a equipe prestar o atendimento individualizado e contínuo⁷.

A lei 7498⁸ de 25 de junho de 1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências em seu Art.11 sendo exclusivo do enfermeiro [... a consulta de enfermagem, prescrição de enfermagem...], sendo esta lei regulamentada pelo Decreto 94.406/87⁹ que mantém estas mesmas determinações em seu Art.08.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)¹⁰, através de sua Resolução 358/2009 Art. 1º afirma que o PE deve ser realizado, de modo deliberativo e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre os cuidados de enfermagem, considera ainda que a implantação da SAE constitui, efetivamente melhora na qualidade da assistência de enfermagem.[... Art. 2º mostra que o PE é organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrente, sendo: I. Investigação de enfermagem, II. diagnóstico de enfermagem, III. planejamento de enfermagem, IV. Implementação de enfermagem, V. avaliação de enfermagem.

Baseado nos preceitos éticos e legais da profissão a enfermagem tem procurado desenvolver sua prática com base no método científico, adotando o PE como forma de trabalho, o que torna possível a assistência individualizada, ordenada e dirigida a resultados. As etapas de investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação da assistência de enfermagem, e avaliação dos resultados obtidos, têm sido objeto de diversos estudos que têm como meta o aprimoramento da arte da enfermagem e a ampliação dos conhecimentos científicos de forma a atender mais adequadamente à clientela sob seus cuidados¹¹.

Tendo em vista que as fases do processo de enfermagem são sucessivas e interrelacionadas, “pular” uma

fase ou elaborar um diagnóstico de enfermagem errado pode comprometer as demais fases do processo¹². E se tem observado nas unidades de saúde dificuldades para implementar o PE. Acredita-se que tais dificuldades dizem respeito à forma como o ensino desta temática tem sido conduzido. Além disso, a preocupação com a técnica em detrimento à apreensão de uma reflexão crítica para o planejamento do cuidado é bastante comum nos centros de ensino¹².

As dificuldades encontradas na implementação do PE são apontadas por acadêmicos de enfermagem, enfermeiros e docentes em diversos trabalhos, o que justifica a relevância deste estudo para que se possa pensar em superá-las no cotidiano da prática da enfermagem assistencial.

Desse modo, buscando compreender as dificuldades que os enfermeiros tem para desenvolver o PE, em um Hospital do Interior Sul da Amazônia Legal, e a escassez de estudo aplicados em hospitais nessa região acerca do PE, e frente a importância que o tema assume para o trabalho do enfermeiro é que desenvolveu-se essa pesquisa com o objetivo de identificar e analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros acerca da utilização do processo de enfermagem (PE) em um hospital público de grande porte no interior Sul da Amazônia Legal.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva, de caráter transversal, utilizando como técnica a entrevista semi-estruturada¹⁴, realizado em um hospital público de grande porte no interior Sul da Amazônia legal. Que é referência em alta complexidade, funciona sete dias por semana em regime de plantão, o atendimento e feito somente a pacientes regulados via Sistema Unido de Saúde (SUS).

Neste nosocômio há leitos de clínica médica, ortopedia, clínica cirúrgica, pediatria, centro de tratamento intensivo (CTI) adulto e pediátrica, centro cirúrgico, e acompanhamento ambulatorial.

O universo populacional foi composto por 53 enfermeiros de ambos os sexos. Foram incluídos no estudo os enfermeiros assistencialistas, os que tinham mais de seis (06) meses na instituição, concordar e assinar o termo de consentimento, foram excluídos aqueles enfermeiros que estavam, afastados por motivos de doença ou férias, os que exercem suas funções de gerência de enfermagem, coordenação e serviços administrativos. Diante desses critérios, 26 enfermeiros foram excluídos da pesquisa, um (01) recusou-se em participar, por sentir-se constrangido com a gravação. Portanto com base nos critérios de exclusão determinou-se o universo amostral de 27 enfermeiros.

A coleta dos dados foi realizada por meio da técnica de entrevista semiestruturada¹⁴. O instrumento foi elaborado constando de questões objetivas acerca dos dados

demográficos e questões norteadoras abertas relacionadas ao PE.

O período de coleta de dados ocorreu no mês de março a maio de 2013, com horário pré-agendado no local de trabalho. As entrevistas desenvolvidas nessa pesquisa foram gravadas através de um iPad, versão 6.1(10B141) modelo MC706BR/A, utilizando o aplicativo *Audio Class Notes*, as entrevistas gravadas ocorreram mediante a autorização dos sujeitos, para a análise dos dados escolhemos a Análise de Conteúdo³³ a qual fornece informações complementares ao leitor crítico. Esta escolha deu-se, também, devido à valorização do significado do conteúdo das mensagens de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa. Portanto após a gravação das falas, foi realizado a transcrição das mesmas na íntegra (*ipsis litteris*), a fim de constituir o corpus do texto a ser trabalhado os dados brutos^{14,33}.

Após várias leituras das entrevistas realizadas com os sujeitos e dos índices recortados do corpus textual, identifiquei temas que se libertaram naturalmente da redação, os quais constituíram as unidades de registro. A partir da identificação das unidades de registro foi possível elencar as categorias que emergiram dos dados. Assim, categorias são classes que reúnem grupos de unidades de registro em razão de características comuns, é um processo de apresentação didático-científica dos resultados e discussões^{14,33}.

A discussão dos resultados foi realizada por meio da utilização de estudos pertinente no que concerne ao PE. Para manter o anonimato e preservar a fala dos enfermeiros foram utilizados pseudônimos, (*Entrevista*), e (*Enf.*) para enfermeiro (a) seguido por um algarismo romano, para designar o número da aplicação de cada entrevista conforme exemplo (Entrevista Enf. I).

Este estudo foi conduzido segundo os aspectos éticos e legais da pesquisa contidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, (CNS) a qual estabelece as diretrizes e normas éticas envolvendo seres humanos. Após parecer favorável (nº1013/13) pelo Comitê de Ética e Pesquisa(CEP) da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED) Rondônia/Brasil, e aprovação pela Direção geral, com ciência da Direção clínica, Gerência de enfermagem, Gerência de ensino e pesquisa da instituição inerente a pesquisa, sob nº de Memorando 022/Práticas Assistências-PA/HRC/SESAU, foi que se deu início a coleta de dados mediante a assinatura do termo de sujeito participante da pesquisa, e termo de consentimento livre e esclarecido.

3. RESULTADOS e DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 27 enfermeiros, sendo 22 do sexo feminino os demais do sexo masculino, com média de idade de 31 anos, em relação a escolaridade 20 são especialistas, 05 somente graduação e 02 com mestrado. O tempo de formação variou de 3 a 16 anos, a

maioria dos participantes 19 residem na cidade onde a pesquisa foi aplicada.

Dos resultados da pesquisa apresento a primeira categoria: **caracterização dos fatores que influenciam a execução da primeira fase do processo de enfermagem reveladas pelos enfermeiros.**

O cuidado é o núcleo da prática cotidiana de enfermagem, a qual permite a manifestação de vários meios e características e o surgimento de seus métodos e instrumentos de trabalho¹². Dentre todas essas afirmações vários desafios foram identificados no que concerne a operacionalização no processo de enfermagem, como dicotomia entre a teoria e a prática a respeito do PE, excesso e sobrecarga de atividades burocráticas atribuídas ao profissional de enfermagem, desconhecimento de todo o processo de enfermagem, e a inadequada distribuição do número desses profissionais em relação ao número de leitos impedem a implementação do PE com abordagem sistemática e qualificada¹².

Segundo Barbosa *et al.* (2009)¹⁵ existe hoje deficiência no cumprimento do PE e na documentação do mesmo, devido excesso de atribuições do enfermeiro, falta de preparo e resistência para utilização deste método de trabalho, falta de recursos materiais, dificultando a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, relatam¹⁵ ainda que a falta de prática, com a sistematização, acaba comprometendo, a realização de um planejamento, coerente e eficaz, trazendo prejuízos à assistência prestada ao paciente.

Este fato foi relatado pelos sujeitos pesquisados, como pode ser observado nos seguintes trechos por eles mencionados:

“*não dá tempo, excesso de burocracia, dimensionamento de pessoal inadequado*”.(Entrevista Enf. XI; Entrevista Enf. XXI).

“*não temos tempo e disponibilidade de fazer a SAE*”. (Entrevista Enf. XXIII).

“*não é feito não devido ser um só enfermeiro e nº alto de paciente, sobre carga de trabalho, falta de tempo e quando faço o exame físico foco na doença, por exemplo paciente com pneumonia direciono mais para essa parte e não acaba sendo aquele completo não... Faço somente se ele tiver dor abdominal faço palpação superficial e profunda e passo o caso para o médico*”. (Entrevista Enf. VII; Entrevista Enf. VIII; Entrevista Enf. XXIII).

“*ele não acontece devido muitos pacientes pra um só enfermeiro*”.(Entrevista Enf. XXIV).

“*...não dá “pra” fazer de todos são 25 a 26 pacientes na clínica e eu sozinha, falta de tempo, varia outras funções burocráticas*”. (Entrevista Enf. XXI)

“*Diariamente não porque não tem tempo, você vai examinar o paciente individual ver região céfalo-caudal mucosas, SSVV, essas coisas*”. (Entrevista Enf. II)

As falas denotam que a realização da anamnese e

exame físico distanciam-se progressivamente de finalidades confluentes ao cuidado de enfermagem. Isso é decorrente de uma série de fatores, dentre os quais versado por vários autores^{12, 16, 17, 18}.

Como a sobrecarga do profissional de enfermagem com atividades burocráticas e a inadequada distribuição do número desses profissionais em relação ao número de leitos impedem a implementação do processo de forma individual e qualificada. Salientam ainda que para operacionalização da SAE o profissional de enfermagem precisa ficar livre de atividades burocráticas para planejar, acompanhar e executar a assistência de enfermagem. As mesmas autoras, com o objetivo de operacionalizar o PE destacam três fases consideradas essenciais para sua implementação: o histórico, a evolução e a prescrição de enfermagem. Perceberam em seu estudo que embora a SAE proporcione uma assistência individualizada e qualificada com base científica há na prática uma desarticulação com a teoria resultando numa assistência desordenada^{19, 20}.

Esta realidade é discutida por outros autores²¹ que revelam que a falta de tempo para registrar práticas desenvolvidas, de maneira detalhada, e a carência de formas e meios de obter dados estruturados e integrais no processo de recuperação dos dados, contribuem para as falhas no processo de enfermagem. Essas argumentações por parte dos enfermeiros limitam a aplicação adequada de todo o PE, resumindo a prática de enfermagem em breves descrições de um turno de trabalho ou somente uma fase do PE, a qual não é capaz de quantificar ou qualificar a contribuição do enfermeiro ao cliente família e comunidade.

Convergente com os depoimentos dos pesquisados, a assistência de enfermagem baseada na prática clínica há tempos se fundamenta nas necessidades burocráticas e formais da organização, de modo a privilegiar os objetivos organizacionais em detrimento do cuidado de enfermagem propriamente dito, o que pode provocar tensões, desmotivação e descrenças no âmbito do trabalho²².

Este estudo realizado por Barbosa *et al*¹⁵, no Município de Marília/SP, no Hospital das Clínicas em 2009 revelou que o exame físico para alguns enfermeiros é feito de *ausculta cardíaca e pulmonar. Relatam¹⁵ ainda que esta ação não é prioridade na rotina dos enfermeiros, e realizam apenas na admissão do paciente. Orientam-se pela sequência céfalo-caudal, direcionando o exame de acordo com a patologia apresentada. Há enfermeiros que não realizam o exame físico por falta de conhecimento teórico-prático. Conforme versado nos relatos abaixo:*

“Eu faço somente ausculta dos sistemas isso é suficiente já” (Entrevista Enf. XIX).

“...o exame físico só naqueles que tem dreno de tórax, edema, curativo, SVD, tosse, não dá tempo, excesso de burocracia, dimensionamento de pessoal inadequado” (Entrevista Enf. XI; Entrevista Enf. XXIV).

“para mim o histórico é muito sucinto mesmo na verdade motivo da internação, sintomas que sente, se tem alguma doença, faz uso de medicação, se tem alergia ...número alto de paciente sempre acima de 20” (Entrevista Enf. XI; Entrevista Enf. XXIV).

“...como atuo na UTI não é feito, não tenho contato com os familiares, só o médico tem esse contato com familiares na admissão”. (Entrevista Enf. XVI)

“não dá tempo, muito corrido, várias intercorrências, muitos pacientes admitidos de uma só vez, ai só é palpado e auscultado incorretamente por falta de tempo” (Entrevista Enf. XXII; EE. XXVI).

“Faço o exame físico com base na doença” (Entrevista Enf. XXV)

Esses relatos acerca do exame físico mostram que a avaliação clínica não é abordada como ação diferencial e particular de cada indivíduo, pois priorizam a doença que motivou a internação, e deixam de lado uma avaliação frequente, justificando-se através do excesso de trabalho burocrático e administrativo¹⁵.

Os mesmos autores¹⁵ reforçam ainda que há enfermeiros com menor aproximação de conhecimento em semiologia clínica o que dificulta identificar problemas relacionados ao processo saúde-doença. Conhecimentos esses basilares para o estabelecimento da relação teórico/prática, indispensáveis ao cuidado dos pacientes sob sua responsabilidade, embora o modelo biomédico ainda esteja onipresente na fala e impregnado no fazer dos enfermeiros, como se observa nos trechos recortados anteriormente²³.

O conceito de que a essência da enfermagem é o cuidar, faz com que compreenda o cuidado como núcleo essencial do seu trabalho, sem desconsiderar as patologias. A ideia é interagir com o paciente e com a família dele, como pessoas e seres humanos *“que têm necessidades a serem atendidas pelos enfermeiros”^{21, 23}.*

É importante frisar que não pode haver lacunas na primeira fase do PE, entretanto os relatos dos pesquisados acerca dessa fase mostrou que vários deixaram de fazer a investigação com total veracidade, pois, pode levar a crer que o paciente não foi visto e observado de forma holística, prejudicando assim as demais fases do PE. O exame físico mal realizado não satisfaz as necessidades dos pacientes durante o cuidado de enfermagem. Horta (1979)², reforça ainda que o histórico deverá ser feito na admissão, isto é, no primeiro contato com o paciente. O que distância as afirmações dos enfermeiros que participaram da atual pesquisa que revelaram que o histórico *“...é realizado mais nos pacientes críticos, que são em média 03 a 06, os demais só se queixar de dor e passo para o médico...”*; *“trabalho no centro cirúrgico lá ele não é feito”*; *“trabalho na UTI, lá não tem como pegar essas informações, só o médico conversa com os familiares e o paciente as vezes vem intubado em coma...”*

Podemos afirmar que a fase da investigação de enfermagem deixou a desejar no conteúdo de suas respostas, pois, não se apresentaram uniformes, já que a grande maioria dos entrevistados revelaram que seus conhecimentos sobre a importância dessa fase são incipientes, o que leva a crer que precisa de uma maior valorização sobre a anamnese e exame físico, pois estes elementos envolvidos na primeira fase é que vai direcionar as outras fases do processo de enfermagem em busca da satisfação do paciente e família através do cuidado de enfermagem individualizado direcionado pelos problemas que devem ser identificados.

A segunda categoria foi a **caracterização dos fatores que influenciam a execução da segunda fase do processo de enfermagem reveladas pelos enfermeiros.**

Os diagnósticos de enfermagem (DE) transformaram-se no foco central da ciência de enfermagem, o qual aproxima o enfermeiro de seu cliente, proporcionando melhor e maior conhecimento de suas respostas físicas e emocionais²¹.

O uso do DE beneficia os enfermeiros e a instituição que adere esse processo, porque direciona a assistência de enfermagem para as necessidades de cada cliente, facilita a escolha de intervenções mais adequadas, e registra de forma objetiva as reações do cliente e permite subsequente avaliação dos cuidados de enfermagem^{21,24}.

O diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico do enfermeiro, e seria muito mais produtivo se associada a essa prática, viesse a conscientização sobre a sua importância, a crença na sua função estratégica de tornar o enfermeiro mais competente, mais reconhecido pela comunidade, pelos profissionais da equipe de saúde^{15,25}.

Quanto aos critérios para definição do diagnóstico, uns se baseiam no risco que o indivíduo será submetido devido à internação, alguns associam o critério ao referencial da NANDA, a quem utilize o levantamento de dados obtidos através do exame físico e anamnese, outros incluem exames laboratoriais, mas não deixam claro como priorizam o diagnóstico de enfermagem, além de pontuarem fatores relacionados e características definidoras como critérios para elaborá-lo¹⁵.

O diagnóstico de enfermagem, é considerado para a maioria dos enfermeiros como uma fase muito difícil, devido não terem uma clareza de critérios para elegê-lo, sendo construído a partir do diagnóstico médico^{15,11,26}. Conforme mostra as falas dos enfermeiros entrevistados.

“Faço com base na doença, não uso livrinho não” (Entrevista Enf. XXV).

“baseio no quadro clínico, possíveis riscos ou agravos” (Entrevista Enf. I; Entrevista Enf. III; Entrevista Enf. XVI).

“nosso instrumento já tem nós só assinala, mais e muito falho” (Entrevista Enf. II; Entrevista Enf. III; En-

trevista Enf. V; Entrevista Enf. VI; EE. XI).

“faço os mais básicos, mais visíveis, sem muito detalhe” (Entrevista Enf. VII).

“faço com base no exame físico” (Entrevista Enf. VIII).

“foco só nas necessidades afetadas” (Entrevista Enf. IX; Entrevista Enf. XIV).

“não tenho o livrinho...então não faço” (Entrevista Enf. X).

“não realizo” (Entrevista Enf. XII).

“sempre acrescento ali...pois não tem todos” (Entrevista Enf. XVII; Entrevista Enf. XXIII).

“de acordo como vou conversando com o paciente ai marco o X” (Entrevista Enf. XVIII).

“faço mediante o que ele apresenta” (Entrevista Enf. XIX).

“somente em cima das queixas e sinais e sintomas” (Entrevista Enf. XXIV)

“Faço o diagnóstico depois que conheço a história dele” (Entrevista Enf. XXVII).

Horta (1979)² afirma que a enfermagem deve ser prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio. Reforça ainda que a enfermagem tem duas tendências a seguir, ou se desenvolve como ciência, ou torna-se a profissão subserviente de médicos.

Além das dificuldades em realizar e avaliar diariamente os diagnósticos de enfermagem, bem como fazê-lo no momento da internação, ainda foi possível perceber, pela fala dos enfermeiros no cotidiano do trabalho, em momentos de conversa sobre a temática, a não realização desta fase do processo por desconhecimento de uma metodologia e de referências literárias para elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

Vale a pena ressaltar, o discurso de dois entrevistados, em que o mesmo declara o modelo instituído, considerando o como uma norma, com base em *checklist*, e considera a elaboração dos diagnósticos no modelo com base biomédico, onde a ênfase é dada à patologia em si, esquecendo-se do indivíduo em sua totalidade. Conforme mostra os recortes abaixo:

“aqui “nois” já temos uns pré-estabelecidos e mesmo assim devido muita burocracia...não dá tempo de realizar” (Entrevista Enf. XXII).

