

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –  
FACENE/RN

JÉSSICA LARISSA DOS SANTOS COSTA

**CONDUTAS DE ENFERMAGEM JUNTO AO PACIENTE PORTADOR DE  
CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA NO ATENDIMENTO HOSPITALAR**

MOSSORÓ-RN

2015

JÉSSICA LARISSA DOS SANTOS COSTA

**CONDUTAS DE ENFERMAGEM JUNTO AO PACIENTE PORTADOR DE  
CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA NO ATENDIMENTO HOSPITALAR.**

Monografia apresentada à Faculdade de  
Enfermagem Nova Esperança de  
Mossoró como exigência parcial para  
obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem

ORIENTADOR: Prof. Esp. Carlos Augusto da Silva Almeida

MOSSORÓ-RN

2015

JÉSSICA LARISSA DOS SANTOS COSTA

**CONDUTAS DE ENFERMAGEM JUNTO AO PACIENTE PORTADOR DE  
CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA NO ATENDIMENTO HOSPITALAR.**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró pela aluna JÉSSICA LARISSA DOS SANTOS COSTA, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, tendo obtido o conceito \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Esp. Carlos Augusto da Silva Almeida (FACENE/RN)  
ORIENTADOR

---

Profa. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)  
MEMBRO

---

Profa. Ma. Kaldia Felipe de Lima Costa (FACENE/RN)  
MEMBRO

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Jesus pela força diária e ter me dado a capacidade mental, psicológica e física pela conclusão da minha graduação que era um grande sonho, por nunca ter me deixado faltar nada e por alimentar a minha fé e seu imenso amor por mim.

Ao meu esposo Huan Tardelly pela força, pelos estímulos, por estar sempre ao meu lado apesar de todas as dificuldades enfrentadas e por ser um ótimo pai para o meu amado filho Bernardo que é a razão da minha vida e me faz ter vontade de viver. Vocês me mostraram o verdadeiro sentido de viver. Aqui na terra, dedico exclusivamente a vocês.

A minha amada mãe, que já habita o reino dos céus, Maria De Lourdes, que me fez ser quem eu sou que nunca me deixou faltar amor, carinho e educação, o suficiente para me tornar uma pessoa de bom caráter. Sinto muito a sua falta, mas sei que Jesus está contigo.

Ao meu amado pai, que hoje está presente em minha vida e devo grande parte do meu caráter.

Aos anjos que consegui encontrar verdadeiramente nessa vida, que posso chamar de amigos. Que me ajudaram no fortalecimento nas dificuldades. Sempre estarei disponível para qualquer situação.

Aos meus amados professores pelo aprendizado repassado, pelo empenho mesmo chegando cansados de outros turnos, não deixavam de repassar todo o seu conhecimento com muito amor e empolgação. **PARABÉNS!**

A Vanessa Camilo, pela paciência, pela pessoa que sempre foi comigo, quando eu dizia que não ia dá tempo, chegava com sua calma sempre me dando forças e mostrando que eu podia. Por ser essa pessoa que está nesta profissão por que gosta de trabalhar com pessoas e sabe fazer isso muito bem, independente de tudo. Muito obrigada!

E para finalizar, ao meu orientador Carlos Augusto, que conseguimos construir uma amizade apesar de alguns impasses. Estou muito satisfeita com o resultado do meu trabalho, mas isso não poderia ter acontecido, se você não tivesse me ajudado e me orientado com paciência (às vezes não. rs) e dedicação.

É uma grande honra chegar até aqui, pois não acreditava que eu teria condições para isso, mas Jesus mais uma vez me mostrou que vencer é uma dádiva que ele doa para quem caminha ao seu lado, com joelhos no chão e muita oração. Então, hoje inicia uma longa caminhada, e tenho certeza, que se depender da formação que tive, será com muito sucesso e conhecimento. Que Jesus continue abençoando todos nós e seja feita a Tua vontade. **AMÉM!**

Eu, porém, vos digo: Amai a vossos inimigos, bendizei os que vos maldizem, fazei bem aos que vos odeiam, e orai pelos que vos maltratam e vos perseguem; para que sejais filhos do vosso Pai que está nos céus; (MATEUS 5:44)

## RESUMO

A Cirrose Hepática pode ser consequência de vários fatores etiológicos, como hepatites crônicas, etilismo, doenças metabólicas, processo autoimune e entre outras. Percebendo-se a necessidade de uma implantação de cuidados para com o portador de cirrose hepática alcoólica, torna-se fundamental uma assistência de qualidade a ser prestada. A enfermagem representa a maior equipe de profissionais em um ambiente hospitalar, fazendo com que o enfermeiro seja interativo e ter capacidade de lidar com diversas categorias profissionais e diferentes patologias. Essa pesquisa tem como objetivo, analisar as condutas de enfermagem na elaboração do plano de cuidado ao paciente portador de cirrose hepática alcoólica no ambiente hospitalar. É um estudo do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, a população foi composta pelos enfermeiros que atuam na Clínica Médica e UTI do hospital, e a amostra foi feita por 20 profissionais. Foi utilizado como instrumento, roteiro de entrevista, do tipo semiestruturado. A coleta de dados foi realizada a partir de uma entrevista gravada por um aparelho eletrônico. A análise dos dados qualitativos foi feita utilizando a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo. A pesquisa foi submetida antecipadamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, como preconiza a resolução 466/12 e resolução 311/2007. A pesquisa apresentou que 20 profissionais de enfermagem, a maioria do sexo feminino, com idades entre 25 a 52 anos, variando de 3 a 25 anos de profissão. Onde 12 entrevistados foram da Clínica Médica e 8 entrevistados da UTI, sendo 16 participantes com algum tipo de especialização. Na fase qualitativa os resultados foram, Doença causada pela ingestão excessiva de álcool, sintomas como icterícia, náuseas, ascite, fadiga e edema nos membros inferiores, sistematização de enfermagem é um instrumento cabível para qualquer paciente, diagnóstico por um exame clínico, físico e exames de imagem, retirar o agente agressor, tratamento medicamentoso e controle do peso, conhecer hábitos, histórias pregressas, tratando-o de maneira individual, Essa realidade não permite que a SAE saia do papel, sobrecarga de trabalho, falta de recursos, altas demandas de pacientes. Em suma, o enfermeiros não são qualificados para realizar a elaboração da sistematização da assistência, ou por falta de interesse ou devido a sobrecarga de atividade que impede a realização desta.

**Palavras-Chave:** Cirrose hepática Alcoólica. Assistência de Enfermagem. Sistematização da Assistência em Enfermagem.

## ABSTRACT

The cirrhosis may be due to various etiological factors such as chronic hepatitis, alcoholism, metabolic diseases, autoimmune process and so on. Realizing the need of implementation of care for the patient with alcoholic liver cirrhosis, it is essential to quality care to be provided. Nursing is the largest team of professionals in a hospital setting, causing the nurse to be interactive and have ability to handle various professional categories and different pathologies. This research aims to analyze the nursing guideline in developing the care plan for patients with alcoholic liver cirrhosis patient in the hospital. It is a study of descriptive and exploratory with a qualitative approach. The research will be held at Regional Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia, the population will be composed of nurses working in Medical Clinic and Hospital ICU, and the sample will be made by 20 professionals. It will be used as an instrument, an interview script, the semi-structured type. Data collection will be carried out from an interview recorded by an electronic device. The qualitative data analysis will be done using the collective subject discourse technique. The research will be submitted in advance for approval by the Research Ethics Committee of the New Hope Nursing College, as recommended by the Resolution 466/12 and Resolution 311/2007. The survey shows that 20 nurses, mostly female, aged 25-52 years, ranging from 3 to 25 years of occupation. Where 12 respondents were of the Medical Clinic and 8 respondents from the ICU, 16 participants with some kind of expertise. In the qualitative phase the results were disease caused by excessive alcohol intake, symptoms such as jaundice, nausea, ascites, fatigue and edema in the lower limbs, nursing systematization is an appropriate instrument for any patient, diagnosed by a clinician, physical examination and tests image, removing the offending agent, drug treatment and weight control, knowing habits, stunted stories, treating it individually, This reality does not allow the SCN leave the paper, work overload, lack of resources, high demands of patients. In short, nurses are not qualified to perform the preparation of systematization of care, or lack of interest or because of overhead activity that prevents the realization of this.

**Keywords:** Alcoholic liver cirrhosis. Nursing care. Systematization of care in nursing

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	10
1.2 HIPÓTESE .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>12</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	12
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO .....	12
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>13</b>
3.1 FISIOLOGIA HEPÁTICA .....	13
3.2 CIRROSE HEPÁTICA .....	15
3.3 CIRROSE HEPÁTICA ALCOOLICA.....	17
3.4 ENFERMAGEM ASSISTENCIAL .....	20
<b>4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	<b>23</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	23
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	24
4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS PARA COLETA DE DADOS.....	24
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	25
4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO .....	25
4.8 FINANCIAMENTO.....	26
<b>5 ANÁLISE E DISCURSÕES DOS DADOS</b> .....	<b>27</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>43</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>45</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>50</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Mediante a análise das estatísticas sobre o uso abusivo do álcool, percebe-se claramente a necessidade de se dar mais ênfase para este assunto. Já que alcoolismo é um fator importante para sérios problemas sociais e de outras esferas, como a da segurança pública. Pesquisas realizadas em 107 cidades brasileiras revelaram que no ano de 2001, o uso do álcool em algum momento da vida, atingia 68% dos indivíduos na faixa etária entre 18 a 24 anos, sendo que 15,5% eram completamente dependentes (IMAI; COELHO; BASTOS, 2014).

Ainda sobre o tema, em uma amostra de 2.411 entrevistas realizadas, percebeu-se que 6,6% dessa população tinham certa dependência do álcool. Dois anos depois, a mesma população foi entrevistada novamente, e foi constatado um aumento significativo para 9,4% de dependentes. Sendo que a prevalência destes dependentes foi mais alta nas regiões Norte e Nordeste, com porcentagens de 16%. Além disso, foi constatado que no Brasil, 5,2% dos adolescentes com idades entre 12 e 17 anos, eram dependentes. E no Norte e no Nordeste, esta proporção sobe para 9% (GALDURÓZ; CAETANO 2004).

Devido a estes grandes índices, doenças relacionadas ao uso excessivo do álcool, foram ficando mais evidentes na população mundial. Uma delas e a mais comum entre estas pessoas é a Cirrose Hepática - CH, que consiste em uma hepatopatia crônico-degenerativa que pode acarretar sérios danos a diversos sistemas do organismo ocasionando inflamação, acúmulos de proteínas celulares, esteatose e fibrose. Trata-se, portanto, de uma doença de evolução insidiosa, com quadro clínico que pode variar de inespecífica a assintomática (FLORES; LEMME; COELHO 2005).