“eu foco mais na doença não uso o NANDA” (Entrevista Enf. XXV).

Luna & Valadares (2013)²⁶ em um estudo de cunho qualitativo do tipo estudo de caso realizado em um Hospital de Grande Porte no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2013, revelaram trechos parecidos com o relato dos sujeitos participantes da pesquisa. “[...] É... eu penso no diagnóstico de enfermagem como uma coisa que hoje em dia dentro da clínica médica você faz muito pouco, é somente baseado na patologia do paciente, não dos sinais que ele apresenta dos sintomas, é mais baseado mesmo no modelo biomédico... Esse paciente pode

apresentar muitos outros distúrbios dentro da família dele, no processo de internação dele, que ele está afastado da sua comunidade, da sua família, do seu emprego[...]".

Takahashi *et al.* (2008)¹⁶ revelam em seu estudo que os participantes responderam que a dificuldade aumentava ainda na determinação do diagnóstico porque estes dependiam da doença e quando o médico deixava a interrogação do diagnóstico no prontuário à dúvida aumentava. Diante do exposto devemos lembrar que os problemas do paciente, abordados pela enfermeira são diferentes dos abordados pelos médicos, embora os métodos utilizados para sua identificação e o uso de categorias diagnósticas sejam semelhantes.

É de se observar nesses trechos recortados anteriormente que alguns dos entrevistados não tem uma maneira clara e científica de elaborar os diagnósticos de enfermagem, ou seja não tem critérios, acabam seguindo o *checklist* pois existem alguns já pré-elaborados e somente marcam o "X", outros o fazem somente com base em sinais e sintomas, na própria doença, um sujeito revelou que faz o diagnóstico com base no exame físico e nas necessidades humanas do paciente afetada.

A terceira categoria mostra a **caracterização dos fatores que influenciam a execução da terceira fase do processo de enfermagem reveladas pelos enfermeiros.**

A terceira etapa do PE é o planejamento de enfermagem que constitui um conjunto de medidas a serem tomadas para a assistência individualizada do cliente, preferencialmente decidido pelo enfermeiro com a ajuda dos demais membros da equipe de enfermagem, sua elaboração segue após a anamnese do paciente associado com seu exame clínico, itens realizados pelo enfermeiro são necessários tanto para detecção de problemas prévios e diagnósticos de enfermagem, quanto para estabelecimentos da conduta a ser seguidas no tratamento.

Estas atividades possibilitam a reaproximação do enfermeiro ao paciente doente, planejando cuidados e ações específicas do doente e ao mesmo tempo ocorre o processo de execução da implementação do plano assistencial avaliando os resultados obtidos²⁷. Aos enfermeiros cabe o planejamento e gerenciamento da assistência, enquanto que o trabalho manual é de responsabilidade do auxiliar e técnico de enfermagem^{28,29}.

Segundo Kuregant *et al.* (2012)⁷, o planejamento da assistência de enfermagem consiste na determinação das ações de enfermagem pela utilização de um método de trabalho, a fim de atender as necessidades da clientela.

Segundo Vasconcelos (2007)²⁷ o enfermeiro faz o planejamento dos cuidados, que será executado pela equipe de enfermagem, de forma organizada, almejando alcançar os objetivos diários da assistência a cada paciente. Por meio dele as ações de enfermagem podem ser registradas e contabilizadas, representando um importante passo para a definição e valorização da enferma-

gem como profissão, pois uma grande parte das atividades desenvolvidas pela enfermagem não é documentada de maneira escrita, comprometendo a assistência. Conforme mostra as falas abaixo:

"...falta de checagem do técnico não dão atenção a nossa prescrição seguem só o que o médico faz, prefiro ficar só verbal vamos fazer aquilo...aquilo outro e pronto" (Entrevista Enf. XXII).

"o planejamento é feito com base no checklist" (Entrevista Enf. I).

"...o planejamento resolve com medidas simples...quando não resolve chamamos o médico..." (Entrevista Enf. XIX).

O mesmo autor²⁷ afirma ainda que o planejamento de enfermagem, operacionalizado sob a forma de prescrição de cuidados de enfermagem, serve de guia para orientar as atividades de enfermagem, na direção da satisfação das necessidades de saúde do paciente, além de se constituir em orientador para a documentação das anotações do enfermeiro.

Refere, ainda, o autor²⁷, que o plano pode ser utilizado, também, como instrumento de comunicação entre os enfermeiros e outros membros da equipe de cuidados de saúde e deve estar prontamente disponível para todos os envolvidos no cuidado com o paciente, servindo como elemento de auxílio à avaliação da eficácia dos cuidados prestados. Já o depoimento do *Enfermeiro Entrevistado XXV* revela que existe há *"...falta de integração da SAE na assistência, e muitos nem leem... e a SAE acaba sendo um trabalho a mais para o enfermeiro"*.

Pires (2007)²³, mostrou em sua pesquisa através dos recortes das falas dos pesquisados depoimentos dessa natureza *"[...]não adianta daí eu fazer de qualquer jeito, eu quero fazer bem feito, eu preciso de tempo[...]"*, *"não consegue fazer a SAE com o total de doentes que temos"*. Já a atual pesquisa revelou dados que vão de encontro com esses resultados como mostra as falas dos entrevistados, *"não é feito não, não dá tempo..."*; *"são muitos pacientes para um só enfermeiro nem que você queira fazer a SAE não do tempo"*. Assim consideramos que as dificuldades existem tanto na região Norte por ser carente em pesquisas e investimentos, como em outras regiões considerados marco em pesquisas acerca do processo de enfermagem no Brasil.

Alguns autores^{4,16,18,26,29}, observando a formação do enfermeiro, confirmam que o aluno tem saído da graduação sem o amplo conhecimento necessário para colocar em prática o método específico de sua especialidade, que qualifica sua atividade junto aos pacientes, transmitindo-lhes confiança e segurança.

Pires (2007)²³, revelou um depoimento de um enfermeiro que reforça a fala dos autores acima e vai de encontro com as mesmas dificuldades reveladas pelo atual estudo [...] Eu já tive dificuldade bastante com o tempo, mas acho que a maior dificuldade é de não saber fazer, é

falta de conhecimento, há situação que você tem que parar e pensar, mas de onde que vem isso, mas porque que ele tem isso, qual é a causa, você tem que pegar um livro e ler e estudar, para você não escrever besteira [...] senão você vai escrever uma coisa que não tem fundamento, essa é a maior dificuldade, é o conhecimento mesmo.

Nesse sentido segue os recortes das falas abaixo:

“planejamento não é feito e quando é feito a gente prioriza os mais graves, falta de tempo pra fazer” (Entrevista Enf. XIV).

“...falta muita coisa...ninguém checa...os cursos de RO não pega muito nisso...segue a prescrição médica...” (Entrevista Enf. III).

“...planejamento...pensamento...risos...planejamento é... deu um branco...risos” (Entrevista Enf. XXI).

“...vixi Maria... planejamento...só é feito quando dá tempo...ai marcamos o x...pois tem tudo no impresso...” (Entrevista Enf. XIII)

Quando não há um planejamento da assistência a enfermagem acaba exercendo um trabalho mecanizado, repetitivo, despersonalizado, desatualizado e impessoal, tornando-o desestimulante e sem possibilidade de visualizar a importância^{18,30}. O enfermeiro, ao ingressar na vida profissional, não utiliza o processo de enfermagem, isto provavelmente ocorre devido a incompatibilidades organizacionais, administrativas, ou, provavelmente a uma aplicação pouco criativa, não se observando um modo mais racional e adequado tanto ao contexto de trabalho quanto às necessidades da instituição e sua clientela¹⁸.

Para isto, o planejamento do cuidado de enfermagem mostra-se como função essencial para a efetividade deste processo e foi identificado na pesquisa atual que os entrevistados não dão tamanha importância para essa fase do PE, conforme mostra as falas a seguir:

“essa fase nos pulamos, mas ela é importante” (Entrevista Enf. VIII).

“...aqui na clínica não tem ...faz o que é prioridade...” (Entrevista Enf. X)

“não é realizado” (Entrevista Enf. XI)

“não sei fazer” (Entrevista Enf. XII)

Mesmo diante da instabilidade ligada à demanda típica de cada setor onde foi aplicada a pesquisa a fase do planejamento ficou evidente que os sujeitos não a consideram como prioridade devido à própria falta de conhecimento, falta de tempo, clínicas cheias, essas são algumas das falas feitas pelos pesquisados.

Outro aspecto que todos os sujeitos mencionaram nas entrevistas é que o *“planejamento na prática não tem muito eficácia”* *“...as multifunções não deixa fazer...”*, *“faço só pela manhã, quando dá tempo”*, A preocupação com a qualidade da assistência de enfermagem relacionada à determinação das necessidades do cliente é percebida desde a época Nightingueliana, o ato de planejar

faz com que o enfermeiro prioriza os diagnósticos de enfermagem considerados mais urgentes e precisam de atendimento imediato e/ou a médio e longo prazo. Assim fica claro que os sujeitos participantes da pesquisa deixam de prestar uma assistência baseada em evidência e agem mesmo pelo próprio empirismo, não dão importância ao julgamento e raciocínio clínico, agem de maneira informalmente ou de forma genérica conforme mostra as falas abaixo:

“...só marcamos o X... aqui é mais genérico...” (Entrevista Enf. XV).

“...prefiro ficar só verbal vamos fazer aquilo...aquilo outro e pronto” (Entrevista Enf. XXII).

“planejamento...risos...pensamento...acho que é realizado no momento da admissão” (Entrevista Enf. XVI).

“planejamento...faço junto com a equipe técnica” (Entrevista Enf. XX).

planejamento é a avaliação feita nas 24 horas...pra ver o que pode mudar” (Entrevista Enf. V).

Alfaro-LeFevre (2005)³¹, diz que o enfermeiro deve fazer o planejamento utilizando o seu pensamento crítico, com base em seu conhecimento científico para estabelecer prioridades e organizar melhor o tempo dispensado as ações de enfermagem. Com ideia similar a anterior esses autores⁴⁶ reforçam ainda dizendo que o julgamento clínico é definido como uma interpretação ou conclusão sobre as necessidades, as preocupações ou os problemas de saúde do paciente, e/ou a decisão de agir ou não modificar abordagens padronizadas, ou improvisar novas abordagens entendidas como apropriadas por meio de resposta do paciente.

A quarta categoria foi a **caracterização dos fatores que influenciam a execução da quarta fase do processo de enfermagem reveladas pelos enfermeiros.**

A quarta fase do PE é denominada de implementação da assistência de enfermagem ou como muitos autores^{1,2} citam de prescrição de enfermagem e/ou plano de cuidados, para esta pioneira² do assunto é o *“roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados decorrentes da implantação do plano assistencial de enfermagem e adequados às necessidades básicas e específicas de cada paciente”*. Para Tannure (2010)¹ implementar significa colocar em prática e executar o que era antes uma proposta, sendo este o momento de investigar e reinvestigar as respostas do paciente quanto do seu desempenho, pois o ser humano e um ser imprevisível e precisa ser constantemente monitorizado.

Neves & Shimizu (2010)³², afirmam que a prescrição de enfermagem é um roteiro semanal de cuidados básicos de enfermagem relacionada com rotinas específicas de higiene, mobilização, eliminação, alimentação e sinais vitais. Considera-se, desta forma, que a prescrição de enfermagem é um plano padronizado de rotinas de enfermagem para o atendimento das necessidades bási-

cas do paciente. Corroborando com esses resultados as falas de alguns dos participantes revelam que a prescrição de enfermagem;

“aqui no hospital nós já tem a rotina pronta só marcar conforme a sua avaliação feita no paciente” (Entrevista Enf. XVI).

“...estão todas prontas, aí só marcamos o X, o técnico nem olha fazemos só pra ter no papel...” (Entrevista Enf. VII; Entrevista Enf. VIII; Entrevista Enf. XI; Entrevista Enf. XIV; Entrevista Enf. XV; Entrevista Enf. XXIII; Entrevista Enf. XVII).

Partindo destes relatos torna-se necessário discutir e repensar a prescrição de enfermagem com o objetivo de atingir os conceitos descritos por Horta (1979)², no sentido de que este plano de cuidado seja individualizado e específico para cada paciente e não um protocolo padronizado de rotinas de enfermagem.

Não devem constar na prescrição de enfermagem considerados de rotina ou normatizados pela própria unidade, devendo deixar claro o grau de dependência do paciente, determinado em termos de fazer, ajudar, orientar, supervisionar ou encaminhar^{34,35}.

A determinação das prescrições é feita a partir do planejamento dos cuidados, realizada pela classificação dos diagnósticos de enfermagem específicos para cada unidade direcionando a assistência de enfermagem aos pacientes, no período de internação.

As falas a seguir deixa claro a inviabilidade de funcionamento do PE em uma tentativa de implantação mal estruturada, conforme revela um estudo³⁰ com a mesma metodologia da atual pesquisa porém aplicado a uma amostra menor realizado em um Hospital de Grande Porte em Porto Alegre no ano de 2001 revelou que a prescrição de enfermagem[...]se escrevia tudo aquilo ali, e ninguém fazia [...] proteger isto, proteger aquilo, mudança de decúbito, aspiração, umidificação [...]; revelou também que, não havia continuidade por parte do pessoal de enfermagem do hospital[...] aqui na UTI, logo que eu comecei a trabalhar, tínhamos prescrição de enfermagem, mas foi decidido fazê-la assim ... por alto. Tínhamos um formulário, mas não tivemos treinamento e não deu certo [...]”.

Com base nessas afirmações percebe-se, então, que toda a equipe precisa ser treinada e habilitada a desenvolver o processo de enfermagem, e o enfermeiro necessita continuamente habilitar sua equipe, a efetivamente desenvolverem as ações planejadas. Acredita-se ser previsível, de certa forma, que os técnicos de enfermagem não tenham interesse em implementar o processo de enfermagem se não forem orientados quanto à sua importância, ou mesmo, não estiverem envolvidos na sua elaboração.

Takahashi et al. (2008)¹⁶ mostraram em seu estudo descritiva realizada pela Universidade Federal do São Paulo-UNIFESP no ano de 2008 com 111 sujeitos, que

23,2% tinham dificuldade em fazer a prescrição de enfermagem. Quanto aos fatores que emergiram essas dificuldades eles revelaram que foram, falta de conhecimento teórico a maior dificuldade seguido de falta de tempo, falta de exercício prático e falta de recursos.

Os relatos dos participantes da pesquisa não estão distantes dos revelados por esta pesquisa, pois, quando eles citam que a prescrição tem que ser de acordo com a prescrição médica, fazem de acordo com o que o paciente precisa, faz com base no diagnóstico real, de acordo com a doença do paciente, essa parte os médicos fazem, isso denota o total desconhecimento acerca do processo de enfermagem e ainda mais, não valorizam a tamanha importância que tem a prescrição de enfermagem. Estudos^{4,19} revelam que essa fase é a mais difícil porém a mais importante, e a mais utilizada para o ensino do processo de enfermagem pelos docentes nas escolas de Enfermagem.

“...tem que ser de acordo com a prescrição do médico...” (Entrevista Enf. II).

“...faço de acordo com o que o paciente precisa...” (Entrevista Enf. III).

“...prefiro pular essa questão de prescrição”. (Entrevista Enf. IV)

“...não faço por ser centro cirúrgico...” (Entrevista Enf. XII).

“...faço com base no DE real...” (Entrevista Enf. XIX).

“...de acordo com a doença do paciente...” (Entrevista Enf. XXI; Entrevista Enf. XXVI).

“...elas estão sendo realizadas pelos médicos...como banho de aspersão, mudar de decúbito, observar nível de consciência...marcar SSVV, realizar balanço hídrico, marcar diurese” (Entrevista Enf. XXV).

Desse modo, pode-se compreender que as atividades prescritas pelos enfermeiros devem ser os cuidados necessários para eliminar fatores que contribuirão para o aparecimento da reação humana. O enfermeiro deve prescrever cuidados que além de completos e bem redigidos causem impactos na assistência prestada e despertem o interesse da equipe de enfermagem por lê-los e realizá-los.

Além disso, os enfermeiros devem ter conhecimentos de que eles não prescrevem nem tratam condições clínicas e sim prescrevem cuidados para as reações das condições clínicas que correspondem as condições fisiológicas detectadas nos pacientes¹.

Alfaro-LeFevre (2005)³¹, afirma que as prescrições devem incluir uma ação a ser realizada, conter uma frase descritiva, com verbo no infinitivo, portanto devem ter “o que fazer”, “como fazer” “quando fazer”, “onde fazer”, “com que frequência fazer”, “por quanto tempo fazer”.

Tannure (2010)¹ reforça que as prescrições incompletas devem colocar em risco a segurança do paciente.

As prescrições devem ser redigidas de maneira clara precisa e completa, a fim de evitar dúvidas pela equipe.

O fato é que fazendo uso das palavras de Silva e Oliveira¹² que publicaram um artigo acerca dos desafios para operacionalização do processo de enfermagem destacaram que o objetivo de operacionalizar o processo de enfermagem se dá por algumas fases consideradas essenciais para sua implementação: O histórico, a evolução e a prescrição de enfermagem. Assim, levantando-se os problemas de enfermagem, prescrevia-se os cuidados e avalia-se periodicamente as condutas tomadas.

Outro fator considerado agravante é que alguns enfermeiros dizem que a prescrição de enfermagem é feita com base na prescrição médica, ou até mesmo sendo feita por eles (médicos) como mudança de decúbito, banho de aspersão, verificar SSVV, entre outros cuidados inerentes a profissão de enfermagem que seu cerne é a prestação de cuidados.

Sabemos que um dos grandes desafios para a assistência de enfermagem é manter um paciente acamado livre de pressões e conseqüentemente com a pele íntegra. No entanto, este autor³⁶ diz que o desafio, além das ações de cuidado de prevenção e terapêutica de enfermagem e de outros profissionais da saúde, pertence prioritariamente às condições clínicas do paciente, em relação ao estado nutricional, hidratação, imunidade, presença de infecções, balanço hídrico, manter nível de consciência entre outros fatores. Isso é uma preocupação constante por parte da enfermagem, porque todos esses fatores passam pela avaliação da assistência de enfermagem.

A quinta categoria mostrou a **caracterização dos fatores que influenciam a execução da quinta fase do processo de enfermagem reveladas pelos enfermeiros.**

A avaliação ou evolução de enfermagem é considerada a quinta fase do PE, portanto consiste na ação de acompanhar as respostas do paciente aos cuidados prescritos e implementados por meio de anotação nos prontuários, da observação direta da resposta do paciente a terapia proposta, bem como o relato do paciente, este também é o momento do enfermeiro avaliar a eficácia da prescrição de enfermagem¹.

O Cofen¹⁰ afirma que a evolução de Enfermagem tem como definição um registro feito único e exclusivamente pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente, desse registro devem constar os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

Para esta outra pesquisadora² a evolução de enfermagem é o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional, ou seja, uma avaliação global do plano de cuidados. Reforça ainda que a evolução deva conter a seguinte ordem: data, hora, tempo de

internação, motivo da internação, diagnóstico médico, discriminação sequencial do estado geral do paciente seguindo a ordem do exame físico, descrição dos procedimentos invasivos realizados, descrição dos cuidados prestados aos clientes e apoio psicológico, descrição das eliminações e secreções e ao final, assinatura do enfermeiro e número do registro no conselho de classe.

Existe hoje várias dificuldades dos profissionais enfermeiros e dos alunos de graduação em enfermagem, para realizar a evolução de enfermagem que na maioria das vezes se confunde com as anotações de enfermagem³⁴.

Estes pesquisadores¹⁶ revelaram em seu estudo que os motivos atribuídos às dificuldades na execução da evolução de enfermagem, foram: Falta de conhecimento e Falta de tempo respectivamente, prontuário não disponível, não acompanhar a evolução do paciente diariamente, por não realizar outras fases do processo de enfermagem e pouco funcionário na unidade. O que não distância os resultados encontrados na presente pesquisa conforme mostrado nas falas abaixo:

“a evolução não é feita como deveria, porque não dá tempo muitos pacientes, atender telefonemas, muitas questões burocráticas” (Entrevista Enf. VI).

“eu quando faço a evolução fico sempre nas queixas já está ótimo” (Entrevista Enf. XVII).

“Faço somente com base nas intercorrências e dos mais graves” (Entrevista Enf. X; Entrevista Enf. XII; Entrevista Enf. XIII; Entrevista Enf. XXI).

“não sei fazer muito complicado e acabo fazendo somente as anotações das queixas” (Entrevista Enf. XII).

“...falta tempo...” (Entrevista Enf. XVII).

Essas afirmações nos levam a crer que a assistência fica comprometida e as lacunas referente a segurança do paciente tendem a aumentar. Garcia e Nobrega³⁷ afirmam que isso é agravado pelo fato de que, com uma certa frequência, não se registra de modo sistemático, ordenado e compreensível o cuidado que foi realizado e o que o determinou.

Para Reppetto & Souza (2005)¹¹ a evolução de enfermagem avalia todas as outras fases da SAE, pois, para realizá-la, a enfermeira analisa se as prescrições atingiram os objetivos delineados pelas fases anteriores. É realizada diariamente pela enfermeira que deve sistematizar o perfil evolutivo do paciente bem como os resultados do planejamento da assistência de enfermagem, facilitando assim uma nova tomada de decisão ou a manutenção da prescrição anterior. Esta mesma investigação¹¹ de cunho retrospectivo com análise em prontuários feita em um Hospital Universitário na Cidade de São Paulo, com 135 prontuários sendo 45 para cada unidade (cardiologia, doenças infecto – parasitárias (DIP) adulto e neurocirurgia) revelou que a prescrição de enfermagem foi referida em vinte e oito prontuários, na unidade de cardiologia e na unidade de DIP, apenas dois

prontuários, já na unidade de neurocirurgia foi onde encontrou o maior número de evolução sendo trinta e nove.

Diante de todas essas afirmações percebe-se que existe uma dicotomia entre a teoria e a prática, pois alguns sujeitos demonstram mais interesse por algumas fases do PE, distanciando do que é baseado em evidência que diz que as fases devem ser interligadas e inter-relacionadas, pois o processo é dinâmico. Estes autores³⁸ revelam que o problema que dificulta a compreensão e, conseqüentemente a aplicabilidade do PE é o fato de que ele atualmente é objeto de conflituosas discussões semânticas no Brasil.

Nesta etapa, foi evidenciado desconhecimento dos enfermeiros, podendo estar relacionado à falta de programas de educação continuada, cursos de atualização na região acerca da temática, deficiência durante o ensino na graduação todos esses são fatores que podem prejudicar elaboração do PE.

No entanto, apesar da separação do PE em fases distintas, sabe-se que grande parte dos enfermeiros não aplica na íntegra o processo e, quando o fazem, utilizam com maior frequência a coleta de dados e avaliação de enfermagem, relatando que não conseguem fazer o registro dessas atividades devido ao fator tempo³⁹. Isso foi que revelou a pesquisa conforme mostra os trechos abaixo:

“...prefiro verbal..não dá tempo de por no papel...” (Entrevista Enf. XXII; Entrevista Enf. XV; Entrevista Enf. XVII).

“...faço com base nos diagnósticos...” (Entrevista Enf. XVI).

“faço no livro de intercorrências...não dá tempo muitos pacientes e no livro o outro colega vai ler” (Entrevista Enf. XIX).

Diante dessas colocações fica evidente que os sujeitos que participaram da pesquisa não valorizam o PE, ou quando realizam fazem de forma fragmentada, conforme observado nos relatos anteriormente, sendo assim o cuidado não será integral, ou seja, acaba não tendo uma sistematização da assistência já que não consegue concluir todas as etapas onde o COFEN¹⁰ por meio da Resolução 358/2009 afirma que o PE está organizado em cinco etapas estando elas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.

Alfaro-LeFevre (2005)³¹ diz que é por meio do PE que o enfermeiro promove cuidado humanizado, dirigido-o a resultados, é de baixo custo e, ainda, esse é capaz de impulsionar os enfermeiros a continuamente examinarem suas práticas, refletindo sobre formas de fazê-las melhor.

Esta outra categoria procurou mostrar a **caracterização das respostas dos enfermeiros acerca da teoria utilizada na implantação do processo de enfermagem.**

A preocupação da enfermagem com a questão teórica vem desde o período Nightingueliano (1989)⁴⁰, que

afirmava que a enfermagem requeria conhecimentos distintos daqueles da medicina.

Esta pesquisadora²³ diz que as teorias de enfermagem são originadas no modelo biomédico, reducionista e mecanicista para explicar os sistemas biológicos e do ser humano. O enfoque principal do modelo biomédico é a doença e a busca de sua etiologia, que consiste na identificação de fatores geralmente externos. Sua influência na enfermagem é sólida e muitas vezes aprender a cuidar com base na doença prioriza a abordagem reducionista em detrimento da holística.

Ademais segundo Tannure (2010)¹ citado por Leopardi (2006)⁴¹ as teorias são tão importantes para assistência profissional quanto para a técnica, a comunicação ou a interação, uma vez que servem de guia para o contexto assistencial.

Reforça ainda essa autora¹, que as teorias oferecem estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, proporciona um meio sistemático de coletar dados para se descrever, explicar e prever a prática, promove a prática racional e sistemática, torna a prática direcionada para as metas e resultados, determina a finalidade da prática de enfermagem e promove um cuidado coordenado e menos fragmentado.

A maioria dos sujeitos que participaram da pesquisa revelaram que não sabiam qual teoria foi baseada a implantação do PE na instituição inerente a pesquisa, cinco revelou que não participaram do processo de implantação do PE.

Diante das revelações dos sujeitos participantes da pesquisa Tannure (2010)¹ diz que escolher uma teoria de enfermagem o enfermeiro precisa conhecer a realidade do setor onde trabalha, o gerente precisa conhecer também o perfil dos enfermeiros que trabalham nessas unidades bem como a clientela atendida, uma vez que essa caracterização deverá estar em acordo com o conceito da teoria escolhida, pois ela funcionará como o alicerce estrutural para a implantação da SAE.

Tal afirmação fica evidente no relato de apenas um participante que disse que:

“[...] não participou da implantação do instrumento utilizado mas acredita que tenha sido baseado na teoria de Horta (1979)², das necessidades humanas básicas [...]”.

Diante destas revelações fica evidente que os enfermeiros prescrevem cuidados e fazem diagnósticos, respaldando suas ações no modelo biomédico, o qual direciona as ações para o tratamento da doença.

Segundo escritos de Tannure (2010)¹, o enfermeiro deve ter suas ações focada nas demandas biopsicossocial e espiritual do ser humano, diagnosticando as necessidades apresentada pelo indivíduo, pela família ou pela comunidade e cuidando para que tais demandas sejam supridas e a independência deles seja restaurada.

Pode se perceber através desses relatos que a im-

plantação desse instrumento não seguiu o recomendado pela resolução 358 de 2009 do COFEN¹⁰, que diz que para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem deve se pensar no método científico a ser seguido.

Uma investigação²⁹ feita sobre SAE mostrou que dentre as vantagens de utilizar-se um método como uma estratégia para a assistência de enfermagem estão a sustentação de um padrão mínimo de qualidade da assistência e, um melhor sistema de registro de informações sobre o paciente. A mesma autora²⁹ afirma ainda que o processo tenha sido operacionalizado nos serviços através de uma imposição da chefia de enfermagem que valoriza mais a documentação à implementação dessa metodologia de forma efetiva na prática.

Segundo Alcântara *et al.* (2011)⁴² é evidente que na realidade a enfermagem expõe suas próprias particularidades e assim, cada serviço deverá definir a sua própria filosofia e, para que ela se concretize, será necessário que todas as pessoas envolvidas no processo devem participar na sua elaboração. Diferentemente no que foi revelado pelos sujeitos pesquisados que somente um afirmou que o PE foi baseado na teoria de Horta (1979)², os demais segundo interpretação das falas não sabem, não participaram da implantação e/ou não tiveram treinamento quando entraram na instituição.

Diante do exposto fica evidente que a implantação e implementação do PE nesta instituição não seguiu o modelo de Gestão Participativa^{42,43} onde toda equipe de enfermagem é envolvida na confecção e execução do processo.

Esta categoria mostrou a **caracterização das fases do processo de enfermagem em que os enfermeiros têm maior dificuldade.**

Dentre as fases do processo descritas pelos enfermeiros que participaram da pesquisa, observou-se que, apesar da maioria utilizar quase todas as etapas do processo, mesmo que separadas, a grande dificuldade que eles revelaram ter é a aplicação da fase do diagnóstico de enfermagem. Corrobora-se com alguns autores quando explicam que a identificação dos diagnósticos de enfermagem de um grupo de clientes possibilita o conhecimento das respostas humanas alteradas, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções direcionadas e individualizadas. Deste modo, o conhecimento dos problemas de saúde de um grupo de pacientes com características comuns direciona a assistência de enfermagem individualizada, fornecendo subsídios para a elaboração do plano de cuidados, da implementação de intervenções e qualificação da equipe de enfermagem⁴³

Para os sujeitos participantes da pesquisa, ainda parece muito novo a temática debatida. Conforme analisado as falas de uma forma geral eles demonstram dificuldade em relacionar e dar sequência das etapas da SAE. Isso foi observado nas falas a seguir:

“tenho dificuldade mesmo no histórico devido à falta de conversa mesmo com os familiares” (Entrevista Enf. XVI). “No planejamento, organizar mesmo, fazer cuidado não é tão difícil, mas planejar certinho aquilo que você tem e conseguir avaliar é difícil” (Entrevista Enf. XXII).

“tenho dificuldade no diagnóstico por falta de tempo é muito corrido” (Entrevista Enf. XIII).

“de traçar o diagnóstico quando não estou com o Nanda em minhas mãos ou NIC e NOC” (Entrevista Enf. IV).

Além da dificuldade em realizar e avaliar diariamente o diagnóstico de enfermagem, bem como fazê-lo no momento da internação, ainda foi possível perceber, pela fala dos enfermeiros no cotidiano do trabalho, em momentos de conversa sobre a temática, a não realização de outras fases como o histórico de enfermagem, alegando a falta de tempo e de levantar informações com os familiares, de nunca terem visto o impresso de coleta de dados, revelaram também que a fase do planejamento e alvo de dificuldade devido falta de organização e analisar se a metas iram ser alcançadas.

Luna & Valadares (2013)²⁶ mostraram falas parecidas com as descritas anteriormente pelos sujeitos da pesquisa que afirmaram que a [...] a aplicabilidade dele aqui na clínica é mais complicado. Fica difícil de fazer [...]”; “[...] eu não apliquei na minha prática porque não dava para aplicar né... Falta de contingente pessoal. Então na verdade não realizo e não faço o diagnóstico de enfermagem[...].”

Segundo Cruz (1996)²⁴ os diagnósticos de enfermagem transformaram-se no foco central da ciência de enfermagem, o qual aproxima o enfermeiro de seu cliente, proporcionando melhor e maior conhecimento de suas respostas físicas e emocionais.

Já Remizoski *et al.* (2010)⁴⁴ versam que o uso do diagnóstico de enfermagem beneficia os enfermeiros e a instituição que adota esse processo, porque direciona a assistência de enfermagem para as necessidades de cada cliente, facilita a escolha de intervenções mais adequadas, registra de forma objetiva as reações do cliente e permite subsequente avaliação dos cuidados de enfermagem.

Todas essas dificuldades descritas acerca das fases vão ao encontro das palavras de Doenges & Moorhouse (1999)²¹ que versam que a falta de tempo para registrar as práticas desenvolvidas, de maneira detalhada, e a carência de formas / meios de se obter dados estruturados e integrais no processo de recuperação dos dados, contribuem para as falhas no processo de enfermagem e assim ocorrem as falhas na execução de suas fases.

Essas argumentações por parte do corpo dos enfermeiros que participaram da pesquisa limitam a aplicação adequada de todo o PE, resumindo a prática de enfermagem em breves descrições de um turno de trabalho, a

qual não é capaz de quantificar ou qualificar a contribuição do enfermeiro ao cliente, família e comunidade. Conforme mostra as falas a seguir: [...] *“eu sinto um pouco assim de frustração porque você traça todo um diagnóstico todo um plano de cuidados, vê o que o paciente precisa, e fica perdido no prontuário porque ele não e seguido a equipe não dá valor, não dá importância[...]”* (Entrevista Enf. XIX); [...] *“Geralmente eu não tenho muita dificuldade eu encontro maior dificuldade quando é uma patologia que eu não conheço muito bem ou quando é uma cirúrgica bem diferente ou quando é assim um caso novo que eu não vivenciei, que a gente não encontra escrito em algum livro, mas, assim a gente pesquisa, mas assim no geral não tenho muita dificuldade, as vezes a gente encontra falta de algum material é algum medicamento as vezes que você, não prescreve medicamento mas as vezes você precisa por exemplo, cobertura para curativo as vezes não tem o que você precisa. A dificuldade talvez seja o tempo um só enfermeiro e muito paciente[...]”* (Entrevista Enf. XXV).

Luna & Valadares (2013)²⁶ conclui que é notória a dificuldade para a realização dos diagnósticos de enfermagem, justificada por grande sobrecarga de trabalho (motivos burocráticos e número reduzido de pessoal na enfermagem). Partindo nesta mesma linha de raciocínio um sujeito participante da atual pesquisa revelou que:

“a dificuldade que eu tenho no processo é realmente poder estar fazendo em todos os paciente e a demanda é grande não dá tempo e ai a gente acaba fazendo muitas coisas mesmo após acrescentado secretario no setor e o enfermeiro além de um só é o centro das coisas” (Entrevista Enf. XXVII).

Concordamos com essa autora⁴⁵ que discorre que “os diagnósticos de enfermagem proporcionam à enfermagem uma estrutura para a organização de sua ciência”, mas que o seu uso requer conhecimento e envolve responsabilidade.

Observa-se em um dos relatos que o entrevistado revela que até na graduação os docentes tinham dificuldade em ensinar os diagnósticos de enfermagem conforme revela a fala abaixo:

“o diagnóstico até mesmo na graduação os professores tinham essa dificuldade. eu vim aprender mais na minha especialização” (Entrevista Enf. XXVI).

Concordam²⁶ com o relato acima e descreve um relato parecido em sua pesquisa “[...] a gente realmente não tem a preparação adequada, eu acho que a nossa faculdade, a minha faculdade pelo menos, me deu uma base assim, mas não suficiente. Eu não me sinto totalmente preparada porque é uma coisa nova, e na maioria dos hospitais, não é uma coisa implementada [...]”.

Concluo dizendo que de tal maneira, é preciso assegurar o exercício profissional do enfermeiro, já que ao longo de sua própria história tem sido continuamente

sobrecarregado, tendo seu tempo ocupado com atividades, que nem sempre, são de fato e de direito de sua responsabilidade. Já este autor^{26,46} diz que não poderia deixar de ser enfatizado, o complexo desafio diário do enfermeiro quando a questão perpassa a administração do seu próprio tempo.

Esta categoria visa mostrar a **satisfação dos profissionais enfermeiros com o impresso institucionalizado**.

O trabalho de enfermagem realizado, principalmente, dentro do hospital é desgastante, exaustivo e desenvolvido a partir de uma relação interpessoal muito próxima com o paciente sob seus cuidados, o que pode proporcionar sentimentos como alegria, satisfação e prazer aos trabalhadores, sem os quais seria praticamente impossível exercer a profissão⁴⁷.

Quando foi lhes indagado se o instrumento que existe para a realização do processo de enfermagem os sujeitos participantes da pesquisa responderam conforme versa os trechos abaixo:

“Eu gosto do impresso que foi padronizado para o nosso setor acho um impresso bom contém diversas informações, uma coisa fácil de manusear uma coisa que a pessoa pega e tem fácil acesso e dá para tirar informações praticas, acho que ficou um impresso bom” (entrevista enf. I).

“Aqui o que a gente tem e bem completo chega até repetir as coisas, mas e bem interessante fala de tudo do paciente não deixa nada a desejar mas se deixa a desejar e bem pouquinho mesmo, é bem completo o que a gente coloca, e um dado anotado importante a respeito do paciente onde todo mundo vê como está o paciente” (Entrevista Enf. II).

“Ele é completo porem eu acho precisa ser melhorado nos espaços de preenchimento para melhorar o nosso dia a dia” (Entrevista Enf. XVI).

“E um impresso interessante mas eu creio que dá para ter muitas melhorias para elaboração do processo de enfermagem ele acaba te deixando muito limitado para traçar os diagnósticos e para implementar algumas alterações importantes, eu também acredito que esse impresso pode ser melhorado através de reuniões e chegar a um consenso e tornar ele mais efetivo na sua aplicabilidade” (Entrevista Enf. IV).

“O que a gente utiliza no caso o enfermeiro o SAE ele e bem elaborado facilita o nosso trabalho já vem com todas a definições alguns diagnósticos, já fica mais fácil pela quantidade de paciente que a gente tem” (Entrevista Enf. XVI).

Segundo Medeiros et al. (2012)⁴⁸, reconhecem que os formulários utilizados no serviço são satisfatórios na execução de todas as fases do PE. No entanto, necessitam ser ajustados para suprir as necessidades da clientela atendida no serviço, objetivando qualificar o atendimento prestado isso é versado pelos enfermeiros que partici-

param desse estudo. [...] alguns instrumentos do processo de enfermagem necessitam ser ajustados para suprir as necessidades de nossa clientela⁴⁸.