O uso excessivo do álcool produz uma substância extremamente tóxica denominada de acetaldeído, que uma vez liberada, pode ocasionar danos graves e muitas vezes irreversíveis ao fígado, expondo-o a quatro fases distintas. A primeira caracteriza-se pelo acúmulo de gordura no fígado (esteatose hepática); a segunda é a fase inflamatória aguda do órgão (hepatite aguda alcoólica); a terceira é formação de tecido fibroso; e a quarta e última, é a fase da cirrose hepática (BASSOTO et al, 2012).

Uma vez que confirmada essa patologia, precisa-se de um aumento da intensidade do cuidado, de uma equipe multiprofissional onde requer uma atenção contínua e intensa com o objetivo de maximizar a função hepática, controlar infecções e prevenir complicações. Em seguida, torna-se possível estimar o seu prognóstico, classificando tanto pela história clínica da doença, quanto por medidas quantitativas, representada pela classificação da escala de Child-Turcotte-pugh, por exemplo, onde avalia os valores totais da Bilirrubina, Albumina Sérica, Tempo de Protombina, Ascite e a Encefalopatia Hepática. (ROCHA; PEREIRA; 2007)

Esta doença tem um papel importante quando se diz respeito à saúde mundial e principalmente pública, apresentando a maior prevalência em países que estão em desenvolvimento, pois é de um custo muito alto. De uma gravidade tão alta, que é considerada a segunda causa para transplante hepático no mundo, perdendo apenas para a Hepatite C. Dados revelam que nos Estados Unidos, a cirrose hepática representa a oitava causa de morte, e na Itália, a sua taxa de mortalidade é de 25,5/100.000 habitantes. No Brasil, revelam dados epidemiológicos gerados, em sua maioria, pelos atestados de óbitos, onde informa que do ano de 1991 a 2001, a taxa de mortalidade permaneceu em 7,5/100.000 habitantes. (ROCHA, PEREIRA 2007)

Desde a sua invenção, a enfermagem vem sendo reconhecida por exercer um trabalho satisfatório. Então, é notória a necessidade de projetos em unidades de saúde e em ambientes hospitalares, unificando uma comunicação entre a equipe de enfermagem, garantia da continuidade da assistência, favorecendo para uma boa avaliação do que está sendo prestado e de seus resultados, para que seja implantado novamente (OLIVEIRA; SILVA 2010).

Pelo fato, houve-se a necessidade de um atendimento com qualidade para estes portadores e a padronização da assistência de enfermagem. A partir daí, começaram as criações de instrumentos de trabalhos que proporcionam uma linguagem unificada e dinâmica. Sendo eles: Os sistemas de classificação de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association - NANDA*), Classificação das Intervenções de enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*) (VARGAS; FRANÇA 2007).

Então, viu-se a necessidade de aderir a esta ferramenta de trabalho tão importante, mesmo que a patologia não dispõe de cura, como a Cirrose Hepática. A implantação de quaisquer tratamento e intervenção vem no intuito de deter a progressão da mesma. Mudanças estas, que vem da não ingestão de bebidas alcoólicas, a mudanças de hábitos alimentares e qualidade de vida (VARGAS; FRANÇA 2005).

Portanto, considerando toda a sua sintomatologia e os auto-custos para a economia do país, é obrigatório elaborar esforços e estratégias para minimizar este agravo, com o objetivo de melhorar o prognóstico dos indivíduos acometidos e prevenir os que ainda não fazem parte desse grupo. Então, é importante avaliar a importância de entender esse processo de cada patologia, para que o plano de cuidado seja implantado de maneira correta e satisfatória. Pois o profissional de enfermagem é responsável pela prestação de cuidados contínuos a este indivíduo, desde o seu estado mais estável ao mais crítico. Além do mais, a cada dia, surgem novos procedimentos, novas tecnologias, novas condutas, onde é dever de todo profissional da saúde acompanhar lado a lado, pois são procedimentos que implicam na promoção da saúde de toda a população (BASSOTO et al, 2012).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Um dos motivos pelos quais foi escolhido abordar o tema, viera de uma experiência hospitalar, onde foi percebida a desatenção de certos profissionais da saúde para com o paciente portador de cirrose hepática. Salientando que este órgão uma vez afetado, dificulta a homeostase do mesmo, agravando o seu quadro clínico. Onde não foi visto nenhuma implantação de plano de cuidados.

Causas pessoais também serviram como estímulo para o aprofundamento deste estudo.

Então, diante desta dificuldade citada, o intuito desta pesquisa é contribuir de maneira significativa para a academia, bem como para a sociedade que tem interesse em conhecer como é a realidade de um paciente portador desta patologia e como uma boa intervenção de enfermagem contribuiria para reversãodesse quadro.

## 1.2 HIPÓTESE

Sabe-se que a enfermagem precisa aderir mais a prática da elaboração do plano de cuidado, independentemente da patologia, pois as particularidades inerentes a cada quadro clínico específico nos obrigam a realizar uma assistência em caráter singular. Entretanto, acredita-se que essa não seja característica encontrada na realidade, pois se baseia em um modelo de serviço ideal, sendo a prática algo ainda muito distante desse objetivo, onde à sobrecarga de trabalho, o mau dimensionamento do serviço, dentre outros fatores, acabam forçando os profissionais a ficarem limitados a realizar uma prática mais mecânica, empírica e generalizada, onde os prejudicados, são aqueles que estão debilitados e muitas vezes, não tem a capacidade de realizar o auto-cuidado. Com isso, aumentando a probabilidade de um agravamento do seu quadro clínico, uma vez que poderia ser reversível.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Analisar as condutas de enfermagem na elaboração do plano de cuidado ao paciente portador de cirrose hepática alcoólica no atendimento hospitalar.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre os eventos anatomo-fisiopatológicos, as manifestações clínicas, tratamento e meios de diagnóstico da Cirrose Hepática Alcoólica;
- Verificar a implementação da sistematização da assistência de enfermagem aos portadores de cirrose hepática alcoólica.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 FISIOLOGIA HEPÁTICA

Anatomicamente, o fígado é o maior órgão interno do corpo, situado no hipocôndrio direito, com borda superior na altura da quinta costela. É mantido em sua posição, pelos pedículos vasculares e pelos ligamentos falciformes. É dividido em lobos direito, esquerdo, caudado e quadrado, situando-se a vesícula biliar na parte inferior do lobo direito (BRASILEIRO FILHO, 2006).

É um órgão muito complexo que realiza várias funções vitais, muitas das quais ainda não podem ser substituídas pelas mais modernas tecnologias terapêuticas, recebendo cerca de 25% do débito cardíaco total. O seu peso, quando adulto, varia entre 1.400 a 1.600 kg, constituindo 2,5% a 4,5% do peso corporal, possuindo um suprimento sanguíneo duplo, vindo da veia porta, onde fornece de 60% a 70% do fluxo, e a artéria hepática, que fornece de 30% a 40%. A veia porta e a artéria hepática própria entram no fígado pelo hilo, que internamente seguem paralelamente, ramificando-se de modo variável, juntamente com os ductos biliares, até 17 a 20 ordens de ramos, onde cerca de 20% do seu fluxo, é rico em O<sup>2</sup> (KUMAR et al, 2010).

O autor supracitado Kumar et al (2010) ressalta os hepatócitos, que são as células mais importantes do fígado, onde constituem cerca de 2/3 da sua massa, ou seja, representando uma dimensão de 80% do órgão, são organizados em lâminas, estendidos dos tratos portais até as veias hepáticas terminais. Sendo uma das células mais ricamente perfundidas do organismo, por serem banhados pelo sangue arterial hepático e venoso portal, enriquecendo-o de oxigênio e nutrientes. Essa grande predominância de hepatócitos oferece ao fígado certa consistência e uma pouca resistência a traumatismos, sendo considerado um órgão friável, também porque possui pouco tecido conjuntivo, podendo resultar facilmente em laceração do mesmo.

Este órgão é responsável por múltiplas funções, destacando-se a regulação do metabolismo de diversos nutrientes, papel imunológico, armazenamento de vitaminas e ferro, degradação hormonal e a inativação e excreção de drogas e toxinas. Sintetizando quase todas as proteínas plasmáticas mais importantes como,

albumina, fatores de coagulação e fibrinolíticos, diversos fatores de crescimento, entre outros. Podendo também, sintetizar todos os aminoácidos não essenciais e outros peptídeos de menor tamanho, dos quais se destaca a glutatona, onde cerca de 90% é armazenada no fígado (NUNES, MOREIRA, 2007).

Além de toda a sua utilidade, ainda tem a grande capacidade de regeneração, ocorrendo o crescimento tecidual extremamente ordenado e organizado. Esse processo é ativado quando ocorre a perda do parênquima hepático, induzido por um processo cirúrgico, químico ou mecânico. Daí desencadeia um processo regenerativo, ocorrendo uma hiperplasia celular no parênquima remanescente, de forma precisa, onde todas as células hepáticas (hepatócitos, células endoteliais, de Kupffer, de Ito e ductais), proliferam-se até que a massa hepática seja completamente restaurada, atingindo o seu peso original, podendo haver uma variação de 5 a 10 %. (JESUS, WAITZBERG, CAMPOS, 2000).

Então, Jesus, Waitzberg, Campos (2000), informam que o processo regenerativo ocorre de 12 a 16 horas após a hepatectomia parcial, ocorrendo uma onda de mitoses. Quando se inicia a proliferação dos hepatócitos, é liberados fatores de crescimento nomeado como Fator de Crescimento do Hepatócito (HGF), Fator Transformador do Crescimento-alfa ( $\mu$ -TGF), Fator de Crescimento Epidérmico (EGF) e Fator de Crescimento de Fibroblastos (FGF), onde acabam estimulando a regeneração das outras células hepáticas. Além desse grande processo proliferativo, estas células ainda possuem a incrível capacidade de manter simultaneamente todas as funções para a manutenção da homeostase, como a regulação do nível glicêmico, fatores de coagulação, secreção da bile, biodegradação de compostos tóxicos, entre outros.