Diante desses relatos os sujeitos que participaram da presente pesquisa também revelaram que o instrumento que eles utilizam precisa ser ajustados, pois os mesmos demonstraram descontentamento durante seu preenchimento conforme mostra os trechos abaixo:

“eu acho que ele deveria ser específico por especificidade pois o impresso que é utilizado na pediatria é utilizado no clinica medica, UTI, teria que ser mais específico muitas das questões levantado no impresso as vezes não a aplicado em determinada clinica ai acaba sendo assim formulário muito extenso e dificultando aplicabilidade dele, os coordenadores já deu uma enxugada e ficou mais específico mas ainda acho que está em processo de construção, coitado do processo de enfermagem....risos está ainda capengando,.....risos....” (Entrevista Enf. XXV).

“O impresso assim eu acho que na verdade poderia dar uma enxugada deixando bem para as necessidade bem urgentes talvez assim ficaria bem mais fácil de usar porque ele tem muita coisa frente e verso então e muita coisa e se hoje for fazer esse a gente gastaria em média de 40 a 50 minutos por paciente pra fazer a SAE então eu acho que deveria dar uma enxugada ou se aquele paciente que não desse pra fazer a SAE você poderia ter outra opção de impresso mais sucinto ao invés de ficar marcando no livro” (Entrevista Enf. XXVII).

“Eu acho que ele e muito extenso deveria ser mais preciso e mais coeso tem informações que eu acho não tem tanta necessidade e tem outras que teria necessidade não está dentro do impresso porem é aquilo que eu disse ainda está em construção tão acrescentando alguma coisa modificando alguma coisa eu acho que no geral ele está bom” (Entrevista Enf. XVII).

Corroborando ainda Gonçalves et al⁴⁹ revelam depoimentos similares aos versados anteriormente. [...]No início senti muita dificuldade com os instrumentos, Tive dúvidas no preenchimento por ser extenso. Ele é completo, só alguns pontos a serem preenchidos me pareceram realmente duvidosos[...]; [...]No que se refere à aplicabilidade dos instrumentos da SAE, penso que deveria haver uma diminuição nos itens. É muito cansativo para a paciente e para o aluno apesar de em grande parte tudo ser necessário [...]; [...] muito longo. Ninguém consegue fazer em menos de meia hora[...].

Assim Medeiros et al. (2012)⁴⁸, dizem que a SAE não só proporciona uma melhoria na qualidade da assistência, mas também gera o aumento da satisfação e o crescimento da profissão de enfermagem. A utilização da SAE permite aplicar os conhecimentos teóricos de enfermagem na prática cotidiana do cuidado, contribuindo para o fortalecimento da enfermagem enquanto ciência e

atendendo com mais precisão e eficiência as necessidades humanas do cliente, os formulários contemplando as fases do processo de enfermagem são importantes para que os enfermeiros tenham conhecimento teórico e prático, de modo a executarem as ações. Esse conhecimento é necessário como base para a tomada de decisão e na escolha das intervenções para assistir a cliente, subsidiando o raciocínio crítico e clínico em enfermagem.

Gonçalves et al. (2007)⁴⁹ afirmam que os enfermeiros dependem muito tempo no preenchimento de formulários, registros de documentação da assistência de enfermagem, através de anotações manuais, e recomendam o desenvolvimento de um software para a coleta de dados e a prescrição de enfermagem que proporcione aos enfermeiros o registro informatizado de forma individualizada, eficiente e rápida.

A enfermagem tem avançado muito nos últimos anos, graças a investimentos na área de pesquisa, entretanto a região Norte ainda está “amadurecendo” no que se refere a pesquisas inovadoras na área de enfermagem e a instituição inerente a pesquisa embora localizada no interior do Estado segundo relato de profissionais a SAE implantada no HRC é a melhor da região e nós somos pioneiros:

“das instituições da região e pela nossa realidade de Rondônia nós estamos tentando uma coisa tipo pioneira e mesmo com algumas dificuldade a gente está conseguindo dar um passo além das demais instituições estão realizando, mas é interessante essa questão da implantação da SAE aqui e da exigência que os profissionais da enfermagem faça essa SAE” (Entrevista Enf. VI).

Para aplicabilidade prática do PE é necessário que seja levado em consideração as metas da instituição e do serviço de enfermagem, o perfil da clientela a ser assistida, a disponibilidade e comprometimento de todos os envolvidos⁵¹. Ressalta ainda que é importante que todos os membros da equipe de enfermagem tenham não somente base teórica e científica, mas essencialmente sintam-se envolvidos nesse processo de cuidar do outro, pois além dos obstáculos externos pelos quais não temos governabilidade, como recursos humanos e material precisamos transpor barreiras próprias da enfermagem, como a dicotomização do trabalho da enfermagem e a falta de credibilidade do PE expressado pelos enfermeiros.

Nesse sentido, a SAE situa-se numa esfera institucional onde a visão de organização das atividades de enfermagem interfere diretamente na implantação e implementação do PE e também na metodologia subsidiada em uma teoria de enfermagem a ser utilizada na prática^{5,50}.

Desta maneira, tendo em vista a necessidade e os desafios que permeiam a implementação do PE, algumas estratégias se colocam para potencializar o seu uso no Brasil, dentre elas o uso da informática nos cenários da prática, a busca por melhores condições de trabalho e de

remuneração, a adoção de processo de educação permanente pelas instituições prestadoras de assistência, a existência de legislação que trata do assunto, o movimento de controle de qualidade da assistência prestada, bem como a busca pela utilização de terminologias em enfermagem^{5,50}.

Finalizo, a este ponto, a explanação dos achados da presente pesquisa bem como a discussão dos mesmos. Passo às considerações finais, como seção de conclusão deste artigo.

4. CONCLUSÃO

Este estudo teve seu objetivo identificar e analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros acerca da utilização do processo de enfermagem alcançado por meio da metodologia adotada. O emprego da pesquisa qualitativa descritiva conjugada às entrevistas gravadas, bem como o tratamento das informações obtidas com uso da Análise de Conteúdo permitiram, também, alcançar o objetivo proposto.

Considero que este método de investigação e reflexão social através das entrevistas, contribuiu para minha qualificação profissional e aflorou meu interesse pela pesquisa, ainda que represente a “ponta de um iceberg” a ser descoberto. Vislumbro que os resultados possam instigar nos colegas desta instituição o “*empowerment*” (**ação coletiva**) e a inspiração necessária para uma transformação de sua prática cotidiana.

Embora percebendo que a atual realidade que vivemos ainda está muito longe da idealizada, pois nossas ações predominam a assistência demandada por procedimentos, normas, rotinas e focada na doença e não na pessoa doente. Compreendemos que utilizando o processo de enfermagem como método de trabalho, e não simplesmente direcionando nossas ações pelo empirismo, vislumbraremos um novo futuro.

Este estudo mostrou que o enfermeiro está sobrecarregado de multitarefas (enfermeiro tarefeiro) e afazeres cotidianos não atribuídos a profissão e relega para segundo plano o planejamento das atividades relacionadas ao PE e à equipe de enfermagem, sem estratégia que se possa discutir a prática assistencial, favorecendo assim ainda mais a desvalorização e a ideia de fazer burocrático (enfermeiro assistemático).

Mesmo evidenciando falhas e dificuldades na realização do PE, os próprios enfermeiros mostram estratégias advindas da análise de conteúdo que podem melhorar esta prática cotidiana, como: melhorar o instrumento existente oferecer treinamento e capacitação, adequar o quadro do pessoal da enfermagem, informatizar o PE através de software.

Os resultados desta pesquisa propiciam uma série de reflexões sobre o processo de enfermagem e fornecem subsídios, para que os desafios profissionais sejam su-

perados. Os princípios destes desafios ancoram-se na articulação das diversas atribuições que a enfermagem tem no ambiente nosocomial diante do processo de enfermagem como elemento fundamental para uma prática baseada em evidência científica. E estas dificuldades reveladas pelos sujeitos vão de encontro com os achados na literatura em estudos aplicados tanto na região sudeste e região nordeste.

Entendemos que esse assunto não se esgota com este estudo, aliás, acreditamos estar na etapa inicial, tendo em vista a insuficiência de debates na região sobre o tema, na produção de conhecimento da enfermagem. No entanto, ao final desta experiência, percebemos que este estudo pode contribuir, de alguma forma, para facilitar a busca de caminhos estratégicos para um agir mais crítico no âmbito processo de enfermagem, assim concluímos que a enfermagem, a instituição inerente a pesquisa, as escolas de graduações da região precisam investir em estudos com fortes evidências, para caracterizar e melhorar a aplicação e execução do PE.

REFERÊNCIAS

- [1] Tannure MC, Pinheiro AM. Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE. 2ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2010.
- [2] Horta WA. Processo de Enfermagem. Ed. E.P.U. São Paulo. 1979.
- [3] Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo. 2009; 43(1). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100007>.
- [4] Dell'Acqua MCQ, Miyadahira AMK. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. 2002; 10(2). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342000000400010>.
- [5] Santos JFE, Santos RM, Almeida LMWS, Costa LMC. O espaço do Processo de Enfermagem na prática profissional: um exercício de reflexão. [22/02/2014]; <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num2artigo6.pdf>
- [6] Smeltzer SC, Bare BG. Brunner – Tratado de enfermagem médico – cirúrgica . 09ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2002.
- [7] Kuregant P, Tronchin DMR, Fugulin FMT, Peres HHC, Massarollo MCKB, Fernandes MFP. Gerenciamento em Enfermagem. Editora: Guanabara Koogan. 2ª ed. 2012.
- [8] Brasil. Leis, Decretos-Lei 7498/86. Diário Oficial da União. Brasília, 26 de junho.]
- [9] Brasil. Leis, Decretos-Decreto 94.406/87. Diário Oficial da União. Brasília, 08 de junho de 1987. Seção I – fjs8.853 a 8. 855.
- [10] Resolução COFEN-358/2009. Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia. COREN-RO. Caderno de legislação. 2011/2012.
- [11] Reppetto MÂ, Souza MF de. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem

- (SAE) em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm.* Brasília. 2005; 58(3).
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300014>.
- [12] Silva AF; Oliveira JS. Processo de enfermagem: Desafios para operacionalização. Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem/Outros. UFPB-PRAC X Encontro de Extensão. 2010.
- [13] Brasil. Leis, Decretos. Lei 7498, de 26 de junho, 1996. Diário Oficial da União, Brasília.
- [14] Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas. 2008.
- [15] Barbosa PMK; Pirolo SM; Fernandes C; Silva MH; Pinto RL. Análise da prática do enfermeiro ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva, 2009. [08/06/2012].
<http://www.pedrokaran.com/artigos-de-enfermagem/analise-da-sae-em-uti>.
- [16] Takahashi AA, Barros ALBL de, Michel JLM, Souza MF de. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(1):32-38.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000100005>.
- [17] Barbosa PMK, Silva AA da. Sistematização da assistência de enfermagem informatizada utilizando os diagnósticos e intervenções da NANDA. 2009.
<http://www.pedrokaran.com/artigos-de-enfermagem/analise-da-sae-em-uti>
- [18] Polini, VA, Marconato RRF. Dificuldades em implementar a sistematização da assistência de enfermagem na ESF. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). An Congr Bras Med Fam Comunidade. Belém, 2013; 12:534
- [19] Benko MA, Castilho V. Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem. In: Campedelli MC, organizadora. *Processo de enfermagem na prática*. 2ª ed. São Paulo (SP): Ática. 1992.
- [20] Thomaz VA, Guidarbello EB. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. *Nursing (São Paulo)*. 2002; 5(54):28-34.
- [21] Doenges ME, Moorhouse M.F. Diagnósticos e intervenções de enfermagem. Tradução Garcez. M.R, 5ª edição, Porto Alegre, 1999.
- [22] Trevizan MA, Mendes IAC, Shinyashiki GT, Gray G. Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14(3):457-60.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000300022>.
- [23] Pires SMB. Sistematização do Cuidado em Enfermagem: uma análise da implementação. [Dissertação de mestrado], Universidade Federal do Paraná; 2007.
- [24] Cruz ICF, Contribuição do diagnóstico de enfermagem para a autonomia da enfermeira. Conferência apresentada no 3º Simpósio nacional sobre diagnóstico de enfermagem. Fortaleza. 1996.
- [25] Nanda-International: Definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed. 2012.
- [26] Luna AA, Valadares GV. The applicability of nursing diagnosis in the field of clinical medicine: the experience at the university hospital. *J. res.: fundam. care*. Online. 2013; 5(3):1-9. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n3p1.
- [27] Vasconcelos APL. Educação continuada na UTI: Treinamentos de técnicos e auxiliares de enfermagem para a execução da sistematização da assistência de enfermagem –SAE. [Dissertação de Mestrado], Universidade Federal do Sergipe-UFS, Aracaju. 2007.
- [28] Leopardi MT. Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros. 1999.
- [29] Hermida PMV. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm, Brasília (DF)*. 2004; 57(6):733-7.
- [30] Matté VM, Thofehrn MB, Muniz RM. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. *R. Gaúcha Enferm* 2001; 22(1):101-21.
- [31] Alfaro-LeFevre R. Aplicação do processo de enfermagem: Promoção do cuidado colaborativo, 5ª edição, Artmed, Porto Alegre. 2005.
- [32] Neves RS; Shimizu HE. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2):222-9.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200009>.
- [33] Bardin L. Análise de Conteúdo. Edição 70ª. São Paulo. 2010.
- [34] Boaventura AP. Evolução de enfermagem: Proposta de um modelo atual. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba.
- [35] Chinaia C, Cunha ICKO. Processo de enfermagem: características da prescrição e evolução de enfermagem. *Rev Enferm UNISA*. 2000; 1:19-20.
- [36] Alves AR. O significado do processo de enfermagem para enfermeiros: Uma abordagem interacionista. [Dissertação de Mestrado] Universidade Estadual do Ceará-UECA. 2007.
- [37] Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Recife/Olinda – PE. 2000.
- [38] Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e SAE. Porto Alegre: Artmed. 2010.
- [39] Silva VS da, Filho ESB; Queiroz SMB de, Abreu RNDC de. Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(2):351-7.
- [40] Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez. 1989.
- [41] Leopardi MT. Teorias e método em assistência de enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.
- [42] Alcântara MR de, Silva DGda, Freiburger MF, Coelho MPPM. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Cie Fac Edu Mei Amb*. 2011; 2(2):115-32.
- [43] Backes DS, Esperança MP, Amaro AM, Campos IEF, AD'O da Cunha, Schwartz E. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. *Acta Sci. Health Sci. Maringá*. 2005; 27(1):25-9.
- [44] Remizoski J, Rocha MM, Rall J. Dificuldades na implantação da SAE: revisão teórica. *Cadernos da escola de saúde, Curitiba*. 2010; 03:1-14.
- [45] Filha MJMM. Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Com Complicações da Hipertensão Arterial Internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. [Dissertação de Mestrado], Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.

- tação de mestrado], Universidade Estadual do Ceará-UECA. 2007.
- [46] Penedo RM, Spiri WC. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. *Acta Paul Enferm.* São Paulo. 2014; 27(1).
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000100086&lng=en&nrm=iso
- [47] Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Eletr Enf.* 2010; 12(2):252-7.
<http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7006>.
- [48] Medeiros, AL de; Santos, SR dos; Cabral, RWL. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. *Rev Gaúcha Enferm.* Porto Alegre. 2012; 33(3).
<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300023>.
- [49] Gonçalves LRR, Nery IS, Nogueira LT, Bonfim EG. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. *Esc Anna Nery.* 2007; 11(3):459-465.
- [50] Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS, FULY, Claro PS; LEITE, JL; LIMA, SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(6):883-7.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600015>
- [51] Alves AR. O significado do processo de enfermagem para enfermeiros: Uma abordagem interacionista. [Dissertação de Mestrado] Universidade Estadual do Ceará-UECA. 2007.



COINFECÇÃO POR TUBERCULOSE E VIH/SIDA (HIV/AIDS) EM PACIENTES DA CIDADE DE SARANDI, ESTADO DO PARANÁ, BRASIL

CO-INFECTION WITH *Mycobacterium tuberculosis* (TB) AND HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV/AIDS) IN PATIENTS OF THE SARANDI CITY, PARANÁ STATE, BRAZIL

TAMARA CASSIANO¹, FRANCISMAR PRESTES LEAL^{2*}

1. Enfermeira, Hospital e Maternidade Maringá, Maringá, Paraná, Brasil; 2. Médico Hematologista, Professor na UniCesumar, Maringá, Paraná, Brasil.

Endereço de correspondência: Tamara Cassiano, Rua Ivan Pavlov, 617, Jardim Alvorada, Maringá, Paraná, Brasil, CEP 87.035-010. E-mail: tamara.cassiano@gmail.com

Recebido em 17/02/2015. Aceito para publicação em 19/02/2015

RESUMO

O objetivo principal deste estudo foi o de avaliar a frequência da coinfeção por *Mycobacterium tuberculosis* (tuberculose) e pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/HIV) na cidade de Sarandi, Paraná, Brasil. Para tal, foram analisados dados coletados no ano de 2009, cedidos pelo "Programa Municipal de Tuberculose" da referida cidade. Dos 22 pacientes tuberculosos notificados pelo Programa Municipal de Tuberculose naquele ano, a maioria casos novos não-institucionalizados de homens jovens com baixos níveis sócio-econômicos e de escolaridade, cinco eram soropositivos para o VIH/HIV, denotando coinfeção em 26,32% dos casos testados (três pacientes com tuberculose não fizeram o teste anti-VIH/HIV), valor acima do índice nacional de 17% em 2013. O alto percentual de pacientes tuberculosos coinfectados pelo VIH neste estudo pode sugerir que a cidade de Sarandi necessita melhorar a abordagem deste grupo de doentes, buscando alcançar as metas estipuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o controle destas duas enfermidades.

PALAVRAS-CHAVE: HIV, VIH, vírus da imunodeficiência humana, AIDS, SIDA, síndrome da imunodeficiência adquirida, tuberculose, *Mycobacterium tuberculosis*.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the frequency of co-infection with *Mycobacterium tuberculosis* (TB) and human immunodeficiency virus (HIV/AIDS) in the city of Sarandi, Paraná State, Brazil. Thus, the data collected in 2009 were analyzed, granted by the "Municipal Tuberculosis Program". Considering 22 TB patients notified by the Program in 2009, most new cases of non-institutionalized young men with low education and socioeconomic status, five were seropositive for HIV/AIDS, denoting a co-infection in 26.32% of tested cases. This rate was greater than the national rate (17%) in 2013. The apparently high percentage of patients with tuberculosis

co-infected with HIV may suggest that the Sarandi city need to improve the approach of this group of patients, seeking to achieve the targets set by the World Health Organization (WHO) to control these two diseases.

KEYWORDS: HIV, AIDS, tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, co-infection.

1. INTRODUÇÃO

Desde o surgimento dos primeiros casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) nas décadas finais do século passado, foi observado um número crescente de casos notificados de tuberculose em pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/HIV), assim como um grande número de pacientes tuberculosos com sorologia positiva para o VIH, tanto em países em desenvolvimento como nos desenvolvidos¹. Em contrapartida, desde o início deste século, o número de novos casos de tuberculose tem declinado gradativamente, provavelmente resultado dos esforços mundiais, liderados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para erradicar essa doença. Em decorrência desse trabalho, estima-se que 37 milhões de vidas tenham sido salvas, entre 2000 e 2013, através do diagnóstico e do tratamento da tuberculose¹. A associação VIH/tuberculose pode aumentar a morbimortalidade das duas enfermidades em questão, constituindo-se em um sério problema de Saúde Pública, principalmente em nações com menos recursos financeiros, inclusive o nosso País². Estimativas da OMS indicam que a cada ano surgem mais de nove milhões de novos casos de tuberculose ativa e que morrem cerca de 1,5 milhão de infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*¹, e que no mesmo período sejam notificados mais de dois milhões e meio de novos casos de

infecção pelo VIH, além de ao redor de 1,8 milhão de óbitos atribuídos à SIDA associada a este vírus³. De fato, a tuberculose é a infecção oportunista mais frequente em indivíduos infectados pelo VIH, inclusive entre os que usam antirretrovirais. Em 2013, estima-se que tenham ocorrido 1,1 milhão de casos novos de tuberculose em pacientes VIH (+), quase 80% destes na África sub-Saara¹. Portanto, a infecção isolada destes agentes e, principalmente, a coinfeção tuberculose/VIH exercem uma enorme pressão nos Sistemas de Saúde em todo o mundo, mormente em locais com grande população de infectados e/ou poucos recursos financeiros⁴.

Num hospedeiro individual coinfectado, micobactéria e VIH se potencializam, acelerando a deterioração imunológica e clínica, o que aumenta a morbidade e a mortalidade destes indivíduos como um grupo. A chance de reativação de uma tuberculose latente aumenta em média 29 vezes num paciente infectado pelo VIH^{1,5}. Além disso, há evidências de que a própria tuberculose possa exacerbar a infecção pelo VIH⁶. Pelo menos um terço das 35 milhões de pessoas infectadas pelo VIH no mundo todo também o são pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo a tuberculose a principal causa de morte em pacientes com VIH/SIDA, respondendo por quase um quarto dos óbitos em sidéticos (cerca de 360.000 mortos em 2013), a grande maioria em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o nosso, sem distinção de gênero (exceto na África, onde a mortalidade é maior em mulheres)^{1,4,6}. Além disso, pacientes infectados pelo VIH têm um risco maior de morrer em decorrência de tuberculose resistente a múltiplas drogas, principalmente se há atraso no diagnóstico¹.

A vigilância epidemiológica da coinfeção VIH/micobacteriose envolve a avaliação da sua distribuição e provável disseminação na população, constituindo-se esta vigilância numa ferramenta importante para o conhecimento desta interação e para a elaboração de uma política de controle eficaz pela Saúde Pública. O nosso trabalho visou contribuir neste sentido, através do estudo da correlação entre tuberculose e VIH/SIDA na cidade de Sarandi, no noroeste do Paraná, sul do Brasil, sendo a primeira publicação sobre o assunto nesta cidade, quiçá na região, conforme as buscas feitas pelo nosso grupo de estudo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

No presente estudo foi feita uma avaliação da correlação entre os casos de tuberculose e de VIH/SIDA na cidade de Sarandi, interior do Estado do Paraná, Brasil, através da análise dos dados de 22 prontuários do “Programa Municipal de Tuberculose” do ano de 2009, daquela cidade, referentes às admissões no referido Programa naquele período.

3. RESULTADOS

A Tabela 1 mostra os indivíduos estudados quanto ao gênero sexual e a idade, sendo que dos 22 avaliados, a maioria jovens (mais da metade entre 19 e 39 anos), 17 eram homens e cinco eram mulheres, predomínio masculino que pode ser atribuído ao perfil dos atendidos pelo Programa (Tabela 2).

Tabela 1. Gênero e idade dos 22 pacientes avaliados.

Gênero		
Masculino	17	77,28%
Feminino	5	22,72%
Faixa etária		
19 a 39 anos	12	54,54%
40 a 59 anos	7	31,82%
≥ 60 anos	3	13,64%

A maioria dos pacientes não era institucionalizado, e os que eram vinham de presídios, como vemos na Tabela 2.

Tabela 2. Institucionalização dos 22 pacientes avaliados.

Não-institucionalizado	19	86,36%
Presídios	3	13,64%
Asilos	0	0%
Sanatórios	0	0%
Hospitais	0	0%
Outros	0	0%

O tipo de entrada/admissão no “Programa Municipal de Tuberculose” de Sarandi, no ano do estudo (2009), está resumido na Tabela 3, sendo a grande maioria dos casos cadastrados como “novos” (primodiagnósticos).

Tabela 3. Tipo de entrada no “Programa de Tuberculose”.

Caso novo	18	81,82%
Recidiva após tratamento	1	4,54%
Recidiva após abandono	2	9,10%
Transferência de outro Serviço	1	4,54%

Todos os 22 pacientes notificados pelo “Programa Municipal de Tuberculose” de Sarandi em 2009 fizeram tratamento medicamentoso contra a tuberculose, sendo que em metade dos casos ocorreu melhora significativa (cura), os quais receberam alta. Três dos pacientes avaliados (13,64%) morreram no período do estudo, dois dos quais tiveram a morte atribuída à coinfeção VIH/tuberculose (Tabela 4).

A Tabela 5 mostra o número de pacientes tuberculosos acometidos pelo VIH (SIDA). Dentre os pacientes com tuberculose que realizaram a pesquisa de VIH, 73,68% tiveram resultado negativo e 26,32% resultado

positivo. Três pacientes com tuberculose não realizaram o teste para VIH. Dos três óbitos registrados no ano de 2009 (Tabela 4), dois eram pacientes soropositivos (VIH positivos).

Tabela 4. Seguimento da terapia dos 22 pacientes tuberculosos.

Alta (Cura após tratamento)	11	50%
Abandono de tratamento	5	22,72%
Transferência a outro Serviço	3	13,64%
Óbito atribuído à tuberculose	1	4,54%
Óbito atribuído à AIDS/ TB	2	9,10%

Tabela 5. Teste para VIH nos 22 pacientes tuberculosos estudados.

Positivo (+)	5	22,72%
Negativo (-)	14	63,64%
Não realizado	3	13,64%

Metade dos pacientes tinha pelo menos um vício que poderia ser considerado um fator agravante das doenças estudadas (Tabela 6).

Tabela 6. Possíveis agravos associados nos 22 pacientes estudados.

Etilismo (Álcool)	7	31,82%
Tabagismo (Cigarro)	5	22,73%
Uso de drogas ilícitas	3	13,64%

Mais de 90% dos doentes estudados tinha baixa escolaridade (Tabela 7), o que provavelmente contribuiu, em associação com a situação socioeconômica desfavorável, com a falta de conhecimento ou desinformação sobre a tuberculose e sobre a infecção pelo VIH/SIDA, o que pode ter sido um agravante na aquisição e na disseminação das duas enfermidades.

Tabela 7. Nível de escolaridade dos 22 pacientes estudados.

Baixo (Primeiro Grau)*	20	90,91%
Médio (Segundo Grau)*	2	9,09%
Alto (Terceiro Grau)*	0	0%

*Completo ou não

4. DISCUSSÃO

A coinfeção tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*)/VIH (SIDA) tem se configurado em desafio diagnóstico, terapêutico e “profilático” no mundo todo, sobrecarregando Sistemas de Saúde já habitualmente fragilizados⁴.

A grave situação da tuberculose em todo o globo está intimamente ligada à pobreza e à urbanização acelerada e/ou desorganizada. Assim como a SIDA, a tuberculose atinge principalmente indivíduos que poderiam ser economicamente ativos, gerando um ciclo vicioso de causa/efeito. O controle insuficiente da SIDA e da tuberculose em certas regiões do planeta, inclusive com a emergência de focos de resistência à terapia a ambas, apon-

tam para a necessidade de medidas ainda mais enérgicas e eficazes de Saúde Pública neste sentido, o do controle, principalmente em países mais pobres⁷.

A “pauperização” dos pacientes acometidos por SIDA no Brasil foi frisada em estudos que mostraram que a coinfeção por *Mycobacterium tuberculosis* e VIH acomete principalmente indivíduos que vivem em condições socioeconômicas adversas. Escolaridade inferior a oito anos e baixa qualificação profissional são outros fatores predisponentes à infecção pelos agentes em questão e a não-adesão aos tratamentos dos mesmos^{8,13}. Todos estes fatores - pobreza, pouco estudo e renda baixa - estavam presentes nos pacientes acompanhados em Sarandi em 2009.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que haja anualmente quase dois milhões de mortes por tuberculose, sendo que em mais de 360.000 destes óbitos há a associação da tuberculose com a SIDA, um quarto de todas as mortes de pacientes infectados pelo VIH (dados de 2013). Em 2013, foram estimados 1,1 milhão de novos casos de tuberculose em pacientes VIH (+)¹. O impacto desta interrelação se faz criticamente alarmante quando se tem presente que o VIH é o maior fator de risco para o desenvolvimento da tuberculose em pessoas previamente infectadas e com micobacteriose latente. No Brasil, apesar de todos os esforços em contrário, ainda é grande a expressão da “epidemia de AIDS (SIDA)”, o que acaba se refletindo na frequência da tuberculose⁷.

A infecção pelo VIH, na verdade, modificou não apenas a epidemiologia da tuberculose, mas também a sua apresentação clínica, a duração do tratamento, a tolerância/resistência às drogas antituberculose e, possivelmente, a suscetibilidade dos comunicantes envolvidos. O indivíduo sidético infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis* tem um risco de adoecimento muito maior do que a população geral. O risco de um coinfectado desenvolver tuberculose ativa é de 5% a 10% ao ano, sendo muito maior do que o risco ao qual está exposto um indivíduo soronegativo (VIH negativo), que é de 5% a 10% durante toda a vida⁸. Pelo menos um terço dos infectados por VIH em 2013 também o eram por micobactérias, embora muitos não tenham manifestado a última infecção. Entretanto, um indivíduo infectado pelo VIH tem uma chance 26 a 31 vezes maior de desenvolver tuberculose ativa do que um soronegativo para o VIH¹. Além disso, as formas pulmonares não-cavitárias e as extrapulmonares de tuberculose são mais frequentes entre os portadores do VIH⁸. Num raciocínio semelhante, porém no caminho inverso, a epidemiologia, as manifestações clínicas e o manejo da SIDA em pacientes tuberculosos também é diferente dos pacientes sem esta coinfeção⁴⁻⁹. Assim, estas e outras evidências apontam para a necessidade de um maior conhecimento dos danos provocados pela interação entre estes dois agentes infecciosos.

Entretanto, os mecanismos de interação entre estes dois patógenos (VIH e *Mycobacterium tuberculosis*) no organismo humano ainda são pouco entendidos, o que atrapalha particularmente o planejamento e o desenvolvimento de medidas preventivas plenamente eficazes contra os mesmos⁴.

A oferta da sorologia para o VIH para todos os pacientes com tuberculose pode possibilitar o conhecimento dos percentuais de coinfeção nesses doentes. Há conjecturas de que o advento da SIDA tenha ocasionado um desastre no cenário mundial da tuberculose, com o dismantelamento de muitos Programas de Controle, pelo menos até recentemente, e nesse contexto tornou-se necessário conhecer melhor o perfil epidemiológico desses indivíduos, para que fosse possível oferecer subsídios para o planejamento de ações de controle desta coinfeção⁹.

O comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo VIH, o que justifica focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia de SIDA. Deste modo, é importante considerar outros fatores que podem influenciar tal controle no âmbito individual e no âmbito coletivo e social. O primeiro refere-se à avaliação individual sobre “como se transmite tuberculose e AIDS”, através de perguntas sobre o acesso à informação, o conhecimento das doenças, o *status* social e os comportamentos de risco. A vulnerabilidade coletiva refere-se à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos Programas de Controle de Epidemia e a vulnerabilidade social consiste na avaliação das realidades sociais através de indicadores específicos (do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, por exemplo), vulnerabilidades estas que podem ser classificadas como “altas”, “médias” ou “baixas”. Nesta perspectiva, enfatiza-se a necessidade de que os indivíduos se responsabilizem pela prevenção das doenças, imputando aos mesmos essa tarefa¹⁰.

A infecção pelo VIH é um dos principais fatores de risco, senão o principal, para que indivíduos infectados por *Mycobacterium tuberculosis* desenvolvam tuberculose ativa, e a epidemia de infecção pelo VIH/SIDA pode transformar a tuberculose de doença endêmica em epidêmica em várias partes do mundo¹⁰.

No Brasil, a taxa estimada de coinfeção por *Mycobacterium tuberculosis* em infectados por VIH já foi de 3% a 4%, dados possivelmente “subestimados” devido à subnotificação. Na Região Sudeste, onde a prevalência de infecção por VIH é a maior do País, encontram-se, em média, para os atendimentos ambulatoriais, taxas de 10% a 15% de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* em portadores de VIH, taxas que sobem para 25% a 30% nos casos atendidos em unidades hospitalares¹¹. Segundo dados da OMS, no Brasil, em 2013, 65% dos 54.213 pacientes diagnosticados com tuberculose ativa foram

submetidos a sorologia para VIH, dos quais 9340 (17%) tiveram resultado (VIH) positivo¹. No nosso pequeno estudo, apenas 13,6% dos pacientes tuberculosos acompanhados não foram submetidos à pesquisa do VIH, sendo que 26,3% dos pacientes testados apresentaram resultado positivo para VIH, um índice que pode ser considerado alto.

O fato dos diagnósticos de tuberculose e da presença de VIH/SIDA ocorrerem em períodos próximos pode refletir a busca ativa do diagnóstico de tuberculose em pacientes soropositivos para VIH, ou vice-versa, pelos Serviços de Saúde e, ao mesmo tempo, reforça a necessidade de aconselhamento para a realização do teste anti-VIH (Anti-HIV) em caráter voluntário em pacientes com tuberculose, qualquer que seja a forma clínica dessa doença, na busca do diagnóstico precoce das infecções, como já recomendam o Ministério da Saúde e diretrizes de tratamento da tuberculose preconizadas em consensos de pneumologia brasileiros¹².

Logo, a sorologia anti-VIH (Anti-HIV) em pacientes com tuberculose é muito importante, dada a alta prevalência da coinfeção por *Mycobacterium tuberculosis* e VIH, recomendando-se o diagnóstico precoce da mesma, devido à mútua interação entre VIH/SIDA e tuberculose, que predispõe ao agravamento clínico e implicações no tratamento de ambas¹⁰⁻¹². A tuberculose pode se tornar ativa em qualquer fase da evolução da infecção por VIH, mas pacientes com comprometimento imunológico mais avançado podem ter formas de apresentação menos comuns, como a extrapulmonar e outras apresentações pulmonares menos “típicas”¹³.

O aumento da frequência da tuberculose (doença) em portadores de VIH/SIDA impôs uma óbvia sobrecarga aos Serviços de Saúde, expondo as deficiências existentes em Programas de Controle da Tuberculose, e apresentou desafios aos Profissionais de Saúde no diagnóstico e no tratamento dessa doença, devido às “modificações” da tuberculose e da própria SIDA nesses pacientes, como já vimos, desde sua sintomatologia e evolução clínica até a resposta ao tratamento preconizado¹⁰.

De conhecimento geral, a tuberculose é causada pelo bacilo da tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*), que mais comumente afeta os pulmões, sendo uma infecção curável e passível de prevenção¹. Quando uma pessoa com tuberculose pulmonar, em atividade, tosse, espirra ou escarra, os bacilos da tuberculose são liberados na respiração e no ar ambiente. Uma pessoa precisa inalar poucos bacilos para se infectar. É mais comum que a infecção seja transmitida em lugares fechados ou cheios de pessoas, normalmente em casa ou no trabalho¹⁴. Segundo a OMS, cerca de um terço da população mundial pode ter tuberculose latente, ou seja, que ainda não se manifestou. A chance destes “tuberculosos inativos” manifestarem a doença é de 10% ao longo de toda a vida, se forem imunocompetentes¹.

A infecção pelo VIH compromete a imunidade, reduzindo a capacidade do corpo de resistir a doenças, principalmente infecções. Neste cenário, doenças que um organismo sadio poderia combater, têm condições de se desenvolver. Os bacilos da tuberculose, como muitos outros agentes oportunistas, podem se aproveitar deste enfraquecimento das resistências do corpo e infectá-lo, tornando a tuberculose “ativa”^{1,14}.

Quando uma pessoa desenvolve tuberculose ativa, os sintomas e sinais (tosse, febre vespertina, suores noturnos, perda de peso etc.) podem ser leves, o que pode atrasar a busca por ajuda profissional e o diagnóstico, permitindo a transmissão da micobactéria a outros. Ao longo de um ano, até 15 pessoas (em média) podem ser infectadas por um indivíduo com tuberculose ativa. Sem um tratamento adequado, até 75% dos tuberculosos (doentes) podem morrer¹.

Nos últimos 100 anos a tuberculose tem sido superada ou controlada em muitos países por duas razões principais: a primeira, pelo fato de se saber como a doença se dissemina, o que começou com o trabalho de Robert Koch em 1882, permitindo que medidas de Saúde Pública fossem introduzidas para reduzir o alastramento da doença. A segunda razão é a melhoria das condições de vida da população, como melhor moradia, nutrição e saneamento¹⁴.

A tuberculose afeta principalmente adultos jovens, teoricamente em seus anos mais produtivos, porém pode acometer qualquer faixa etária. Apenas em 2013, mais de meio milhão de crianças (0-14 anos) tiveram o diagnóstico de tuberculose, e 80.000 crianças VIH negativas morreram nesse mesmo ano, no mundo inteiro. Como vimos anteriormente, pessoas infectadas pelo VIH têm em média 29 vezes mais chance de desenvolver uma tuberculose ativa do que as não infectadas por este vírus¹.

O diagnóstico de tuberculose deve se basear na apresentação clínica e no achado da micobactéria no escarro ou em outros materiais humanos infectados. A pesquisa do *Mycobacterium tuberculosis* pode ser mais complexa nos pacientes sidéticos, sendo proposto pela OMS um novo teste de 2 horas (Xpert MTB/RIF) para um diagnóstico mais acurado e sensível¹.

Como vimos, a tuberculose é uma doença curável, que costuma responder bem ao tratamento padrão usado mundialmente, apesar do surgimento cada vez mais comum de resistência aos medicamentos antituberculosos¹. A única vacina comercialmente disponível, BCG, protege as crianças imunizadas, mas não tem prevenido adequadamente o alastramento da tuberculose. Dentro desta situação preocupante, os efeitos imunodepressores da infecção pelo VIH foram e podem ser devastadores. À medida que o número de pessoas infectadas pelo VIH aumenta ao redor do mundo, apesar do sucesso de muitos Programas de Controle, poderia haver um cresci-

mento no número de pacientes com tuberculose¹⁴. Contudo, parece estar ocorrendo uma queda gradativa no número de casos de tuberculose, provavelmente resultado dos esforços da OMS para erradicar essa doença. Ainda assim, a tuberculose desponta como a principal doença oportunista e uma das principais causas de óbito na população de sidéticos, independentemente da contagem de linfócitos T CD4 (+)¹⁵.