Além do mais, comporta a vesícula biliar, que fica situada entre o lobo direito e o lobo quadrado, dividindo-se em fundo, corpo, infundíbulo, colo e ducto cístico, onde é armazenada a bile, que é um fluido produzido pelo fígado, cerca de 1 litro por dia, tendo a capacidade de armazenar cerca de 20 a 50 ml, atuando na digestão e degradação de gorduras. A bile é uma substância amarga, sendo constituídos 85% de água, 10% de bicarbonato de sódio, 3% de pigmentos, 1% de gordura, 0,7% sais inorgânicos e 0,3% colesterol. Ela é excretada pelo fígado, segue os ductos biliares, passando pela vesícula, indo para o duodeno, fazendo a emulsão da gordura. Isto ocorre, cerca de 30 minutos após a ingestão de alimento. Estes constituintes da bile

são importantes auxiliares digestivos, porém, podem precipitar o aparecimento das colelitíases (DANGELO, FATTINI, 2007).

### 3.2 CIRROSE HEPÁTICA

A Cirrose Hepática pode ser consequência de vários fatores etiológicos, como hepatites crônicas, etilismo, doenças metabólicas, processo autoimune e entre outras. É uma doença de evolução insidiosa, geralmente assintomática, ou podendo aparecer com sintomas inespecíficos até na fase avançada, dificultando o diagnóstico precoce. Onde, as maiores causas de morte por Cirrose hepática, é por consequência da insuficiência hepatocelular, podendo causar uma súbita destruição hepática ou uma agressão aos hepatócitos. Para que realmente essa falência venha a acontecer, precisa-se de 80 a 90% de comprometimento da sua capacidade funcional. Entre as várias consequências clínicas, vale ressaltar a icterícia, hipoalbuminemia, alteração do metabolismo de estrogênios, coagulopatia e a encefalopatia hepática (LIDA et al, 2005).

De acordo com Lida et al (2005), apresenta uma grande consequência, como a hipertensão portal (HP), que é definida pelo aumento da pressão da veia porta e pela formação de colaterais portossistêmicas, através das quais ocorre desvio do fluxo sanguíneo portal para a circulação sistêmica, acima de 5 ou 6 mmHg. Também, a associação desta patologia com o desenvolvimento de um carcinoma hepatocelular (CHC) é bastante comum. Pois o processo cirrótico pode favorecer para uma condição pré-neoplásica independentemente de sua etiologia. Este Carcinoma é caracterizado como um dos tumores mais freqüentes no aparelho digestivo, sendo bastante agressivo. Se for detectado na fase sintomática, o paciente tem uma sobrevida muito pequena se não for realizado nenhum tratamento, sendo que nessa fase, os tratamentos oferecidos são limitados e pouco eficazes.

Uma das principais complicações da HP é a hemorragia digestiva pela ruptura das varizes gastroesofágicas, exercendo um papel fundamental na patogênese da ascite. Que se trata de uma das complicações mais comuns da cirrose, ocorrendo em torno de 50% do pacientes, empobrecendo o prognóstico dos mesmos, uma vez que confirmada, aumentando a sua mortalidade. A avaliação da presença da HP pode ser feita a partir de dados clínicos, laboratoriais, procedimentos endoscópicos

e magnéticos, mas a sua medida é o procedimento mais preciso para a sua real elevação. Então, é preferido o método indireto, utilizando pontos de referências internos, como a pressão da veia cava inferior, onde determina uma gradiente de pressão portal. Este método reflete de forma fidedigna, pois a pressão venosa portal é a pressão venosa hepática ocluída, pois ocluindo-se um ramo da veia hepática, a pressão medida será a do espaço sinusoidal (DITTRICH et al, 2010).

Andrade Junior et al (2009) relata que a ascite, é a consequência mais comum na CH. Que é um processo final de uma série de anormalidades anatômicas, fisiopatológicas e bioquímicas. Que consiste em um acúmulo de líquido na cavidade peritoneal, sendo mais suscetível a desenvolver uma infecção bacteriana aguda neste líquido, denominada peritonite bacteriana espontânea. Com isto, foram elaboradas três teorias que estão presentes nos pacientes cirróticos em maior ou menor grau, independente da fase e do tempo de doença, que são: Teoria "underfill" (baixo-enchimento), que esclarece os vários achados já em pacientes com vários meses da ascite; A Teoria "overflow" (super-fluxo), é a mais importante nos primeiros meses da evolução da ascite no paciente cirrótico; e a vasodilatação, que se apresenta na fase pré-ascítica e é importante para a evolução posterior.

Onde acaba ocorrendo que, na fase inicial da CH, acontece a vasodilatação periférica e retenção renal de água e sódio, em seqüência, aconteceria à fase "overflow" e o acúmulo de fluido para a cavidade peritoneal, grande parte vindo da superfície hepática. Em seguida, com a formação da ascite, a vasodilatação periférica começa a ficar prejudicada e a fase "underfill" assume um papel relevante, ocorrendo uma queda do volume circulante e estimulação permanente dos sistemas vasopressores, ocasionando a uma retenção de água e sódio contínua pelos rins. Então, a capacidade de drenagem linfática abdominal e principalmente a limitação da drenagem linfática hepática, acabam contribuindo para o acúmulo final de líquido na cavidade peritoneal. Com isto, mediante a um paciente com ascite, podemos detectar qual a fase atuante de forma predominante naquele determinado momento (ANDRADE JUNIOR et al, 2009).

Portanto, vários métodos de avaliação da função hepática, foram desenvolvidos, sendo um dos mais úteis e práticos de usar, é a escala de Child-pugh, onde avaliam as medidas de albumina e bilirrubina séricas, presença da ascite, encefalopatia e estado nutricional. Cada um apresenta um valor como

referencia, e a soma destes valores, determinam a gravidade da cirrose. Como por exemplo: Um valor total menor que 6, considera-se grau A (Child A), indicando que a doença está bem compensada; Já de 7 a 9 pontos em seu valor total, indica que o paciente é de grau B (Child B), significando que o mesmo já está com acentuado comprometimento funcional; E marcando de 10 a 15 pontos, é considerado de grau C (Child C), informando que a doença já está descompensada (FONTES; NECTOUX; EILERS, 1997).

Então, considera-se de certa gravidade um tempo de protrombina (TP) superior a 2,5 segundos do controle, Bilirrubina total superior a 3,5mg/dL e Fosfatase alcalina acima de 70 UI. Ressaltando que pacientes com TP de 2,5 segundos do controle e com a presença da ascite, as chances da mortalidade aumentam (FONTES, NECTOUX, EILERS, 1997).

### 3.3 CIRROSE HEPÁTICA ALCOOLICA

A correlação entre a cirrose hepática com o alcoolismo é conhecida mundialmente, sendo uma droga de abuso muito comum em diversos países. Procede-se em surtos repetidos, ocorrendo uma necrose hialina e infiltração de polimorfonucleares, surgindo após anos de consumo excessivo de álcool. Estudos informam que em 2002, cada português ingeriu em torno de 9,8 litros de álcool puro, tendo uma queda relevante, comparando com o ano de 1997, onde foram ingeridos em média de 11,3 litros e 10,8 litros no ano 2000 (GONÇALVES, 2009).

De acordo com Gonçalves (2009) existe uma dose limiar de álcool diário para que se tenha um diagnóstico de CH. Os dados referem à exigência do consumo de 80 gramas de etanol por dia, durante 10 a 20 anos, correspondendo a aproximadamente 1 litro de vinho, 8cervejas de tamanho padrão ou meio litro de licor forte por dia. As mulheres são mais susceptíveis a aderir a essa patologia, pois elas desenvolvem uma lesão hepática em fase avançada com uma ingestão alcoólica consideravelmente menor. Isso se deve, principalmente, pela redução da atividade da Enzima Álcool Desidrogenase (ADH) gástrica, levando a uma diminuição do metabolismo gástrico do etanol.

Este metabolismo dá-se a vias metabólicas oxidativa e não oxidativa, sendo a primeira que exerce um papel fundamental, sendo metabolizados nos hepatócitos

por dois sistemas, pela enzima ADH e pelo sistema microssomal de oxidação do etanol (MEOS). Sendo que, cada um desses sistemas quando ativados, causam alterações metabólicas e tóxicas, levando a produção de acetaldeído. Essa produção é aumentada principalmente, quando a inserção do álcool é feita de estomago vazio, diminuindo assim, a produção do ADH (BUCHO, 2012).

Portanto, em uma fase avançada da doença, uma série de patologias subseqüentes vem à tona. Como por exemplo, a encefalopatia hepática, que consiste em uma complicação neurológica bastante freqüente nos hepatopatas. Sendo caracterizadas por um edema cerebral que se inicia ainda na fase mínima, aumentando nas outras fases. Podendo apresentar um distúrbio de atenção, alteração no sono e distúrbios motores, que progridem de uma simples letargia a estupor ou coma, sendo potencialmente reversível, nos casos de um tratamento satisfatório ou após um transplante hepático (STRAUSS, SILVA, [2011]).

O autor supracitado Strauss, Silva ([2011]) informa que alguns fatores acabam contribuindo para um aumento significativo deste edema, como a amônia e a indução do estresse oxidativo e nitrosativo, alterando expressões gênicas, tendo alterações protéicas, podendo levar a uma disfunção neuronal. Onde o excesso de citocinas inflamatórias, uso de benzodiazepínicos e distúrbios hidroeletrólíticos, são fatores que o promove. Aumentando assim, o maior sistema neuroinibitório, Ácido gama-aminobutírico o GABA, e deixando com uma considerável carência de zinco, que é um fator necessário para as enzimas do ciclo da uréia.

Ou seja, essa doença acontece porque o fígado perde a sua capacidade funcional, onde não consegue realizar a metabolização das substâncias, com isso, prejudicando o cérebro e ocasionando uma lesão no parênquima, sendo a amônia, seu principal causador. A amônia é originada no intestino, mas nos rins também ocorre o seu controle, de tal maneira, que a expansão plasmática ocasiona uma maior excreção da uréia, reduzindo assim, a intensidade da encefalopatia (DAMIANI et al, 2013).

Então, segundo Damiani et al (2013), uma redução dos níveis da amônia, é uma maneira para um resultado satisfatório. Essa redução é feita com o uso de alguns antibióticos, que quando associados a uma substância chamada lactulona, reduz o PH do cólon, favorecendo a uma conversão de amônia em amônio, aumentando a produção de lactobacilos não produtores de amônia.

Além disso, é importante ressaltar também sobre outra complicação frequente que é a Síndrome Hepatorrenal (SHR), que é possível afetar até 18% dos pacientes cirróticos com a presença da ascite durante o primeiro ano de surgimento, chegando a atingir até 39% após cinco anos, reduzindo assim, a sua sobrevivência. Ela é decorrente da formação da ascite, que faz a vasoconstrição renal, onde resulta em uma diminuição de filtração glomerular, enquanto na circulação externa, há um predomínio de vasodilatação, ocasionando uma hipotensão sistêmica (COSTA et al, 2013).

Dividindo-se em dois tipos, de acordo com Costa et al (2013).

- SHR 1, apresenta-se de forma aguda, a mais comum na cirrose hepática, pois apresentam alterações consideráveis de coagulação. Ela tem uma evolução rápida, apresentando oligúria e anúria. Tendo um prognóstico muito ruim, aumentando sua taxa de mortalidade para mais de 50% em um prazo de um mês. Ocorrendo o aumento da creatinina sérica, para um nível maior que 2,5 mg/dL, ou uma redução do clearance de creatinina para um valor menor que 20mL/min, em um período de duas semanas. Juntamente com a hipotensão da cirrose, estes pacientes podem necessitar de drogas para melhorar a força de contração do músculo cardíaco, como os inotrópicos ou vasopressores.
- SHR 2, apresentando-se de forma crônica, caracterizado pela insuficiência renal, com um aumento considerável da creatinina e uréia dentro de dias, mas a sobrevivência é maior que no primeiro caso. Sendo os pacientes com ascite volumosa resistentes a diuréticos. Tendo os níveis de creatinina sérica em mais de 1,5 mg/dL ou por uma diminuição de creatinina inferior a 40 mL/min e um sódio urinário menor que 10mmol/L. Ou seja, o paciente apresentando uma ascite refratária a diuréticos, e os rins não conseguem expelir o sódio suficiente, sendo uma característica de um comprometimento renal. Ambas podem reverter o quadro, com um transplante de fígado.

Sobretudo, deve-se procurar um breve diagnóstico para com o portador desta patologia, já que o tratamento precoce pode haver uma reversão deste quadro. Ou

seja, uma atenção deveria existir já que se trata de uma doença incapacitante, tanto da parte profissional, como familiar (GONÇALVES, 2009).

### 3.4 ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

A enfermagem representa a maior equipe de profissionais, fazendo com que o enfermeiro seja interativo e possua capacidade de lidar com diversas categorias profissionais e diferentes patologias. Com isto, aparece a obrigação do aperfeiçoamento em cada situação proposta, para uma melhor adequação, aprimorando a prática do cuidado para com o paciente, família ou comunidade (OLIVEIRA et al, 2009).

Essa profissão reflete em uma preocupação de padronizar uma assistência, facilitando uma interação com os outros profissionais, sendo confirmado após a resolução COFEN número 358/2009, afirmando que a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada, onde são divididas em algumas etapas. Esta aplicação proporciona ao enfermeiro, uma assistência individualizada, visando às necessidades humanas básicas (ANDRADE, VIEIRA, 2005).

Então, de acordo com Tannure, Gonçalves (2009), as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem incluem:

- 1º Etapa: Investigação – Onde consiste numa coleta de informações referentes ao estado de saúde do paciente, da família e da comunidade, com a finalidade de descobrir os problemas, as necessidades, preocupações e reações humanas desse paciente.
- 2º Etapa: Diagnóstico de Enfermagem – Essa etapa analisa todos os dados coletados na primeira etapa e interpretado por um profissional enfermeiro com capacidade de análise, julgamento, de síntese e percepção.
- 3º Etapa: Planejamento da Assistência – Nesta etapa é estabelecido as prioridades para os problemas, a fixação dos resultados com o cliente, a fim de minimizar ou evitar problemas; O registro escrito de

diagnóstico de enfermagem, dos resultados esperados e das prescrições de enfermagem.

- 4º Etapa: A implementação – É uma ação prescrita e necessária à obtenção dos resultados esperados, definidos durante o planejamento, envolvendo também a comunicação do plano de cuidados a todos os participantes do atendimento ao cliente.
- 5º Etapa: Avaliação – É onde existe o acompanhamento das respostas apresentadas pelo paciente sobre o tratamento realizado. O enfermeiro avalia os resultados e corrige se necessário.

Com isto, é correto afirmar que a enfermagem exerce um papel importante, onde tem a liberdade de diagnosticar e implantar seus planos de cuidados, conseguindo prestar uma assistência planejada e fundamentada em conhecimentos, à espera de resultados satisfatórios. Esta assistência é baseada em um modelo próprio, construída pelos profissionais de enfermagem, favorecendo a junção da teoria à prática (REPPETTO, SOUZA, 2005).

Percebendo-se a necessidade de uma implantação de cuidados para com o portador de CHA, torna-se fundamental uma assistência de qualidade a ser prestada, haja em vista ser é um grande problema para a saúde pública, com o propósito de melhorar o seu prognóstico (CARVALHO et al, 2007).

Onde acabam existindo certa resistência relacionada à adesão desses tratamentos na doença crônica, possivelmente por ser de longa duração e exigir uma mudança, muitas vezes radical de estilo de vida. Ressaltando a cirrose hepática alcoólica, onde a sua principal mudança seria a abolição total do álcool, que é um fator imprescindível para obter resultados satisfatórios. Que em seguida, acaba migrando para uma ajuda psicológica, pois não dispõe de cura (VARGAS, FRANÇA, 2007).

Apesar do foco principal desta ação seja no paciente portador desta patologia, a família deve ter uma atenção especial, pois exerce um papel importante nesse tratamento, precisando de um forte suporte psicológico. Influenciando essa mudança de estilo de vida para toda a família, para servir de estímulo maior à adesão ao tratamento e ao autocuidado. Aderindo a este modo de tratamento, a enfermagem

será vista como uma profissão valorizada, que exerce um fundamental papel sobre qualquer patologia (VARGAS, FRANÇA, 2007).

## **4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Esta pesquisa enquadra-se em um estudo do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Então, de acordo com Gil (2009), a pesquisa descritiva apresenta um objetivo primordial de descrever características de certa população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis, podendo também, propor estudar os níveis de atendimentos dos órgãos públicos de uma comunidade, entre outros. Já a pesquisa exploratória, tem o intuito de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, proporcionando uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

Acerca da abordagem qualitativa, Minayo (2012) informa que esta pesquisa trabalha com significados sociais, sendo dificilmente traduzido por números e indicadores quantitativos.

Ela estimula os entrevistados a pensarem e falarem sobre algum tema, objeto ou conceito. Considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas (GÜNTHER, 2006).

### **4.2 LOCAL DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio Maia, endereçado Grupo Hospital Tarcísio Vasconcelos Maia - s/n, Mossoró – RN. A escolha deste hospital veio por ser uma instituição de especialidades múltiplas, que acaba facilitando a pesquisa, atendendo não só a população desta cidade, mas de toda região do oeste potiguar.

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população foi composta pelos enfermeiros que atuam na Clínica Médica e UTI do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia. A amostra foi constituída

por 20 enfermeiros, onde terão que assinar o TCLE e fazer parte obrigatoriamente nos vigentes setores.

Entende-se por população, aquele grupo de elementos que possuem determinadas características, ou seja, comumente falando, é uma referência ao total de habitantes de um determinado lugar ou espaço (GIL, 2009).

Então, de acordo com Gil (2009), amostra é o subconjunto da população, por meio do qual se estabelecem as características para os mesmos.

Os critérios de inclusão foram: Enfermeiros lotados na clínica médica e UTI desta instituição, que tenham disponibilidade e que concordem em participar da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Os critérios de exclusão foram: Enfermeiros de outros setores e que não concordem em participar da pesquisa, ou se neguem a assinar o TCLE.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado como instrumento roteiro de entrevista, do tipo semiestruturada.

Para Gil (2010), a entrevista é uma técnica em que o pesquisador apresenta-se ao objeto a ser estudado, fazendo-lhe perguntas para obter de forma clara, os dados que interessam, sendo um meio de interagir socialmente, através de diálogos onde o indivíduo busca os dados e o outro expõe a informação.

A entrevista semiestruturada tem como principal característica, um roteiro de questionamentos formulados que estão relacionados ao tema proposto. Esses questionamentos podem gerar novos conceitos diante do que pode ser colhido pelo pesquisador (MANZINI, 2001)

. É feito através de questões abertas e fechadas, favorecendo a relação entre o pesquisador e o entrevistado.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS;

A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista semiestruturada, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE – FAMENE João Pessoa-PB e encaminhamento de Ofício da Coordenação do Curso

de Enfermagem da FACENE Mossoró-RN ao Hospital pesquisado. Os enfermeiros que concordarem participar da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta será arquivada em um gravador de áudio e será transcrita para a análise e entregues ao responsável pela pesquisa.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados qualitativos será feita utilizando a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, e que tem como fundamento a teoria da representação social (LEFEVRE, LEFEVRE, 2006). O DSC é um discurso elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimento sistemático e padronizado (LEFEVRE; LEFEVRE; 2011).

Então, essa análise técnica se constitui de duas etapas: Leituras sucessivas dos discursos em seu estado bruto, análise prévia de decomposição das respostas e da seleção das idéias centrais e das expressões-chaves presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos (LEFEVRE; LEFEVRE; TEIXEIRA; 2000)

#### 4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO

A pesquisa foi submetida antecipadamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Deste modo, no decorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação serão observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, informando ao participante que haverá o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 2012).

A pesquisa levará ainda em consideração os aspectos éticos contemplados no Capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica da Resolução do COFEN 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

A pesquisa apresentará riscos mínimos, tendo apenas possibilidade de desconforto do entrevistado durante a coleta de dados por motivos teóricos. Porém,

os benefícios dessa pesquisa, irá trazer a ampliação do conhecimento sobre a Cirrose hepática alcoólica bem como na sistematização da assistência de enfermagem a esses pacientes.

#### 4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foi de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como, orientador e banca examinadora.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS

Na tentativa de compreender melhor os conhecimentos dos profissionais de enfermagem acerca do tema abordado, fez-se um estudo baseado em um roteiro de entrevista semi-estruturado com perguntas abertas.

Sendo entrevistados 20 profissionais de enfermagem, a maioria do sexo feminino, com idades entre 25 a 52 anos, variando de 3 a 25 anos de profissão. Onde 12 entrevistados foram da Clínica Médica e 8 entrevistados da UTI, sendo 16 participantes com algum tipo de especialização. Após a coleta de dados e a transcrição dos mesmos, foi realizada uma análise qualitativa através da técnica do DSC.

Para manter a privacidade dos participantes os nomes dos enfermeiros foram substituídos pela abreviação “Enf.” Seguidos de numeração seqüenciada do Enf.1 ao Enf. 20.