No Brasil, desde 1999, apesar das controvérsias, é recomendado pelo Ministério da Saúde a realização do teste “*Purified Protein Derivative*” (PPD) na avaliação inicial do paciente infectado pelo VIH, independentemente da condição clínica ou imunológica, devendo ser repetido anualmente nos não-reatores. Uma vez iniciada a terapia antirretroviral, o teste deve ser feito a cada seis meses no primeiro ano de tratamento, em função da possibilidade de ocorrer restauração imunológica. Assim, o PPD é um teste de hipersensibilidade cutânea de leitura tardia, cujos resultados podem servir de parâmetro para a indicação de terapia em indivíduos infectados pelo VIH¹⁵.

Como podemos ver, a coinfeção pelo VIH e pelo *Mycobacterium tuberculosis* se constitui em um grave problema de Saúde Pública no mundo e no Brasil, merecendo uma abordagem mais atenta dos Serviços de Saúde, principalmente os públicos e de locais com menos recursos de uma forma geral.

De acordo com a nossa pesquisa de campo, realizada com a análise dos dados de prontuários de pacientes cadastrados no ano de 2009 no “Programa Municipal de Tuberculose” da cidade de Sarandi, Estado do Paraná, no sul do Brasil, vimos que a maior parte dos 22 pacientes acometidos pela tuberculose neste estudo foi do sexo/gênero masculino (77,3%), jovem (54,5% entre 19 e 39 anos), não-institucionalizado (86,4%), com baixa escolaridade (quase 91%, a grande maioria com primeiro grau incompleto), capacidade socioeconômica reduzida e usuário de drogas (50%), lícitas (tabaco e/ou álcool) ou ilícitas, potencialmente agravantes das condições de saúde subjacentes. Tais dados são concordantes com os da literatura nacional e mundial, exceto nos quesitos de distribuição em gêneros sexuais e institucionalização¹.

A maior parte desses 22 pacientes estudados eram casos novos (81,8%), sendo que todos foram submetidos ao tratamento padrão da tuberculose, havendo resposta boa (cura/alta) em metade dos casos (50%), resultado inferior ao índice geral de sucesso de tratamento de 2012 no Brasil em casos novos ou em recaída (72%)¹. Cinco pacientes (22,7%) abandonaram o tratamento, três (13,6%) foram transferidos para outros Serviços e três (13,6%) morreram durante o seguimento, dois dos quais (9,1%) também infectados pelo VIH (coinfeção com a tuberculose).

Cinco dos 22 pacientes tuberculosos estudados (22,7%) apresentaram sorologia positiva para o VIH,

todavia três pacientes não realizaram o anti-VIH/HIV, o que nos dá um índice de coinfeção de 26,3% (5/19 testados), que pode ser considerado alto, já que “apenas” 17% dos pacientes tuberculosos apresentaram sorologia positiva para VIH no Brasil em 2013¹. Dos três óbitos notificados no ano de 2009 pelo Programa, dois eram de pessoas acometidas pela tuberculose e pelo VIH, o que pode sugerir uma maior letalidade desta associação do que nas mesmas enfermidades isoladas. Em 2012, no Brasil, conforme a OMS, a taxa de sucesso de tratamento da tuberculose associada ao VIH foi de 48%, bem menor do que quando não há esta associação¹.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho visou contribuir com o conhecimento da interação/coinfeção de tuberculose e VIH/SIDA, especialmente para a região da cidade de Sarandi, Paraná, Brasil. Esperamos que as informações aqui reveladas ajudem os Profissionais de Saúde e os Serviços de Saúde, mormente os públicos, a entender a importância e a complexidade desta coinfeção, e estimulem que se façam planos de intervenção nas áreas passíveis disto, particularmente nos campos de prevenção educacional, social e econômica, perseguindo as metas propostas pela OMS¹.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Hospital e Maternidade Maringá pelo incentivo dado ao estudo.

REFERÊNCIAS

- [1]. Global tuberculosis report 2014 - World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (acessado em 28/01/15).
- [2]. Guia de vigilância epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf (acessado em 28/01/15).
- [3]. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20101123_globalreport_en_1.pdf (acessado em 28/01/15).
- [4]. Pawlowski A, Jansson M, Sköld M, Rottenberg ME, Källenius G. Tuberculosis and HIV Co-Infection. Hobman TC, ed. PLoS Pathogens 2012; 8(2):e1002464. doi:10.1371/journal.ppat.1002464. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280977/> (acessado em 28/01/15).
- [5]. Getahun H, Gunneberg C, Granich R, Nunn P. HIV infection-associated tuberculosis: the epidemiology and the response. Clin Infect Dis 2010; 50:201-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1086/651492> (acessado em 28/01/15).
- [6]. Barnabas RV, Webb EL, Weiss HA, Wasserheit JN. The role of co-infections in HIV epidemic trajectory and positive prevention: a systematic review and meta-analysis. AIDS (London, England) 2011; 25(13):1559-73. doi:10.1097/QAD.0b013e3283491e3e. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3151007/> (acessado em 28/01/15).
- [7]. Hijjar MA, Oliveira MJPR, Teixeira GM. A tuberculose no Brasil e no mundo. Bol Pneumol Sanit 2001; 9(2):9-15.
- [8]. Lima MM, Belluomini M, Almeida MMB, Arantes GR. Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. Rev Saúde Pública 1997; 31(3):217-20.
- [9]. Muniz JN, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Yamamura M, Arcencio R, Cardozo-Gonzales RI. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. J Bras Pneumol 2006; 32(6):529-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000600010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pthttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000600010 (acessado em 28/01/15).
- [10]. Cheade MFM, Ivo ML, Siqueira PHGS, Sá RG, Honer MR. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. Rev Soc Bras Med Trop 2009; 42(2):119-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000200005 (acessado em 28/01/15).
- [11]. Kritski, Afrânio L., Marcus B. Conde, and Gilvan R. Muzy de Souza. Tuberculose: do ambulatório à enfermaria. Atheneu, 2005.
- [12]. Castelo Filho A e colaboradores. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose. J Bras Pneumol 2004; 30(supl):S1-S55.
- [13]. Carvalho LGM, Buani AZ, Zöllner MSAC, Scherma AP. Co-infecção por Mycobacterium tuberculosis e vírus da imunodeficiência humana: uma análise epidemiológica em Taubaté (SP). J Bras Pneumol 2006; 32:424-9.
- [14]. Saunderson P. Tuberculose e AIDS/SIDA nos anos 90. Disponível em: <http://tilz.tearfund.org/~media/Files/TILZ/Publications/Footsteps/Footsteps%2011-20/19/FS19P.pdf> (acessado em 28/01/15).
- [15]. Nogueira CT, Abrantes JL, Frauches DO, Borges LHB. Abordagem profilática contra tuberculose em pacientes infectados pelo HIV em serviço ambulatorial de hospital filantrópico. J Bras Doenças Sex Transm 2009; 21(4):158-62.



TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR EM CRIANÇA UTILIZANDO BRAQUETES ORTODÔNTICOS

CONSERVATIVE TREATMENT OF JAW CONDYLE FRACTURE USING CHILD BRACKETS ORTHODONTIC

ILBERTO CÂNDIDO DE SOUZA¹, PEDRO HENRIQUE DE SOUZA LOPES², ANA CARINE FERRAZ RAMEIRO^{3*}, DANIEL FERREIRA DO NASCIMENTO⁴, BELMINO CARLOS AMARAL TORRES⁵

1. Bucomaxilofacial, Residência pela Hospital Regional do Agreste em Caruaru-PE; 2. Bucomaxilofacial, Residência pela Hospital Regional do Agreste em Caruaru-PE; 3. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial no Hospital Regional do Agreste em Caruaru-PE; 4. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial no Hospital Regional do Agreste em Caruaru-PE; 5. Bucomaxilofacial, Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Preceptor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, no Hospital Regional do Agreste em Caruaru-PE.

* Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira, BR 232, km 130, Indianópolis, Caruaru, Pernambuco, Brasil. CEP: 55024-000. anarameiro@hotmail.com

Recebido em 06/02/2015. Aceito para publicação em 19/02/2015

RESUMO

Poucos são os trabalhos que descrevem as características peculiares dos traumas de face em crianças na literatura, especialmente as fraturas de côndilo mandibular, pelo fato da baixa incidência desses tipos de trauma, difícil diagnóstico e muitas vezes falta de experiência do profissional com tratamento das fraturas do côndilo mandibular pediátrico. Fraturas condilares em crianças são especialmente importantes por causa do risco de afetar o centro de crescimento mandibular na cabeça da mandíbula, podendo levar ao retardo do crescimento e assimetria facial. O objetivo deste artigo é apresentar um relato de caso onde um paciente pediátrico, após acidente ciclístico, sofreu uma fratura unilateral de côndilo mandibular, onde se optou pela imobilização temporária por 07 dias, através de bloqueio maxilomandibular com bráquetes ortodônticos e fios de aço, com acompanhamento de 01 ano, onde após este período não foi verificado assimetria facial, movimentos mandibulares de abertura e fechamento bucal, lateralidade e protrusão sem alterações, bem como manutenção da oclusão dentária.

PALAVRAS-CHAVE: Fratura, tratamento conservador, paciente pediátrico

ABSTRACT

In the literature there are few studies which describe the peculiar characteristics of facial trauma in children, especially fractures of the jaw condyle, due to the low incidence of these types of trauma, difficulty to diagnose and often lack of professional experience with treatment of pediatric fractures of the mandibular condyle. Condylar fractures in children are especially important because of the risk of affecting the mandibular growth center in the condyle, which can lead to growth retardation and

facial asymmetry. The purpose of this article was to present a case report, where a pediatric patient, after a cycling accident, suffered a fracture of unilateral mandibular condyle, which opted for temporary immobilization for 07 days through jaw lock with orthodontic brackets and steel wires, with 01 years of follow-up observation, where after this period it was not verified facial asymmetry, jaw movements of opening and closing mouth, laterality and protrusion without changes, as well as maintenance of dental occlusion.

KEYWORDS: Fracture, conservative treatment, pediatric patients

1. INTRODUÇÃO

O trauma maxilofacial apresenta uma ocorrência relativamente incomum na população pediátrica¹. Dentre as regiões acometidas, as fraturas mandibulares ocorrem com maior incidência e o côndilo é a região da mandíbula mais frequentemente acometida², tendo como principais razões o relativo meio protegido da jovem criança e a resiliência do esqueleto maxilofacial em desenvolvimento¹. A experiência individual de qualquer cirurgião neste campo é muitas vezes limitada devido a esta baixa incidência¹.

Em relação à faixa etária, em que as crianças e adolescentes estão mais expostas às fraturas de face, pode-se verificar que a mesma se compreende dos 13 a 18 anos (46,60%), o que pode ser justificado pela maior atividade física e pela prática de esportes mais agressivos e mais velozes, bem como pela maior possibilidade de sofrerem agressão física¹.

O tratamento do trauma craniomaxilofacial e das fraturas faciais em crianças, em particular, têm evoluído

gradualmente. A abordagem sistemática ao trauma em adultos foi modificada para a manipulação no trauma pediátrico, levando em consideração as condições fisiológicas e anatômicas da criança².

A incidência das fraturas mandibulares é bastante alta, chegando a 55% dentre todas as fraturas faciais³. As fraturas condilares contribuem com 16,1% dos casos² e, em crianças abaixo de seis anos, esta porcentagem pode chegar a 76%²⁴. A apófise condilar da mandíbula clinicamente começa acima e atrás da linha que inicia a chanfradura sigmoide da mandíbula, e é formada pelo colo e a cabeça articular^{4,5}. O colo é semicilíndrico e oblíquo e, sendo a parte mais fina da mandíbula, é a área mais vulnerável às fraturas¹.

A mandíbula é o último osso da face a completar o seu crescimento normal² e um trauma ao centro de crescimento do côndilo antes da maturação esquelética pode levar a um retardo no crescimento ipsilateral, resultando em assimetria facial, má-oclusão e futuros distúrbios de desenvolvimento dentofacial^{2,8}.

As fraturas condilares podem passar despercebidas, desde que o profissional que atende a criança não tenha sua atenção chamada para a possibilidade de fratura (nos traumatismos de mento, comuns em crianças), acrescentando-se a isso, ainda, a dificuldade dos exames clínico e radiográfico². As fraturas condilares são, na maioria dos casos, incompletas do tipo “galho verde”⁸ sendo, geralmente, vista em idade inferior a 6 anos devido ao fato de que o osso de uma criança é mais flexível, de modo que ele pode ser mais provavelmente dobrado, em vez de uma quebra completa⁸.

As lesões ao côndilo representam um grande espectro de fraturas, deslocamentos e lesões compressivas. Elas podem ser intra ou extracapsulares, deslocadas ou não, cominutivas ou não, abertas ou fechadas, localização alta ou baixa no colo de côndilo, fratura de polo medial ou lateral e fraturas isoladas ou associadas a fraturas faciais mais complexas². Os sinais e sintomas da fratura de côndilo são: dor, limitação dos movimentos mandibulares, oclusão dentária alterada, assimetria facial (às custas de um desvio do mento para o lado fraturado) e retroposicionamento mandibular (nas fraturas bilaterais)⁷.

O tratamento das fraturas condilares em pacientes pediátricos pode variar em preservação quando incompletas do tipo “galho verde”, osteossítese dos fragmentos quando em fraturas completas, com desvios e com bloqueio intermaxilar temporário².

O objetivo deste trabalho foi apresentar um relato de caso da aplicação de tratamento conservador em paciente pediátrico, vítima de acidente ciclístico, com fratura bilateral de côndilo mandibular.

2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, leucoderma, 7 anos de idade, vítima de acidente ciclístico, deu entrada na

emergência do Hospital Regional do Agreste-Caruaru-PE, onde foi encaminhada ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial 30 minutos após o acidente.

Ao exame físico pôde-se observar pequena escoriação em região de mento, limitação nos movimentos mandibulares, dor a palpação e discreto edema na região de articulação temporomandibular bilateral. Ao exame intraoral, observa-se que os incisivos centrais superiores apresentavam-se fraturados ao nível do terço incisal, mordida aberta anterior devido ao contato primário entre os elementos posteriores e ao encurtamento do ramo mandibular (Figura 1).



Figura 1. Paciente pediátrica com abertura bucal inicial

Diante do quadro clínico sugestivo de fratura bilateral de côndilo mandibular foram solicitados exames complementares de imagens como: radiografias laterais oblíquas de mandíbula direita e esquerda, radiografia pósterio-anterior de mandíbula, Towne, e posteriormente radiografia panorâmica dos maxilares, assim as imagens radiográficas sugeriram fratura subcondilar baixa de mandibular do lado esquerdo com desvio antero-medial em torno de 30° graus (Figuras 2 e 3).

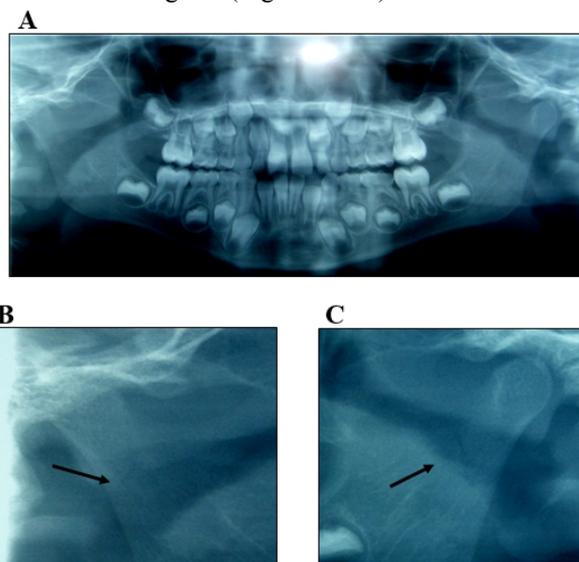


Figura 2. Radiografia dos maxilares evidenciando a fratura bilateral do côndilo. A- Visão panorâmica; B-Fratura subcondilar direita e C- Fratura subcondilar esquerda.

O tratamento de escolha para o caso foi o conservador através de bloqueio maxilomandibular (BMM) temporário de 07 dias, que objetivou guiar a oclusão dentária, minimizar as dores pós-trauma e auxiliar na regressão do edema com posterior mobilização e fisioterapia, seguido de prescrição domiciliar de anti-inflamatório e analgésico (Figura 3).



Figura 3. Radiografia de Towne evidenciando deslocamento mínimo dos côndilos mandibulares.

O fato da paciente apresentar dentição mista, limitaria a utilização de alguns meios de bloqueio maxilomandibulares, como por exemplo barra de Erich e parafusos IMF disponíveis no nosso serviço.

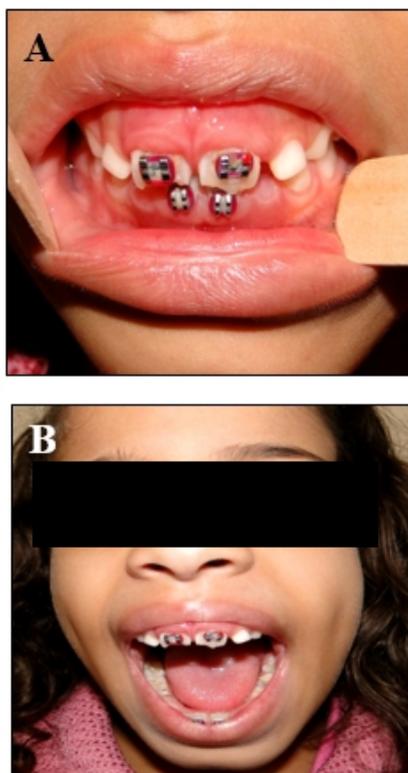


Figura 4. Visão geral da paciente pediátrica após instalação dos brackets ortodônticos. A. Instalação dos brackets ortodônticos nos incisivos centrais e B- Abertura bucal final.

Neste caso optou-se pelo tratamento conservador através da instalação de bráquetes ortodônticos na região dos incisivos centrais, e posterior bloqueio maxilomandibular com fios de aço nº 0 de modo a guiar a sua oclusão.

Após sete dias de bloqueio e uma dieta pastosa, a paciente retornou apresentando sua oclusão dentária guiada pelo bloqueio maxilomandibular (BMM), sem queixas de dores em região de ATMs e regressão do edema. O BMM foi removido, avaliado sua oclusão, os movimentos mandibulares de lateralidade, protrusão, fechamento e abertura bucal de forma espontânea e com discreta sensibilidade dolorosa. Iniciando assim, a mobilização e fisioterapia por um período de 3 semanas e orientações de uma dieta em alimentos macios. A paciente foi acompanhada por 12 meses, onde evoluiu de forma satisfatória sem queixas dolorosas, assimetrias faciais, má-oclusões dentárias e movimentos mandibulares preservados (Figura 4).