No quadro abaixo, apresentam-se os discursos dos entrevistados, obtidos através das perguntas apresentadas no apêndice B e analisados pela técnica do DSC, sendo analisadas através da literatura pertinente.

QUADRO 1- Discurso do sujeito coletivo relacionado ao questionamento: O que é a cirrose hepática alcoólica? Caracterize-a.

Ideia central I	Expressões chaves
Doença causada pela ingestão excessiva de álcool	<p><i>“Enf. 1 Diz que é um conjunto de doenças que se dá a cirrose hepática...”</i></p> <p><i>“Enf. 10 (...) uma doença crônica do fígado, causada pela ingestão excessiva de álcool. Mas a cirrose em</i></p>

	<p><i>si pode ser causada por outros motivos, tanto pela ingestão excessiva de álcool tanto como hepatites virais.</i></p> <p><i>“Enf. 16... onde podemos caracterizar com fibrose e formação de nódulos.”</i></p>
<p><i>DSC:</i></p> <p><i>“É um conjunto de doenças que se dá a cirrose hepática tanto pela ingestão excessiva de álcool tanto como hepatites virais. Onde podemos caracterizar com fibrose e formação de nódulos.”</i></p>	

É notória a vasta escassez de conhecimento científico expressando superficialidade das respostas dos entrevistados do quadro 1, onde resta saber qual o motivo desta situação, podendo variar de falta de conhecimento juntamente com falta de interesse, implicando numa realização de um trabalho mecanicista e não singular.

Um exemplo mais claro se percebe na fala do enfermeiro 10, que se limita a uma resposta superficial pouco pautada em estudos científicos sobre o assunto, apenas ressaltando a ingestão intensificada do álcool e hepatites virais, esquecendo de relatar que esta patologia, de acordo com Oliveira e Silva (2010) possui um elaborado mecanismo fisiopatológico que está intimamente relacionado à compreensão da doença sendo caracterizada pela agressão dos hepatócitos, transformando-os em nódulos circuncidados por fibrose, substituindo assim, seu tecido normal. Além disso, é importante saber que se trata de uma doença sem cura através de medicamentos, sendo possível apenas o retardo da progressão da doença, onde a cura advém apenas de um transplante hepático.

Ao analisar a fala do entrevistado 16, foi percebida uma resposta mais condizente com o autor supracitado, porém incompleta, quando se trata das características desta patologia, podendo ser interpretada como um estágio avançado

de fibrose vindo conjuntamente com uma distorção do sistema vascular hepático. Tendo uma grave conseqüência, pois acontece a perda da função dos hepatócitos e uma resistência intra-hepática aumentada, levando a hipertensão portal (NASCIMENTO, 2013)

Com isto, Sousa e Silva (2007), afirma também que a cirrose, é o estágio final da fibrose hepática avançada, tendo inúmeras causas, destacando-se as hepatites b e c crônicas e o alcoolismo.

Gonçalves (2009) relata que além desta alteração por um tecido nodular e fibroso, que é de extrema importância para um diagnóstico mais preciso, facilitando a diferenciação com outras patologias a cirrose hepática alcoólica altera toda sua síntese proteica e excreções hepáticas.

QUADRO II – Discurso do sujeito coletivo relacionado ao questionamento: Quais as manifestações clínicas apresentada pelo paciente portador de CHA? Existe alguma sistematização da assistência prestada ao paciente portador de CHA?

Ideia central I	Expressões Chaves
Sintomas como icterícia, náuseas, ascite, fadiga e edema nos membros inferiores	<p><i>Enf. 12 “E os sintomas podem começar com náuseas, fadiga, edema nos membros inferiores também, além de perda de peso excessivo, icterícia, náuseas e muitos outros...”</i></p> <p><i>Enf. 18 “... em alguns casos, o paciente já apresenta uma distensão abdominal, com coleção de líquido, que é a ascite, aparecendo também palidez em decorrência de hemorragia digestiva...”</i></p> <p><i>Enf. 20 “... as manifestações clínicas geralmente são as mesmas, o paciente fica com uma sensação de indigestão, onde começa uma</i></p>

	<i>dificuldade para digerir alimentos,</i>
Ideia Central II	Expressões Chaves
Sistematização de enfermagem é um instrumento cabível para qualquer paciente	<p><i>Enf. 17 “... sim, claro! onde existe uma orientação quanto ao controle de peso, auto cuidado, deambulação... e também, que é muito importante, a participação da família.”</i></p> <p><i>Enf. 19“... a sistematização de enfermagem é um instrumento de trabalho da enfermagem cabível para todo e qualquer paciente, desde a construção do histórico até o planejamento, com o intuito de proporcionar a melhor conduta para o profissional e claro, uma melhor resultabilidade para o paciente.”</i></p>
<p><i>DSC: “E os sintomas podem começar com náuseas, fadiga, edema nos membros inferiores também, além de perda de peso excessivo, icterícia, náuseas e muitos outros. Em alguns casos, o paciente já apresenta uma distensão abdominal, com coleção de líquido, que é a ascite, aparecendo também algumas alterações de pele, como palidez em decorrência de hemorragia digestiva. Sim, claro! A sistematização de enfermagem é um instrumento de trabalho da enfermagem cabível para todo e qualquer paciente, desde a construção do histórico até o planejamento, onde existe uma orientação quanto ao controle de peso, auto cuidado, deambulação e também, que é muito importante, a participação da família.”</i></p>	

É possível observar com clareza a resposta dos entrevistados expostas no quadro II, que os sintomas mencionados, são basicamente os mesmos, deixando subentender que apenas estes sintomas são tratados. E segundo Strauss e Silva ([2011]), revelam que além dos sintomas citados, o paciente cirrótico apresenta um balanço alterado de hormônios, tais como insulina, glucagon e hormônios tireoidianos, dificultando a homeostase metabólica.

Bassoto et al (2012) ressalta que a cirrose hepática pode levar ao indivíduo a apresentar algumas complicações tais como, hemorragia digestiva, ascite e icterícia.

Existindo também as complicações mais graves como a hipertensão portal, que de acordo com Martinelli (2004), no paciente cirrótico, existe uma diminuição do óxido nítrico (NO), que é um potente vasodilatador, deixando a vascularização hepática mais resistente, com uma pressão acima de 10 mmHg, sendo que os valores normais estão no intervalo de 5mmHg a 10mmHg.

Outra conseqüência ocultada pelos entrevistados também, é a encefalopatia hepática que Strauss e Silva ([2011]) informam que é uma complicação neuropsiquiátrica freqüente nos hepatopatas, podendo apresentar distúrbios de atenção, letargia, estupor ou até coma, podendo ser reversível, se diagnosticado precocemente, juntamente com um tratamento adequado ou um transplante hepático.

E segundo Gonçalves (2009), onde a mesma afirma que os sintomas algumas vezes são inespecíficos, tais como, dores abdominais, diarréia, aumento do baço e fígado, perda de peso, aumento do perímetro abdominal, mal estar, vômitos, febre e edema nos membros inferiores.

Podendo aparecer equimoses, como também eritema palmar, devido à deficiência da vitamina K e também, a ginecomastia que é ocasionada pelo acúmulo de hormônios femininos (Strauss e Silva ([2011])).

Tratando-se da SAE, foram percebidas respostas contraditórias relatadas pelos entrevistados acima. Onde os Enf. 17 e Enf. 19 informam que existe sim essa sistematização da assistência, porém não foi relatado nenhum passo da implantação, tampouco quais os seus benefícios. Que é uma dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas que visa à organização da assistência de enfermagem (CASTILHO, RIBEIRO, CHIRELLI, 2009).

Para Oliveira e Silva (2010), o diagnóstico de enfermagem é considerado atribuição privativa do enfermeiro, onde a partir do mesmo serão tomadas decisões acerca de um fenômeno. Ou seja, só poderá ser considerado um diagnóstico, quando traçado diretamente para aquela patologia, visando o problema atual e a propensão ao desenvolvimento de outras conseqüências causadas pela CHA.

A ocultação desta informação da entrevistada acima demonstra a pouca utilização desta sistematização da assistência, que de acordo com Alvim (2013), divide-se em 5 etapas, sendo a primeira sobre a investigação da doença, trazendo a anamnese e o exame físico a tona. A segunda traz o diagnóstico feito pelo profissional enfermeiro de acordo com as informações colhidas da etapa anterior. A terceira retrata o planejamento dos resultados esperados, após a realização do diagnóstico. A quarta é a prescrição de enfermagem, a fim de atingir a meta proposta e a quinta e última etapa, é a avaliação da assistência que foi prestada, que deve ser contínua em todo o processo e não apenas no fim.

Diante desta afirmação, Vargas e França (2007) relata que a coleta de dados de cada paciente, é um ponto de partida para a elaboração do plano de cuidado, onde é orientada quanto à deambulação, higiene pessoal e que a sua família merece uma atenção especial.

QUADRO III - Discurso do sujeito coletivo relacionado ao questionamento: Como se dá o diagnóstico da Cirrose hepática Alcoólica?

Ideia Central I	Expressões chaves
<p>Diagnóstico por um exame clínico, físico e exames de imagem.</p>	<p><i>Enf. 12 “Esse diagnóstico se dá através da análise de toda a história clínica do paciente...”</i></p> <p><i>Enf. 14 “... um exame clínico e físico é de extrema importância...”</i></p> <p><i>Enf. 3 “... exames laboratoriais como</i></p>

	<p><i>(hemograma, função hepática), tomografia e ultrassonografia.”</i></p> <p><i>Enf. 7 “Geralmente através de ultrassonografia, onde um exame clínico e físico é de extrema importância, exames laboratoriais e também uma biópsia.”</i></p>
<p>DSC:</p> <p><i>“Esse diagnóstico se dá através da análise de toda a história clínica do paciente, exames laboratoriais como hemograma, função hepática. Um exame clínico e físico é de extrema importância e através de ultrassonografia, às vezes até a tomografia e também uma biópsia é usada como forma de diagnóstico.”</i></p>	

No quadro acima, o Enf. 12 aborda de maneira resumida a forma de diagnóstico destes pacientes, porém aceitável, deixando de ressaltar apenas quais exames específicos solicitados para esse diagnóstico, que de acordo com Mincis e Mincis (2006), devem ser prescritos o alanina transaminase (ALT), que é uma enzima encontrada no plasma, que aumentam de volume quando há uma alteração ao hepatócito. Níveis de Albumina, tempo de protrombina e da bilirrubina, também são úteis para detectar lesões hepáticas.

Em relação ao exame físico e clínico, o Enf. 14, deixou de descrever quais métodos são usados por eles, já que põem isso em prática. Sousa e Barros (1998) ressaltam que o exame físico deve fazer parte da rotina dos enfermeiros, como primeiro passo de uma assistência sistematizada.

Quanto ao exame clínico, Porto (2006) revela que a visualização empírica do doente, é o método clínico mais profundo, além de que a relação do paciente é iniciada através de um bom exame clínico, onde o enfermeiro busca informações pessoais, tanto história da doença atual, quando histórias pregressas.

Já Mincis e Mincis (2006) informam que para se ter um diagnóstico tem que incluir um bom exame físico, juntamente com exames laboratoriais, métodos de exames por imagem, onde esses exames são extremamente úteis para um diagnóstico com maior precisão e também, avaliar dados morfológicos.

Vendo também que se deve pôr em prática todo o conhecimento anatômico e semiológico que lhe foi oferecido na graduação, sabendo interpretar os seus achados. Iniciando com uma posição adequada para o paciente para a palpação do abdome, evitando as posturas inconvenientes. Tendo que delimitar o abdome em epigástrico, mesogástrico, hipogástrico, hipocôndrios, flancos, fossas ilíacas e quadrantes superiores e inferiores. Reconhecê-lo de forma clínica estando plano, escavado, globoso e batráquio. Observar abaulamentos e retrações localizadas. Daí, seguir com todo o exame avaliando ruídos hidroaéreos e realização de palpações profundas (PORTO, 2006).

Sousa e Barros (1998) mencionam que a biópsia hepática em pacientes cirróticos, desempenha um papel importante para um diagnóstico com maior precisão, tanto em seu estágio inicial quanto avançado. Sendo que no estágio precoce da doença, o diagnóstico geralmente se dá apenas por uma biópsia hepática, pois irá avaliar histologicamente o grau em que a fibrose se encontra, usando uma maneira quantitativa que varia de 0 a 4+ ou na escala de Ishak, que varia de 0 a 6+.

QUADRO IV- Discurso do sujeito coletivo relacionado ao questionamento: Como é realizado o tratamento deste paciente?

Ideia central I	Expressões Chaves
	<p><i>Enf. 10 “A primeira coisa a fazer, é retirar o agente agressor...”</i></p> <p><i>Enf. 3 “... que o tratamento pode ser do uso de antibióticos, antiinflamatórios, até a paracentese e transplante...”</i></p>

<p>Retirar o agente agressor, tratamento medicamentoso e controle do peso</p>	<p><i>Enf. 8 “... controle de peso, pois caso não seja avaliado, pode dificultar na evolução do paciente...”</i></p> <p><i>Enf. 19 “Geralmente, o principal tratamento para esses pacientes é o repouso, reposição de vitaminas, pois eles ficam muito deficientes dessas vitaminas...”</i></p>
<p><i>DSC“A primeira coisa a fazer, é retirar o agente agressor, que o tratamento pode ser do uso de antibióticos, antiinflamatórios, reposição de vitaminas, pois eles ficam muito deficientes e até a paracentese e transplante. O controle de peso caso não seja avaliado, pode dificultar na evolução do paciente.”</i></p>	

Neste quadro, foi possível perceber uma boa seqüência da atenção, trazendo alguns métodos que seriam cabíveis para este paciente. Mas o Enf. 3, e o Enf. 19, não especificaram quais medicamentos e vitaminas que geralmente são utilizadas nessa ocasião. Segundo Silva ([2007]). O tratamento da CHA tem como objetivo, deter a destruição das células hepáticas ou diminuir a progressão da doença, minimizando um dano hepático.

De acordo com Mincis e Mincis (2007), o tratamento inicial, como relatado pela Enf. 10 é a retirada total do álcool, que é de fundamental importância, aumentando inclusive a sobrevida do paciente. Pois a associação do álcool com o Dissulfiram 250 mg, pode aumentar as chances da liberação de aldeído acético, que é extremamente tóxico para sistema nervoso central. Esta droga age inibindo enzima acetaldeído desidrogenase, evitando agressão aos hepatócitos. Podendo aparecer alguns efeitos colaterais como taquicardia, cefaléia decorrente do seu grande poder vasodilatador.

Os autores supracitados afirmam que o uso da Naltrexona 50 mg, é indicado no paciente cirrótico, pois é um antagonista opiáceo, reduzindo o consumo de álcool. Assim como o uso dos Corticosteróides, que acabam atuando de maneira antiinflamatória, aumento do apetite e aumento da produção da albumina. Tratar também os sintomas como náuseas, vômitos e dores abdominais, usando analgésicos se necessário. Como relatou o Enf. 19, a administração endovenosa de vitaminas é fundamental, nesse caso, os aminoácidos na dose diária de 80g associada com uma dieta de 100g de proteínas e 3000 calorias ao dia, pode reduzir a hiperbilirrubinemia. E em seguida, observar quanto à retenção de líquidos, estimulando-o a deambulação.

Já Nascimento (2013) relata que o tratamento da cirrose implica também na administração de antibióticos intravenosos imediatamente após a confirmação do diagnóstico. Onde foi percebido que um atraso do início da terapêutica adequada aumenta a sua mortalidade, podendo desenvolver uma futura sepse. As cefalosporinas de 3º geração têm sido usadas nos pacientes que apresentam processos inflamatórios, pois são muito responsivos no paciente cirrótico.

Silva (2006) também afirma que a paracentese é uma forma de tratamento para o paciente que apresenta distensão abdominal por causa da ascite e deve ser realizada em todos os pacientes com estes sinais, que é muito comum em pacientes cirróticos. Que consiste na retirada do líquido livre na cavidade peritoneal. A permanência deste líquido pode levar a uma peritonite bacteriana espontânea, tendo um grande índice de mortalidade. Por isso a importância do controle do peso, para evitar um possível acúmulo deste líquido.

QUADRO V - Discurso do sujeito coletivo relacionado ao questionamento: Existe algum benefício na implementação da SAE a esses pacientes? Qual (ais)?

Ideia Central I	Expressões Chaves
	<i>Enf. 4 "Sim. Avaliando aspecto físico, medicações, exames, no intuito de</i>

<p>Conhecer hábitos, histórias pregressas, tratando-o de maneira individual</p>	<p><i>avaliar a sua progressão...”</i></p> <p><i>Enf. 9 “... ao conhecer toda a história do paciente, seus hábitos e suas doenças pregressas, a enfermagem terá acesso a informações que ajudarão a traçar um plano de cuidado individualizado que abordará o paciente integralmente e não só a sua patologia...”</i></p> <p><i>Enf. 6 “... o principal benefício é a elaboração de um plano de cuidado adequado a cada tipo de paciente, é o empenho dela no tratamento, proporcionando uma assistência mais adequada.”</i></p>
<p>DSC:</p> <p><i>“Sim. Avaliando aspecto físico, medicações, exames, no intuito de avaliar a sua progressão. Ao conhecer toda a história do paciente, seus hábitos e suas doenças pregressas, a enfermagem terá acesso a informações que ajudarão a traçar um plano de cuidado individualizado que abordará o paciente integralmente e não só a sua patologia. O principal benefício é o empenho dela no tratamento, proporcionando uma assistência mais adequada.”</i></p>	

Os entrevistados afirmam de maneira resumida, a importância desta sistematização, onde Costa et al (2009) informa que os benefícios para o paciente, são inúmeros, justamente por se tratar de um processo que facilita a rotina dos cuidados da equipe de enfermagem. Trazendo o paciente de volta a sua rotina, melhoras quanto ao apoio psicológico, ainda mais, a padronização do cuidado para a equipe de enfermagem, trazendo melhoria na assistência que está sendo prestada, pois direciona um atendimento individualizado.

De acordo com Fernandes et al (2010), uma assistência de enfermagem adequada, de maneira individual, é possível extrair resultados satisfatórios, com uma melhora na sua qualidade de vida, diminuindo possíveis complicações.

Alguns benefícios foram ocultados pela Enf. 6, incluindo ter um olhar amplo quanto a esta avaliação, não deixando de ressaltar os benefícios da profissão, que demonstra de modo sólido o alcance realizado pela equipe de enfermagem, garantindo uma boa base de dados para a instituição nos aspectos assistenciais, gerenciais e financeiros. Quanto ao paciente, proporciona uma melhor interação entre o paciente, família e profissional, garantindo um levantamento completo de suas reais necessidades. E para a enfermagem, um aumento da satisfação pessoal, profissional, acentuando a sua capacidade e deixando vir à tona toda a sua devida autonomia para com a intervenção em quaisquer patologias (ANDRADE et al,[ 2007])

Completando as falas das Enf. 4 e Enf. 9, o autor supracitado informa que depois de colhida toda a história do paciente, a SAE vem para trazer mais benefícios para o enfermo, já que se trata de um tratamento longo e que deve ser ininterrupto. Onde o paciente e o familiar precisam ser devidamente informados sobre possíveis complicações, possíveis recaídas, maneiras que facilite o seu tratamento e também um bom suporte emocional, provando cada vez mais, a relevância do seu conhecimento científico e um preparo profissional.

QUADRO VI - Discurso do sujeito coletivo relacionado ao questionamento: Como se dá a elaboração do plano de cuidado para o portador dessa patologia?

Ideia central	Expressões Chaves

<p>Essa realidade não permite que a SAE saia do papel.</p>	<p><i>Enf. 5“... todo e qualquer plano de cuidado deve ser elaborado a partir das peculiaridades de cada paciente e da abordagem da patologia a qual se encontra acometido...”</i></p> <p><i>Enf. 6“... assim, antes de elaborar um plano de cuidado para o paciente, devemos ter uma boa conversa antes, que é através daí, que vamos identificar os problemas, ansiedades, necessidades. Daí faz a elaboração desse plano de cuidado.”</i></p> <p><i>Enf. 2 “... Porém a realidade ainda determina que essa sistematização não passe do papel, as altas demandas dos grandes centros hospitalares e as condições de trabalho e mão de obra precária impossibilitam a execução da SAE de forma coordenada.”</i></p>
<p>DSC:</p> <p><i>“Todo e qualquer plano de cuidado deve ser elaborado a partir das peculiaridades de cada paciente e da abordagem da patologia a qual se encontra acometido. Antes de elaborar um plano de cuidado para o paciente, devemos ter uma boa conversa antes, que é através daí, que vamos identificar os problemas, ansiedades, necessidades. Porém a realidade ainda determina que essa sistematização não passe do papel, as altas demandas dos grandes centros hospitalares e as condições de trabalho e mão de obra precária impossibilitam a execução da SAE de forma coordenada.”</i></p>	

Diante destas afirmações, foi percebido que a deficiência da elaboração da SAE são as grandes demandas como dito pela Enf. 2. Mas Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009), afirmam que o atendimento individualizado, possibilita uma organização entre os procedimentos da equipe de enfermagem, que uma vez iniciado com aquele determinado paciente, terá que dá continuidade, com a finalidade da minimização de problemas. Tendo que observar os seus sinais e sintomas, avaliar todas as suas queixas e saber interpretar cada uma delas, como dito pela Enf. 5.