3. DISCUSSÃO

A mandíbula é o único osso móvel da face e participa de funções básicas como mastigação, fonação, deglutição e manutenção da oclusão dentária. Apesar de ser o osso mais pesado e forte da face, a mandíbula está propensa a fraturas por ser um arco aberto, estar localizado na região inferior da face, ser um mecanismo de hiperextensão e hiperflexão da cabeça em acidentes de trânsito e por sofrer atrofia com avanço da idade⁹.

Em crianças e adultos, a região do colo do côndilo mandibular representa a parte mais vulnerável da mandíbula. As injúrias da articulação temporomandibular são quase sempre causadas por um trauma na mandíbula que se propaga até a região do côndilo, e raramente as fraturas são por impacto direto na região pré-auricular.

A direção e o grau da força aplicada são importantes para o entendimento do mecanismo da injúria. Uma força axial aplicada contra a sínfise mandibular dirige-se em direção ao corpo bilateralmente podendo resultar em fratura de côndilo bilateral. Caso a força tenha direção perpendicular ao corpo da mandíbula pode resultar em uma fratura no local do impacto e possivelmente uma fratura de côndilo contra-lateral⁷.

A distribuição de fraturas em mandíbula obedeceu à seguinte ordem decrescente: côndilo, parassínfise, ângulo, corpo, sínfise, processo coronoide e ramo mandibular, sendo que as fraturas de côndilo representaram 44,7% das fraturas de mandíbula em pacientes até 18 anos de idade podendo ser justificado pela alta porcentagem de osso medular neste local na faixa etária estudada¹. Zillo *et al.* (2006)¹⁰ demonstraram que as fraturas de côndilo mandibular estariam logo após a sínfise, o corpo e o ângulo mandibular, com um total de 6,6% fraturas condilares.

Na faixa etária de 0 a 18 anos Chrcanovic *et al.*

(2005)¹ demonstraram que os principais agentes etiológicos responsáveis pela ocorrência de fraturas foram os acidentes de bicicleta (27,67%), seguidos por quedas (25,73%) e os acidentes de trânsito (13,12%). No entanto, Kainulainen *et al.* (2002)¹¹ obtiveram 58,33% de quedas de bicicleta na faixa etária de 0 a 15 anos. O fato da legislação brasileira só permitir a condução de veículos por maiores de 18 anos limita a ocorrência destes acidentes neste grupo de pacientes, restringindo-os à condição de passageiros ou de vítimas de atropelamento, enquanto que a disponibilidade de bicicletas para esta população faz com que os mesmos sejam mais suscetíveis a estes acidentes, enquanto as quedas no lazer ou no aprendizado do andar os tornam predispostos ao trauma de face.

As crianças têm um maior potencial osteogênico do que os adultos, permitindo a união rápida dentro de três semanas, e a não-união raramente é observado em pacientes pediátricos. Esses fatores permitem um potencial muito maior para remodelação óssea, mesmo em fraturas imperfeitamente reduzidos¹.

O tratamento das fraturas condilares é bastante controverso e os resultados das diversas condutas são surpreendentes, posto que vários aspectos interferem na evolução dos pacientes, tais como: aspectos funcionais, gravidade da lesão, aspectos anatômicos, reabsorção pós-operatória, distúrbios da articulação temporomandibular (ATM), adesão do paciente à fisioterapia, idade, estado imunológico, condição social, capacidade cognitiva de adesão aos exercícios ensinados. Estes são fatores que se somam como dificuldades extras para conseguirmos o objetivo almejado^{1,12}.

Diversos autores concluíram que fraturas condilares podem dar origem a graves problemas, tais como perturbações do crescimento da face, distúrbios da ATM (tais como anquilose e disfunção), má oclusão, e deslocamento crônico e dor no lado lesionado, pois fraturas no centro de crescimento condilar antes da maturação esquelética pode provocar retardo no crescimento^{12,2,8}.

A mandíbula tem um potencial de crescimento determinado por vários fatores como: a erupção dentária e a ação muscular, além do côndilo, de forma que todos devem ser considerados no tratamento de fraturas da região.

Através dos exames por imagens é possível determinar o nível anatômico da fratura em intra-capsular, subcondilar alta ou do colo condilar e subcondilar baixa; o grau e o tipo de deslocamento do segmento fraturado em relação à fossa articular e ao ramo mandibular.

Geralmente a lesão apresenta um deslocamento ântero-medial pela ação do músculo pterigoideo lateral e raramente apresenta um deslocamento lateral, superior e posterior⁷.

Diversos são os fatores que influenciam na indicação e, conseqüentemente, no prognóstico do tratamento das

fraturas condilares e devem ser levados em consideração antes da decisão final sobre o tipo de tratamento, ressaltando-se que não devem ser avaliados isoladamente, mas sim em conjunto⁷. Alguns trabalhos, por exemplo, descrevem que devem ser considerados o grau de deslocamento do fragmento, idade do paciente, localização da fratura, direção do deslocamento, estado físico do paciente, fraturas associadas no terço médio da face, presença e condições da dentição, possibilidade de realizar oclusão adequada, presença de corpos estranhos na articulação temporomandibular e trauma com lesão exposta^{12,7}.

De acordo com Bianchini *et al.* (2010)¹², o tratamento das fraturas condilares em pacientes pediátricos pode variar em preservação quando incompletas do tipo “galho verde”, osteossítese dos fragmentos quando em fraturas completas, com desvios e com bloqueio intermaxilar temporário nas situações em que ocorrem pequenos desvio e sem deslocamentos da fossa articular.

Muitas fraturas de côndilo podem ter tratamento conservador com restrição alimentar e analgésicos, principalmente em crianças que ainda apresentam um grande potencial de remodelamento ósseo e em idosos nos quais o bloqueio maxilomandibular pode levar a um distúrbio nutricional^{12,7}.

Paciente com mordidas abertas ou limitação de movimento mandibular podem ser tratados com redução fechada e um curto período de BMM ou seja, não mais de 7-10 dias em crianças com menos de seis anos de idade e três semanas em faixas etárias mais altas¹². BMM deve ser essencialmente seguido por um período de fisioterapia composta por exercícios mandibular guiados por elásticos para promover a remodelação do côndilo e prevenir anquilose e ajudar na reabilitação da criança à função normal.

Tunal *et al.* (2012)⁷ concordam que as fraturas de côndilo tratadas de forma incruenta em crianças apresentam melhor resultado, pois as mesmas ainda possuem capacidade de remodelamento, diferente dos adultos onde ocorre um ajuste funcional. Entretanto, estudos demonstraram que, após a fratura do côndilo mandibular em crianças, há uma excelente chance de que o processo condilar se regenere aproximadamente ao seu tamanho original e uma pequena chance de que ele iria crescer exageradamente após a lesão se uma função adequada não poder ser obtida. Sendo o disco articular importante neste processo².

Segundo Miloro *et al.* (2004)² o potencial de crescimento e capacidade de remodelação de um côndilo durante o seu período de crescimento pode ser o fator intrínseco para o prognóstico de fratura de côndilo quando tratado por procedimentos fechados.

Manganello *et al.* (2002)⁸ acreditam que a proliferação na camada de condrócitos apoia nova formação óssea no côndilo fraturado, o que contribui para o cresci-

mento contínuo e simultâneo do côndilo no processo de cicatrização da fratura durante o período de crescimento.

Segundo Miloro *et al.* (2004)² das características oclusais após fraturas condilares em crianças, somente o desvio da linha média inferior foi encontrado, sendo um pouco mais prevalente no lado em que ocorreu a fratura. Não foram encontradas diferenças significativas na distribuição de mordida cruzada posterior, mordida cruzada anterior e Classe II.

As cirurgias estariam indicadas em pacientes com mais de 8 anos de idade sempre em fraturas com luxação ou cominutivas extra capsulares, que obrigatoriamente apresentem um comprometimento funcional importante ou que não responderam de forma significativa ao tratamento conservador. Em casos de fraturas bilaterais, onde pelo menos uma delas preencha estes requisitos, há indicação cirúrgica para o restabelecimento da dimensão vertical^{12,7}.

As crianças devem ser monitoradas longitudinalmente para complicações tardias, como danos nos dentes permanentes, disfunção da articulação temporomandibular (ATM) como sub-luxação recorrente, dor, limitação dos movimentos mandibulares, anquilose, e distúrbios de crescimento, como deformidade do rosto secundária, hipoplasia mandibular ou assimetria¹. O prognóstico geralmente favorável de uma fratura condilar pediátrica não significa apenas a união normal dos fragmentos fraturados, mas também a recuperação da estrutura morfológica do côndilo sem quaisquer perturbações de crescimento¹.

4. CONCLUSÃO

O tratamento conservador, com utilização de bráquetes ortodônticos para bloqueio maxilomandibular é uma opção viável, com baixa morbidade a cavidade oral.

Diante do caso em estudo podemos concluir que em casos em que o paciente pediátrico apresente dentição do tipo mista, limitando os métodos de tratamento, a utilização de bráquetes ortodônticos para bloqueio maxilomandibular, apesar de temporário, mostrou ser uma alternativa eficiente com resultados promissores observando o acompanhamento multidisciplinar visando identificar e tratar previamente possíveis alterações no desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- [01] Chrcanovic BR, Freire-Maia B, Souza LN. Fraturas de face em crianças e adolescentes: estudo retrospectivo de um ano em hospital público. *Rev Int Cir Traumatol Bucocomaxilofacial*. 2005; 3(11/12):166-71.
- [02] Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. 2^o ed. London: BC Decker Inc; 2004.

- [03] Falcão MFL, Leite-Segundo AV, Silveira MMF. Estudo epidemiológico de 1758 fraturas faciais tratadas no hospital da restauração, Recife/PE. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*. 2005; 5(3):65-72.
- [04] Peixoto ARLF, Santiago AP, Lima I. Tratamento cirúrgico e não-cirúrgico de fraturas de côndilo; *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2008; 11(4):142-50.
- [05] Rossi NJ, Rossi RC, Rossi NJC, Rossi BC; Tratamento conservador da alteração pós-traumática do crescimento facial em fratura subcondilar em gêmeos; *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2010; 13(4):245-9
- [06] Andrade-Filho EF, Martins DMFS, Sabino-Neto M, Toledo-Júnior CS, Pereira MD, Ferreira LM. Fraturas do côndilo mandibular: Análise clínica retrospectiva das indicações e do tratamento. *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(1):54-9.
- [07] Tunal WB, Dündar A, Çankaya AB, Gençay K. Conservative approach to unilateral condylar fracture in a growing patient: a 2.5-year follow up. *The Open Dentistry Journal*. 2012; 6(1):1-4.
- [08] Manganello LC, Silva AAF. Fraturas do côndilo mandibular: classificação e tratamento; *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002; 68(5):749-55.
- [09] Rampaso CL, Mattioli TMF, Andrade-Sobrinho J de, Rapoport A. Estudo epidemiológico das fraturas do côndilo da mandíbula *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço* 2009; 38 (1):19-21.
- [10] Martini MZ, Takahashi A, Oliveira-Neto HG, Carvalho-Junior JP, Curcio R, Shinohara EH. Epidemiology of Mandibular Fractures Treated in a Brazilian Level I Trauma Public Hospital in the City of São Paulo, Brazil; *Braz Dent J*. 2006; 17(3):243-8.
- [11] Barron RP, Kainulainen VT, Gusenbauer AW, Hollenberg R, Sándor GKB. Management of Traumatic Dislocation of the Mandibular Condyle into the Middle Cranial Fossa; *Journal of the Canadian Dental Association* 2002; 68(11):676-80.
- [12] Bianchini EMG, Moraes RB, Nazario D, Luz JGC. Terapêutica interdisciplinar para fratura cominutiva de côndilo por projétil de arma de fogo – Enfoque miofuncional *Rev CEFAC*. 2010; 12(5):881-8.



HEPATITE AUTOIMUNE: SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE PARA TRATAMENTO ADEQUADO

AUTOIMMUNE HEPATITIS: ITS CLINICAL MANIFESTATIONS AND EARLY DIAGNOSIS TO SUITABLE TREATMENT

NEIDE SATURNINO DA SILVA^{1*}, KLEBER RODRIGUES DE REZENDE¹, SORAIA MARTOS¹, ENIO TEIXEIRA MOLINA FILHO², JANAINA DA SILVA MARTINS³, JEFFERSON FISCHER⁴, TALITA DE MENEZES⁵

1. Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Ingá; 2. Médico Intensivista no Hospital Metropolitano, Especialista em Clínica Médica, Especialista em Urgência e Emergência; 3. Médica Clínica Geral e Nefrologista no Hospital Metropolitano, 4. Médico Intensivista no Hospital Metropolitano, Especialista em Clínica Médica, Especialista em Urgência e Emergência; 5. Médica Infectologista no Hospital Metropolitano, especialista em Clínica Médica.

*Rua Marques de Abrantes, 439, Apto 202, Edifício Ricardo Wolf, Zona 7, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87020-170. neidesaturnino@hotmail.com

Recebido em 17/02/2015. Aceito para publicação em 25/02/2015

RESUMO

A hepatite autoimune constitui uma forma de doença hepática inflamatória crônica, com início e duração variáveis, com destruição progressiva do parênquima hepático e que, sem tratamento imunossupressor, evolui frequentemente para cirrose. Relativamente rara, desencadeada por fatores desconhecidos, com predomínio nos pacientes do sexo feminino. O Diagnóstico é realizado através da característica clínica, bioquímicas, sorologias e histologia. Possível coexistência com outras doenças autoimunes.

Perante um doente com alteração das enzimas hepáticas, devem ser excluídas primeiro as causas mais frequentes como álcool, vírus da hepatite B e C e medicamentos, sendo que as outras etiologias são menos frequentes, como as causas genéticas e as autoimunes. O tratamento pode ser realizado com a prednisona isolada ou associada à azatioprina para diminuir os efeitos colaterais do corticoide. A resposta à terapia é avaliada através da melhora dos sinais e sintomas, melhora dos índices laboratoriais de inflamação hepática e da função hepática. A maior parte dos doentes alcançam a remissão, mas são frequentes as recaídas, quando se suspende ou diminui a medicação.

PALAVRAS-CHAVE: Hepatite autoimune, diagnóstico precoce, tratamento, cirrose e redução da mortalidade.

ABSTRACT

Autoimmune hepatitis is a form of chronic liver with variable length beginning with the progressive destruction of the hepatic parenchyma without immunosuppressive regimens often progresses to cirrhosis inflammatory disease. Relatively rare, caused by unknown factors, predominantly in female patients. Diagnosis is made through clinical, biochemical, serological and histological features. It can coexist with other autoimmune diseases.

In patients with abnormal liver enzymes should be excluded first frequently, such as alcohol, hepatitis B and C viruses and drugs, and other etiologies are less common, such as genetic and autoimmune causes. The treatment can be performed alone or in combination with azathioprine, prednisone to decrease the side effects of corticosteroids. Response to treatment was assessed by improvement in signs and symptoms, improving laboratory indices of liver inflammation and liver function. Most patients achieve remission, but relapses are common when suspended or reduced medication.

KEYWORDS: Autoimmune hepatitis, early diagnosis, treatment, cirrhosis and reduced mortality.

1. INTRODUÇÃO

A hepatite autoimune (HAI) é uma doença inflamatória crônica do fígado, relativamente rara, que pode ocorrer em qualquer faixa etária, com frequência diagnóstica em pacientes entre 40 a 50 anos^{1,2}. É mais comum em mulheres, uma relação de 3,6 mulheres para 1 homem^{1,3}.

A incidência e prevalência da HAI foi avaliada em apenas dois estudos em nível de base populacional, isto é devido ao fato que apenas poucos países fornecem informações confiáveis sobre o diagnóstico, bem como as causas de morte.^{3,4} Há dados epidemiológicos da HAI robustas contra os Estados Unidos. Estudos realizados na Europa, a incidência média é de 0,9 a 2 por 100.000 habitantes por ano, e sua taxa de prevalência é de 11 a 25 por cada 100 mil habitantes por ano.^{1,3} No Brasil é considerada uma doença rara, apesar dos poucos estudos realizados, é responsável por 5 a 10% das doenças hepáticas⁵.

A fisiopatologia é desencadeada por fatores desco-

nhecidos, provavelmente decorrente da interação entre predisposição genética, causas ambientais, mecanismos e falhas de tolerância imunológica, que cooperam para induzir um ataque imune mediada pelas células T para os antígenos do fígado, com início e duração variáveis, que cursa com destruição progressiva, necroinflamatória e processo fibrótico no parênquima hepático¹ e evolui frequentemente para cirrose na ausência de tratamento e outras complicações⁶.

O diagnóstico é realizado muitas vezes através de escore com critérios para o diagnóstico, devido ao conjunto com características comuns de doenças diferentes, onde são avaliados através das características clínicas, laboratoriais e característica histológica, e ausência de lesão em canais biliares ou de outras doenças que poderia levar a hepatite crônica e cirrose.

O objetivo é demonstrarmos a importância da HAI fazer parte do diagnóstico diferencial das hepatopatias para que seja realizada o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, por ser essencial na redução da evolução da cirrose e outras morbidades relacionadas à presença desta doença.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminina, 34 anos, residente em Maringá foi internada no serviço de clínica médica do Hospital Metropolitano, relatando que há 10 dias antes do internamento apresentava mialgias, fadiga associada a hiporexia, e intenso prurido pelo corpo, evoluindo depois de 4 dias com náuseas, algias e mal-estar abdominal, e surgimento de icterícia em esclera, face, acolia fecal e colúria. Negou comorbidades, etilismo, tabagismo, alergias, transfusões e negou uso de medicamentos. História familiar, pai com diabetes do tipo 2 e mãe com artrite reumatoide. Ao exame físico, apresentava xantelasma, icterícia ++++/4+ em esclera e face, ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas em 2 tempos em sopro, ausculta pulmonar sem alterações ou ruídos adventícios, abdome doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, hepatomegalia 4cm em rebordo costal direito, Murphy negativo, extremidades sem edemas, levando as hipóteses diagnósticas de hepatite medicamentosa, hepatite alcoólica, hepatite viral, coledocolitíase.

Os exames laboratoriais solicitados foram Bilirrubina total de 10,3mg/dL, BD 5,5mg/dL, AST 1009 U/L, ALT 1522U/L, FA 145U/L, GGT 101U/L, LDH 945 U/L hemograma, creatinina, ureia, K⁺ e Na⁺, TAP, KPTT, PCR e amilases dentro das normalidades, sorologias virais (A, B e C) não reagentes, imagens de Ecografia de abdominal total sem alterações, com hepatomegalia leve e Tomografia do abdome sem anormalidades.

Através da história clínica e exames laboratoriais da paciente a suspeita para Hepatite medicamentosa foi menos provável, a suspeita de hepatite alcoólica por não ter a relação do AST maior que o ALT e não ter o au-

mento do GGT necessário para essa patologia também foi excluída. Pelos resultados das sorologias virais negativas excluiu a suspeita para Hepatites virais, e através dos exames de imagem, ficou pouco provável Coledocolitíase devido à ausência de lesão em canais biliares.

Iniciou a investigação para doenças autoimune, solicitado o FAN para iniciar a investigação, sendo que o resultado foi positivo com titulação de 1/1280 com Padrão de núcleo pontilhado grosso, com esses resultados a suspeita foi para Cirrose biliar primária, Lúpus e Hepatite autoimune.

Devido à presença do prurido, xantelasma e fadiga suspeitou de cirrose biliar primária, mas sendo pouco provável devido às enzimas FA e GGT com valores baixos em relação ao aumento das aminotransferases, e lipidograma com valores menores que 600. A suspeita para Lúpus foi pouco provável, por não ter critérios clínicos suficientes para o diagnóstico clínico. A investigação foi para hepatite autoimune. Solicitou anticorpos específicos como anti-musculo liso, anti-mitocôndria e anti-Smith, para excluir as hipóteses diagnósticas, o resultado foi não reagente, porém o anti-mitocôndria e o anti-Smith negativo e ponto positivo para a hepatite autoimune.

Foi realizada a biopsia, e o resultado foi uma hepatopatia crônica com discreta atividade de interface, na microscopia mostrou tecido hepático com discreta fibrose nos dois espaços porta, infiltrado linfomononucleado, ultrapassando focalmente a placa limitante. No lóbulo, os hepatócitos balonizados, hiperplasia de células de Kupffer, com raros corpos acidófilos. Com esses resultados confirma a suspeita da hepatite autoimune, sendo que a importância da biopsia é para avaliar o grau de agressividade e do tratamento. Com todos os resultados e as manifestações clínicas da paciente a suspeita do diagnóstico foi para Hepatite autoimune, e a partir deste resultado foi iniciado o tratamento da paciente com 60mg de Prednisona por dia durante uma semana, e reduzindo gradualmente durante 3 semana, ficando uma dose de 30mg para a manutenção do tratamento. Após 4 dias de terapia foi realizado a coleta para realização de exames das aminotransferases séricas e bilirrubinas para a verificação da resposta terapêutica, sendo que os resultados foram ALT 665U/L, AST 349U/L, BT 5,9mg/dL, BD 3,4 mg/dL, tendo uma diminuição significativa das enzimas hepáticas e bilirrubinas, apresentando resultado de uma excelente resposta terapêutica.

A investigação foi de acordo com escore dos critérios de diagnóstico para HAI conforme a Tabela 1, sendo que um total de 10-15 pontos é provável e >15 é definitivo para o diagnóstico para HAI, no caso da paciente os pontos foram contados através dos critérios do Gênero feminino (+2), FA/ALT ou AST ser < 1,5 vezes (+2), Álcool <2,5g/dl (+2), Marcadores virais negativo (+3), FAN (+3), Não realização de hemotransfusão (+2) res-

posta ao tratamento (+2), hepatite de interfase (+3) dando um total do escore de 19 pontos. Portanto pelo escore o diagnóstico foi definitivo para a HAI. Os resultados de exames laboratoriais realizados durante o internamento da paciente estão representados no quadro 1 abaixo.

Quadro 1. Resultados Exames laboratoriais.

Data	ALT	AST	BT	BD	BI	FA	GGT	LDH	Amilases
20/08	1522	1009	10,3	5,5	4,5	145	101	945	59,85
22/08	1379	910	10,9	5,9	5,0	116	-	-	41,19
25/08	1398	867	14,1	7,8	6,3	122	121	-	57,03
27/08	1123	775	15,5	8,2	7,3	140	-	-	53,98
29/08	1060	746	16,5	9,6	6,9	254	120	-	-
01/09	665	349	5,9	3,4	2,5	-	-	-	-

3. DISCUSSÃO

Para que se estabeleça o diagnóstico, é indispensável à exclusão de outras causas de doença hepática crônica. As manifestações clínicas geral em 50% dos casos são dos pacientes com início geralmente insidioso de semanas a meses, com sintomas inespecíficos, como fadiga, letargia, astenia, icterícia, náuseas, dor abdominal, hepatomegalia, artralgia e acne na apresentação, mas o espectro clínico é amplo, variando de apresentação assintomática à doença aguda grave^{1,7}. Metade desses pacientes refere episódio prévio de icterícia ou estão ictericos. Em 30 a 40%, principalmente em pacientes mais jovens, a doença se apresenta de forma aguda, mimetizando hepatite viral ou tóxico-medicamentosa. Formas assintomáticas são pouco frequentes em torno de 15 a 20%, com aumento de aminotransferases séricas detectado em exames de rotina ou durante acompanhamento de doenças extra-hepáticas¹.

A forma de apresentação fulminante é pouco frequente, mais comum nos pacientes com HAI-2⁷. Apresenta resposta satisfatória à terapêutica imunossupressora, no entanto, observa-se recorrência da doença em 60% a 80% dos casos, após a suspensão do tratamento imunossupressor^{8,9}.

O Grupo Internacional para o estudo da Hepatite autoimune elaborou, em 1992¹⁰, os critérios para o diagnóstico da HAI, baseando-se em confirmar o processo inflamatório no fígado, através da histologia, marcadores de destruição de hepatócitos no sangue, a presença de anticorpos contra hepatócitos e a falta de sinais sugestivos de lesão em canais biliares ou de outras doenças que levam a hepatite crônica e cirrose, como a ausência de marcadores virais isto é, da hepatite B (HBsAg) e C (VHC) e excelente resposta ao tratamento com corticosteroides. Este escore para o diagnóstico é muito utilizado na prática clínica para a investigação da HAI, sua revisão mais recente foi em 1999¹¹.

Esse sistema de pontuação foi proposto para facilitar a aplicação clínica. Os critérios clínicos para o diagnós-

tico são o suficiente para fazer ou excluir HAI definida ou provável na maioria dos pacientes. A revisão original de sistema de pontuação foi desenvolvida como uma ferramenta para a pesquisa para garantir a comparabilidade das populações estudadas em ensaios clínicos (Tabela 1), e também pode ser aplicada em casos que desafiam o diagnóstico não é facilmente capturado pelos critérios descritiva. A resposta ao tratamento foi classificada na revisão original do sistema de pontuação, que pode ser representado tanto antes quanto após o tratamento (Tabela 1). O pré-tratamento pontuação de 10 pontos ou mais, ou uma pontuação de pós-tratamento de 12 pontos ou mais, indicar "provável" HAI na apresentação. A pontuação pré-tratamento de 10 pontos tem uma sensibilidade de 100%, uma especificidade de 73% e acurácia diagnóstica de 67%. A pontuação pré-tratamento de 15 pontos, indicando "HAI definitiva" tem uma sensibilidade de 95%, uma especificidade de 97% e acurácia diagnóstica de 94%. Um estudo retrospectivo apoia a utilidade do sistema original revisado em crianças com HAI¹.

O diagnóstico de HAI é baseado pelo processo inflamatório do fígado, na presença de achados clínicos, laboratoriais, histológicas e exclusão de outras condições que causam hepatite crônica e cirrose. A avaliação clínica deve incluir uma avaliação do uso de álcool e droga conhecida por hepatotóxico. Outras etiologias menos frequentes podem ser genéticas como a hemocromatose, doença de Wilson, deficiência de α -1 antitripsina; ou as autoimunes como a hepatite autoimune, cirrose biliar primária, colangite auto-imune^{12,13}.

A avaliação laboratorial deve incluir medições bioquímicas pela elevação dos níveis aminotransferases séricas, alanina do soro (ALT) ou aspartato (AST) e bilirrubina direta e indireta. Sorologicamente pela presença de hipergamaglobulinemia G policlonal e presença de autoanticorpos, sendo os anticorpos anti-nucleares (ANA ou FAN), anticorpo do músculo liso (SMA) e anticorpos de microssomas do fígado e do tipo 1 (anti LKM1) rim¹. Outros marcadores imunológicos para a HAI são os anticorpos contra antígenos citosólicos hepáticos (anti-LC1), antígenos solúveis hepáticos (anti SLA) e antígenos hepatopancreáticos (anti LP)¹⁴. Alguns autores, têm proposto os anti SLA e anti LP, como característicos de um terceiro tipo de HAI, embora o Grupo Internacional da Hepatite Autoimune, apenas os considere marcadores de HAI, quando os ANA, SMA e LKM 1 são negativos^{1,11,13}. Possível coexistência com outras doenças autoimunes extra-hepáticas e prevalência aumentada nos indivíduos portadores dos alelos de histocompatibilidade HLA B8, DR3, DR4^{15,16}.

Se recomenda a biópsia hepática na apresentação para esclarecer o diagnóstico e guiar a decisão do tratamento. Em indisponibilidade da biópsia hepática em apresentação aguda, não deverá impedir que inicie a

terapia. A hepatite de interface é a confirmação histológica, o infiltrado inflamatório inicia no espaço porta e depois penetra dentro do lóbulo hepático destruindo os hepatócitos periféricos. O achado histológico é específico para HAI, e a ausência de plasmócitos no infiltrado não exclui o diagnóstico. Os eosinófilos, inflamação lobular, necrose em ponte, e necrose multicêntrica podem estar presentes sendo de histologia extremamente agressiva.

Tabela 1. Critérios de diagnóstico para HAI.

Escore Diagnóstico para HAI					
Gênero		Marcadores virais		Fenótipos HLA	
Feminino	+2	Positivos	-3	DR3 ou DR4	+1
		Negativos	+3		
FA/AST (ou ALT)		Outros marcadores			
> 3 vezes	-2	anti SLA, anti actina, anti LC1, pANCA	+2		
< 1,5 vezes	+2				
Gamaglobulina/IgG		Hemotransfusão		Resposta ao tratamento	
> 2 vezes o normal	+3	Sim	-2	Completa	+2
1,5 - 2 vezes ou normal	+2	Não	+1	Recaídas	+3
1 - 1,5 vezes ou normal	+1				
< 1 vez ou normal	0				
FAN, AML ou anti-LKM1		Outra doenças autoimune		Álcool	
>1:80	+3	Tireoidite, colite ou outra	+2	< 25g/d	+2
1:80	+2			> 60g/d	-2
1:40	+1				
<1:20	0				
Anticorpo anti-mitocôndria		Achados Histopatológicos		Escore diagnóstico	
Positivo	-4	Hepatite de interfase	+3	Pré-tratamento	
		Plasmócitos	+1	Definitivo	>15
		Rosetas	+1	Provável	10-15
		Nenhum dos acima	-5	Pós-tratamento	
		Alterações biliares	-3	Definitivo	>17
		Alteração sugestiva de outra patologia	-3	Provável	12-17

Fonte: Adaptado de Alvarez F, Berg PA, Bianchi FB, et al. J Hepatol 1999; 31: 929-938.

Os granulomas raramente ocorre. Em todos, menos

nas formas mais leves, a fibrose está presente, e com a doença avançada, fibrose em ponte ou cirrose é visto. Os achados histológicos diferem dependendo da cinética da doença. Em comparação com pacientes com um início insidioso, pacientes com insuficiência hepática grave e exposição aguda mutuas e a hepatite lobular, desordem lobular, necrose dos hepatócitos, necrose central e necrose submaciça, mas menos fibrose e cirrose¹.

Os pacientes com HAI podem ser assintomáticos, em 34% a 45%. Normalmente, esses pacientes são homens e têm significativamente mais baixos níveis séricos de ALT na apresentação para os pacientes sintomáticos achados histológicos, incluindo a frequência de cirrose são semelhantes entre pacientes assintomáticos e sintomáticos. Porque até 70% de pacientes assintomáticos tornam-se sintomáticos durante o curso da doença, os pacientes assintomáticos devem ser seguidos por toda a vida, de preferência por um especialista, para monitorar as mudanças na atividade da doença¹.

O tratamento baseia-se no emprego de agentes imunossuppressores, como a prednisona isolada ou associada à azatioprina para diminuir os efeitos colaterais do corticoide, muitas vezes é bem sucedido para induzir a remissão da doença, e isto pode conduzir a uma expectativa de vida normal¹⁷. Todas as formas de HAI respondem ao tratamento, por isso é usada para todas as formas, sendo uma resposta muito rápida, onde é avaliada através da melhora dos sinais e sintomas, melhora dos índices laboratoriais de inflamação e da função hepática, sendo um critério importante para o diagnóstico a boa resposta ao tratamento com corticosteroides¹.

O prognóstico depende principalmente da severidade da hepatite, mas a resolução espontânea pode ser observada em até 20% dos pacientes com HAI, mas são frequentes as recaídas em torno de 50 a 86%, quando se suspende ou diminui a medicação^{1,17}. No entanto, a progressão para cirrose ocorre frequentemente na ausência de tratamento e outras complicações, e evoluem para óbitos em aproximadamente 5 anos. A cirrose hepática foi mais comum em pacientes mais jovens e mais velhos, com 43% de pacientes com idade entre 10 a 19 anos que têm cirrose ao diagnóstico de HAI⁶. Para aqueles com doença avançada e complicações, a consideração de um transplante de fígado é apropriado.

A corticoterapia é eficaz apenas em pacientes com quadro clínico, laboratorial ou características histológicas da inflamação hepática ativa. Pacientes com cirrose inativa não podem se beneficiar da terapia, e têm um maior risco de efeitos colaterais induzidos pela droga, porque a sua hipoalbuminemia associada, hiperbilirrubinemia, e shunt portossistêmico pode afetar a proteína transportadora, e levando a prednisona livre. Pacientes com diabetes instável, compressão medular, psicose ou osteoporose grave devem ser avaliados de forma crítica para um benefício do tratamento, antes de administrar

corticosteróides e azatioprina, deve ser evitado em pacientes com grave citopeniapré-tratamento, contagem de células brancas do sangue abaixo de $2,5L \times 10^9$ contagens/ou plaquetas abaixo de $50 \times 10^9/L$, ou deficiência completa da atividade conhecida de tiopurina metiltransferase¹.

4. CONCLUSÃO

A hepatite autoimune é uma doença relativamente rara, mas devastadora que progride rapidamente, por isso deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais das hepatopatias, para que o tratamento imunossupressor seja iniciado imediatamente para aumentar significativamente a sobrevida, para induzir a remissão da doença e reduzir e evitar a perda da função hepática evoluindo para uma cirrose e necessitando de um transplante.

Quando estamos diante de um paciente com alteração das enzimas hepáticas, devemos excluir primeiro as causas mais frequentes como álcool, medicamentos e vírus da hepatite B e C, porém é importante pensar nas outras etiologias menos frequentes como as de causas genéticas, autoimunes para fazer parte dos diagnósticos diferenciais, porque o diagnóstico é baseado na presença de achados clínicos, laboratoriais, histológicos e exclusão de outras causas de doença hepática crônica.

No caso relatado a paciente foi diagnosticada com hepatite autoimune, provavelmente do tipo I por ser mais frequente em 80% dos casos, mas antes foi feita a exclusão das etiologias mais frequentes. E o estudo histopatológico do fígado é complemento fundamental para o diagnóstico, principalmente para avaliar a agressividade da doença.

REFERÊNCIAS

- [1] Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, *et al.* AASLD Practice Guidelines: Diagnosis and Management of Autoimmune Hepatitis. *Hepatology* 51, 2010; 51:2193-213. *J Hepatology*. 2014; 60: 478-9.
- [2] Werner M., Prytz H, Ohlsson B, *et al.* Epidemiology and the initial presentation of autoimmune hepatitis in Sweden: a nationwide study. *Scand J Gastroenterol*. 2008; 43:1232.
- [3] Boberg KM, Aadland E, Jahnsen J, Raknerud N, Stiris M, Bell H. Incidence and prevalence of primary biliary cirrhosis, primary sclerosing cholangitis, and autoimmune hepatitis in a Norwegian population. *Scand J Gastroenterol*. 1998; 33: 99-103. *J Hepatology* 2014; 60:478-9.
- [4] Ngu JH, Bechly K., Chapman BA, Burt MJ, Barclay ML, Geary RB, *et al.* Population-based epidemiology study of autoimmune hepatitis: a disease of older women? *J GastroenterolHepatol* 2010; 25:1681-6. *J Hepatology* 2014; 60:478-9.
- [5] Porta G, Hirschfeld APM. Hepatite autoimune na infância. In: Mattos A.A, (editor). *Tratado de Hepatologia*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2010; 391-8. *Rev Bras Clin Med SP*. 2012; 10(3):253-5.

- [6] Carbone M, Mells GF, Pells G, Dawwas MF, Newton JL, Heneghan MA., *et al.* Sex and age are determinants of the clinical phenotype of primary biliary cirrhosis and response to ursodeoxycholic acid. *Gastroenterology*. 2013; 144: 560-9.
- [7] Gregorio GV, Portmann B, Karani L, Harrison P, Donaldson PT, Vergani D, *et al.* Autoimmune hepatitis/sclerosing cholangitis overlap syndrome in childhood: a 16-year prospective study. *J Hepatology*. 2001; 33:544-53.
- [8] Bittencourt PL, Couto CA. Hepatite Autoimune no Adulto. In: Mattos A.A, (editor). *Tratado de Hepatologia*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio. 2010; 373-89.
- [9] McFarlane IG. Definition and classification of autoimmune hepatitis. *Sem. Liv. Dis*. 2002; 22:317-24.
- [10] Johnson PJ, MacFarlane IG, Alvarez F, *et al.* Meeting Report: International Autoimmune Hepatitis Group. *Hepatology*. 1993; 18:998-1005.
- [11] Alvarez F, Berg PA, Bianchi FB *et al.* International autoimmune hepatitis group report: review of criteria for diagnosis of autoimmune hepatitis. *J Hepatol*. 1999; 31:929-38.
- [12] Daniel SP, Marshall MK. Evaluation of abnormal liver-enzyme results in asymptomatic patients. *N Engl J Med*. 2000; 42: 1266-71.
- [13] Czaja AJ. Autoimmune hepatitis. *Liver Disease, Curr Opin Gastroenterol* 2002;18: 334-344. *J Hepatology*. 2014; 54: 374-85.
- [14] Gossard AA, Lindor KD. Autoimmune hepatitis: a review *J Gastroenterol*. 2012; 47:498-503.
- [15] Payne JA. Chronic hepatitis: pathogenesis and treatment. *DisMon* 1988; 34:109-59. *J. Pediatrics*. 2002; 78(4).
- [16] Maggiore G, Bernard O, Homberg JC, Hadchouel M, Alvarez F, Hadchouel P, *et al.* Liver disease associated with anti-liverkidneymicrosome antibody in children. *J Pediatr*. 2002; 76(4).
- [17] Czaja AJ. Drug therapy in the management of type 1 autoimmune hepatitis. *Drugs* 1999; 57:49-68.