Como dito pela Enf. 6 esta elaboração deve partir do profissional enfermeiro que desempenha um papel crucial no atendimento hospitalar, tendo que avaliar toda sua história clínica, seu histórico familiar, aspectos físicos e psicológicos, para que se tenham informações suficientes para uma elaboração completa, onde irá trazer resultados benéficos para o paciente e uma satisfação profissional. Levando em conta também, as suas possíveis complicações e recaídas (BARBOSA, et al, 2012).

QUADRO VII - Discurso do sujeito coletivo relacionado ao questionamento: Quais as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem na elaboração desse plano de cuidado?

Ideia central I	Expressões chaves
Sobrecarga de trabalho, falta de recursos, altas demandas de pacientes.	<p><i>Enf. 11 “As dificuldades são várias, inúmeras. Mas a principal, posso afirmar que é a falta de interesse dos profissionais e dos próprios pacientes, sem falar na falta de materiais e recursos da própria instituição. Isso sim, não ajuda mesmo.”</i></p> <p><i>Enf. 12 “São os poucos recursos oferecidos, falta de interesse profissional, a demanda de paciente daqui que é gigante e os profissionais</i></p>

	<i>não conseguem suprir só com um atendimento generalizado, quanto mais com um atendimento específico...”</i>
<p>DSC:</p> <p><i>As dificuldades são várias, inúmeras. Mas a principal, posso afirmar que é a falta de interesse dos profissionais e dos próprios pacientes, sem falar na falta de materiais e recursos da própria instituição. A demanda de paciente daqui que é gigante e os profissionais não conseguem suprir só com um atendimento generalizado, quanto mais com um atendimento específico.</i></p>	

Diante destas informações ditas pelas entrevistadas Enf.11 e Enf. 12, é possível perceber que a SAE não é um instrumento muito usado pelos profissionais enfermeiros, devido as grandes demandas para poucos profissionais atuantes. Quem concorda com esta afirmação é Andrade et al ([2007]), revelando que o acúmulo de funções do enfermeiro, e o tempo que o processo requer, tendo que ter base de conhecimentos científicos, biológicos e habilidades indispensáveis, acabam dificultando para um atendimento singular.

Além disso, a Enf. 11 informa que a instituição não dispõe de materiais e recursos para tal assistência, condizente com o que Costa et al (2009) traz. Que algumas instituições dificultam esta implementação, por não reconhecerem o atendimento de enfermagem como científico, onde acabam deixando de lado, capacitações para oferecer a estes profissionais. Lembrando da associação das atividades assistenciais e administrativas, com pouco tempo, poucos profissionais nos setores e altas demandas, impedem a realização dessa assistência que deveria ser tão bem vista na prática. Valendo salientar que uma dificuldade bastante comum, é a interpretação dos métodos vistos, trazendo aí toda uma possível deficiência vinda da graduação, tanto no aprendizado quanto no incentivo de pôr em prática.

Barbosa et al (2012) ressalta que o mercado de trabalho vem acompanhando um avanço tecnológico grandioso na área da saúde, onde muitos profissionais não acompanham este passo, e se submetem a uma assistência limitada.

Tendo também, grande desinteresse das instituições empregadoras que não estimulam para uma prática individualista, juntamente com o déficit dos profissionais com um número significativo de pacientes, sobrecarregando mentalmente e fisicamente todo e qualquer profissional. Não esquecendo a falta de reconhecimento e interesse dos profissionais que ali atuam também, onde alguns se recusam a dar essa continuidade do cuidado, tendo mais resistência, pondo mais dificuldade em quem tem interesse em vivenciar essa autoridade que o enfermeiro adquire na SAE (BARBOSA et al, 2012).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse estudo foi analisar as condutas de enfermagem na elaboração do plano de cuidado ao paciente portador de CHA, buscando verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a sua sintomatologia, diagnóstico e a existência da SAE nos pacientes cirróticos.

Diante disto, foi possível perceber que existem vários elementos que proporciona um conhecimento limitado e a deficiência de atendimento prestada por esses profissionais na realização Sistematização da Assistência, confirmando assim a hipótese de que o profissional não oferece uma prática humanizada e individualizada, mas uma prática mecanicista, empírica e generalizada, e que CHA é um assunto pouco discutido durante a formação pessoal.

No entanto, foi visto a atuação falha do profissional sobrecarregado, dividido entre a assistência e gerenciamento, altas demandas ofertadas e baixa remuneração oferecida, onde oferecem uma atenção voltada às suas emergências, deixando de lado possíveis agravos.

Através dos dados obtidos, foi percebido que a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino, onde grande parte possui especialização em Unidade de terapia intensiva, o que contribui mais para que se tenha um conhecimento maior acerca de um atendimento individual.

A graduação de enfermagem deixa uma lacuna grande no que diz respeito ao conhecimento da CHA, fazendo com que os profissionais, em sua grande maioria, só entrem em contato com o assunto quando se deparam na atuação profissional, oferecendo uma prática deficiente, podendo levar a uma progressão da doença. Sendo de grande valia, uma atenção maior, quanto à qualificação desses profissionais tanto em sua graduação quanto com atividades em educação complementar.

A assistência de enfermagem para o portador de CHA deve ser constituída de uma maneira que vise não só seus sinais e sintomas, mas de uma maneira que englobe desde os seus primeiros sinais até a sua abstinência alcoólica e relacionamento familiar. A fim de proporcionar uma relação mais humana, que o paciente se sinta a vontade de expressar suas angústias e vontades. No entanto, não foi percebida a existência de um profissional que trabalhe especificamente com

o psicológico do paciente e de sua família, que seria de extrema valia quando se diz respeito ao tratamento.

Outra deficiência observada foi à falta de leitos suficientes para a demanda ofertada, já que a pesquisa foi realizada em um hospital regional, que atende municípios vizinhos, deixando os profissionais sobrecarregados.

A instituição promove educações continuadas, porém com temáticas divergentes. Onde deveria ser mais enfatizado sobre o assunto, já que a demanda destes pacientes está cada vez maior, independente de raça, sexo ou idade, sendo primordial um conhecimento integral sobre esses pacientes e sua sintomatologia para que se proporcione um atendimento mais integral. Além disso, é fundamental que o profissional tenha um bem estar físico e mental, pois este fator interfere diretamente no atendimento, tendo que ter melhorias quanto à oferta de um acompanhamento psicológico para estes profissionais, devido ao grande desgaste diário ao lidar com uma doença que não tem cura entre outras.

A evolução desta pesquisa proporcionou uma visão mais crítica sobre o atendimento prestado pelo enfermeiro no atendimento hospitalar e todos os estágios desta patologia. Também, contribuiu de maneira individual, servindo para um entendimento acerca da interpretação dos sinais e sintomas e fatores de risco. Isso também me mostrou a importância de uma assistência individual, visando à melhoria e o bem estar geral de acordo com o que o paciente apresenta e que sempre podemos ajudar de maneira significativa quando ofertado uma assistência de qualidade. E que se possível, chegue ao fim de sua vida após conseqüências de sua patologia e não por falta de atendimento de qualidade.

## REFERÊNCIAS

ALVIM, André Luiz Silva. O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. **Enferm. Foco**, v.4, n.2, p. 140 – 141, 2013.

ANDRADE JÚNIOR, Dahir Ramos de et al. Ascite - estado da arte baseado em evidências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.4, 2009. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302009000400028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302009000400028&script=sci_arttext)).

Acesso em: 21 maio 2015

ANDRADE, Elizandra Faria; GRANDO, Simone Regina; BÖING, Jaci Simão; VIECELLI, Ana Maria; SILVA, Jeane Barros de Souza. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: **A CRIAÇÃO DE UMA FERRAMENTA INFORMATIZADA**. Santa Catarina. [2007].

ANDRADE, Joseilze Santos de; VIEIRA, Maria Jésia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Pesquisa Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.3, p.261-5, maio-jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a02v58n3.pdf> Acesso em: 12 maio 2015.

BARBOSA, E. P. DE BIASI, L. S. ZAGO, V. L. P. PAINI, J. P. SEVERO, C. M. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Dificuldades de implantação na visão do Enfermeiro. **Perspectiva**. Erechim, v.36, n.133, p.41-51, março/2012.

BASSOTO, Maria Julia Stoeber et al. Alcoolismo: Consequências fisiopatológicas na cirrose hepática. In: SIMPÓSIO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 16., Santa Maria, RS. **Anais...** Santa Maria, RS: UNIFRA, 2012. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6939.pdf> Acesso em: 5 abr. 2015

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. **Dispõe sobre pesquisa com seres humanos**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 10 maio 2015.

BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Bogliolo Patologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BUCHO, Maria Sofia Correia Ribeiro da Cruz. **Fisiopatologia da Doença Hepática Alcoólica**. 57 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2012. Disponível em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3764/3/PPG\\_MariaBucho.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3764/3/PPG_MariaBucho.pdf) Acesso em: 20 maio 2015

CASTILHO, Nadia Cecilia, RIBEIRO, Pamela Cristine, CHIRELLI, Mara Quaglio. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de

saúde hospitalar do brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, p.280-289, abr./jun. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:

[http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca\\_cientifica/1188236444\\_91\\_0.pdf](http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1188236444_91_0.pdf) Acesso em: 12 maio 2015.

COSTA, Lawrence Raizama Gonçalves et al. Síndrome Hepatorrenal: Uma Breve Revisão. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, p. 122-33, jun. 2013. Disponível em: [http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/S%E2%94%9C%C2%A1ndrome\\_hepatorrenal-uma-breve-revis%E2%94%9C%C3%BAo.pdf](http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/S%E2%94%9C%C2%A1ndrome_hepatorrenal-uma-breve-revis%E2%94%9C%C3%BAo.pdf) Acesso em: 16 maio 2015.

COSTA, N. B. da.; Kitchenman, S. R.S.; Nunes, A. S.; Santiago, M. M. de A. Sistematização da Assistência de Enfermagem: vantagens, dificuldades e características das publicações. **Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Fortaleza, p. 1-3, dez. 2009.

DAMIANI, Daniel et al. Encefalopatias: etiologia, fisiopatologia e manuseio clínico de algumas das principais formas de apresentação da doença. **Rev Bras Clin Med. São Paulo**, v. 11, n.1, p. 67-74, jan-mar. 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3392.pdf> Acesso em: 10 maio 2015.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C.A. **Anatomia humana sistêmica e tegumentar**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

DITTRICH, Sirlei et al. Associação entre gradiente de pressão portal e ascite em pacientes com cirrose. **Arq Gastroenterol.**, v.47, n.2, abr/jun. 2010. Acesso em: 18 maio 2015.

FLORES, Priscila Pollo; LEMME, Eponina Maria de Oliveira; COELHO, Henrique Sérgio Moraes. Alterações da motilidade esofagiana em pacientes cirróticos com varizes de esôfago não submetidos a tratamento endoscópico. **Arq Gastroenterol.**, v.42, n.4, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ag/v42n4/27542.pdf> Acesso em: 21 maio 2015.

FONTES, Paulo Roberto Outt; NECTOUX, Mauro; EILERS, Rene Jacobsen. Colelitíase e Cirrose Hepática. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v.25, n.2, p. 129-33, jul-dez. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v25n2/10.pdf> Acesso em: 03 maio 2015.

GALDURÓZ, José Carlos F; CAETANO, Raul. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500002&script=sci_arttext) Acesso em: 13 abr. 2015

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

GONÇALVES, Lisa Isabel Baptista. Alcoolismo e Cirrose Hepática. **Universidade da Beira Interior**. Covilhã, p. 1-173. 2009.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p.201-210, ago. 2006.

IMAI, Felipe Ikeda; COELHO, Isabela Zeni; BASTOS, João Luiz. Consumo excessivo de álcool, tabagismo e fatores associados em amostra representativa de graduandos da Universidade Federal de Santa Catarina, 2012: estudo transversal.

**Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.23, n.3, 2014. Disponível em:

[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742014000300006&script=sci_arttext)

[49742014000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742014000300006&script=sci_arttext) Acesso em: 13 abr. 2015

JESUS, R.P. de; WAITZBERG, D.L.; CAMPOS, F.G.. Regeneração hepática: papel dos fatores de crescimento e nutrientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.46, n.3, 2000. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302000000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302000000300010)

Acesso em: 19 maio 2015.

KUMAR, Vinay et al. **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2010.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do Sujeito Coletivo: Uma abordagem metodologia em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUS,2000.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcante. O sujeito coletivo que fala o que fala. **Interface**. São Paulo, v. 10, n.20, p.517-524, jul. 2006.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcante. **Pesquisa qualitativa levada a serio**. 2011. [internet]. Disponível em:

[http://www.fsp.usp.br/~flefevre/Discurso\\_o\\_que\\_e.htm](http://www.fsp.usp.br/~flefevre/Discurso_o_que_e.htm). Acesso em: 25 maio 2015.

LIDA, Vivian Helena; SILVA, Thiago Junqueira A. da; SILVA, Aloísio Souza F. da; SILVA, Luiz Fernando F. da; ALVES, Venancio A. F. Cirrose hepática: aspectos morfológicos relacionados às suas possíveis complicações. Um estudo centrado em necropsias. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v.41, 2005.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-24442005000100008&script=sci_arttext)

[24442005000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-24442005000100008&script=sci_arttext) Acesso em: 25 maio 2015.

MANZINI, Eduardo José. **Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros**. 2001. Disponível em: <http://www.sepq.org.br/Isipeq/anais/pdf/qt3/04.pdf>  
Acesso em: 10 maio 2015.

MARTINELLI, Ana L. Candolo. HIPERTENSÃO PORTAL. **Medicina, Ribeirão Preto**, São Paulo, v. 10, n. 37, p.253-261, jul. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade**. 32. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012.

MINCIS, Moysés; MINCIS, Ricardo. Doença Hepática Alcoólica: Diagnóstico e Tratamento. **Prática Hospitalar**. São Paulo, V.8, n. 48, p. 113-118, Nov./dez. 2006.  
NASCIMENTO, Sara Filipa Cabral do. ABORDAGEM DE INFEÇÕES BACTERIANAS NA CIRROSE. **Artigo de Revisão Bibliográfica**. Vila Nova de Gaia, 2013.

OLIVEIRA, Danielle Samara Tavares de; SILVA, Aline Franco da. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem para portadores de cirrose hepática utilizando a CIPE**. Disponível em:  
<http://connepi.ifal.edu.br/ocs/index.php/connepi/CONNEPI2010/paper/viewFile/930/641> Acesso em: 20 maio 2015.

OLIVEIRA, Naiana Alves et al. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto Contexto Enferm**, p.696-704, out-dez. 2009. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/11.pdf> Acesso em: 16 maio 2015.

PORTO, Celmo Celeno. O outro lado do exame clínico na medicina moderna. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 4, p.124-128, out. 2006.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Rio Grande do Sul: Universidade Feevale, 2013.

REPPETTO, Maria Ângela; SOUZA, Mariana Fernandes de. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista PESQUISA Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.3, p.325-9, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a14v58n3> Acesso em: 10 maio 2015.

ROCHA, Edilma Gomes; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Representações sociais sobre cirrose hepática alcoólica elaboradas por seus portadores. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.11, n.4, p.670-6, dez. 2007.

SILVA, Ivonete S. Sousa e. Cirrose Hepática. **Cadernos de Gastroenterologia**. São Paulo, v.67, n. 4, p. 111- 120, abr. [2009]. Disponível em:  
[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4274](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4274) Acesso em: 01 Nov 2015.

SILVA, Leonardo Soares da. MANEJO PRÁTICO DA ASCITE. **PROTOCOLOS CLÍNICOS DA COOPERCLIM – AM**. Amazonas, ([2007]). Disponível em:

[http://www.doencasdofigado.com.br/Ascites\\_PBE\\_e\\_paracentese.pdf](http://www.doencasdofigado.com.br/Ascites_PBE_e_paracentese.pdf) Acesso em: 15 Out 2015.

SOUSA, Valmi Delfino de; BARROS, Alba Lucia Botura Leite de. O ensino do exame físico em escolas de graduação em enfermagem do município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. São Paulo, v.6, n.3, p.11-22. Jul. 1998.

STRAUSS, Edna; SILVA, Mario Reis Alvares da. **Fisiopatologia da encefalopatia hepática**. [2011]. Disponível em:

<http://www.sbhepatologia.org.br/pdf/encefalopatia/d8> Acesso em: 12 maio 2015.

VARGAS, Rosimeire da Silva; FRANÇA, Fabiana Cláudia de Vasconcelos. Processo de Enfermagem aplicado a um portador de Cirrose Hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.3, 2007. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300020&script=sci_arttext)  
Acesso em: 20 maio 2015.

**APÊNDICE**

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Senhor(a):

Eu Carlos Augusto da Silva Almeida, pesquisador responsável e professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN, e a aluna Jéssica Larissa dos Santos Costa estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: **“Condutas de enfermagem junto ao paciente portador de cirrose hepática alcoólica no atendimento hospitalar”**.

Tem-se como objetivo geral: Analisar as condutas de enfermagem na elaboração do plano de cuidado ao paciente portador de cirrose hepática alcoólica no atendimento hospitalar. E como objetivos específicos: Identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre os eventos anatomo-fisiopatológicos, as manifestações clínicas, tratamento e meios de diagnóstico da Cirrose Hepática Alcoólica; Verificar a implementação da sistematização da assistência de enfermagem aos portadores de cirrose hepática alcoólica.

Justifica-se que um dos motivos pelos quais fora optado ressaltar sobre o tema, viera de uma experiência hospitalar, onde se foi percebido a desatenção de certos profissionais da saúde para com o paciente portador de cirrose hepática. Saliendo que este órgão uma vez afetado, dificulta a homeostase do mesmo, agravando o seu quadro clínico. Onde não foi visto nenhuma implantação de plano de cuidados. Então, diante desta dificuldade citada, o intuito deste trabalho é contribuir de maneira significativa para a academia, bem como para a sociedade que tem interesse em conhecer como é a realidade de um paciente portador desta patologia e como uma boa intervenção de enfermagem reverteria esse quadro.

Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas a respeito do conhecimento da cirrose hepática alcoólica. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor(a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar risco(s) para a participante de constrangimento que possa ser gerado diante dos questionamentos, no entanto, os mesmos serão minimizados através da utilização de um instrumento que não proporcione conotações negativas de caráter pessoal ou profissional, bem como a realização da coleta de dados em um local reservado que proporcione total privacidade. Em relação aos benefícios espera-se que com esta pesquisa os profissionais reflitam sobre a importância da sistematização da assistência ao portador de cirrose hepática alcoólica, bem como apresentar para academia os

dados com relação ao conhecimento dos enfermeiros sobre a cirrose hepática alcoólica, superarão esse(s) risco(s).

A participação do(a) senhor(a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE<sup>1</sup>. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim, a pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró-RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Carlos Augusto da Silva Almeida<sup>2</sup>  
(Pesquisador Responsável)

---

Participante da Pesquisa

---

<sup>1</sup> Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

<sup>2</sup> Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701- Bairro Alto de São Manoel- Mossoró- RN – Brasil CEP:59.628-000. Fone: (84) 3312-0143. Email: Carlos\_enf@facenemossoro.com.br

## APENDICE B – Instrumento de coleta de dados

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I: DADOS SOBRE A SITUAÇÃO SOCIOECONOMICA DOS  
PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

- a) Nome: \_\_\_\_\_
- b) Idade: \_\_\_\_\_
- c) Nível de formação (titulação): \_\_\_\_\_
- d) Tempo de Profissão: \_\_\_\_\_
- e) Setor de atuação: \_\_\_\_\_

- a) O que é a cirrose hepática alcoólica? Caracterize-a.
- b) Quais as manifestações clínicas apresentada pelo paciente portador de CHA?  
Existe alguma sistematização da assistência prestada ao paciente portador de CHA?
- c) Como se dá o diagnóstico da Cirrose hepática Alcoólica?
- d) Como é realizado o tratamento deste paciente?
- e) Existe algum benefício na implementação da SAE a esses pacientes? Qual (ais)?
- f) Como se dá a elaboração do plano de cuidado para o portador dessa patologia?
- g) Quais as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem na elaboração desse plano de cuidado.

**ANEXO**