

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
FACENE-RN

HALLICIANY RODRIGUES DA SILVA

**ENCEFALOPATIA HEPÁTICA: CONDUTAS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

MOSSORÓ

2017

HALLICIANY RODRIGUES DA SILVA

**ENCEFALOPATIA HEPÁTICA: CONDUTAS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

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

ORIENTADORA: PROF. ESP. LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS

MOSSORÓ

2017

HALLICIANY RODRIGUES DA SILVA

**ENCEFALOPATIA HEPÁTICA: CONDUTAS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

Monografia apresentado pela aluna HALLICIANY RODRIGUES DA SILVA do curso de Bacharelado em enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Lívia Helena Morais de Freitas (FACENE/RN)
ORIENTADOR

Prof. Esp. Diego Henrique Jales Benevides (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)
MEMBRO

Dedico esta minha conquista à Deus, por ser essencial na minha vida durante esses anos, me dando forças, me guiando e sendo sempre o meu socorro nas horas de tristezas e angústias. Assim, pude ser mais forte e fortalecer a minha fé todos os dias para enfrentar os obstáculos e conseguir concluir minha monografia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido sabedoria e discernimento para vencer os obstáculos ao longo desses anos.

À Arimar, meu marido, que esteve presente sempre, compartilhando alegrias, dificuldades, acreditando e confiando no meu potencial, sendo meu pai, meu irmão, meu amigo e meu companheiro, contribuindo para tornar real este grande sonho.

Aos meus pais, *in memoriam*, que planejaram minha vinda ao mundo. Como gostaria que estivessem aqui comigo... Sentir o abraço e juntos comemorarmos esse momento de alegria! Apesar da partida, que para mim foi repentina, hoje me sinto feliz e realizada, pois sei que de onde vocês estiverem, estão orgulhosos por essa conquista que também é de vocês. Obrigada pelo o dom da vida e por tê-los como pais.

À minha avó materna, *in memoriam*, que fez papel de mãe, cuidando de mim com muito amor e dedicação, ensinando-me os valores essenciais para a minha formação humana, tornando-me uma pessoa de boa índole e caráter respeitável, deixando uma grande dor com a sua partida.

Aos meus avós, *in memoriam*, Manuel Domingo e Manuel Francisco Rodrigues que são exemplos de pai.

À minha avó paterna pelo seu exemplo de fé, força e superação, com quem aprendi a lidar com as “feridas” da vida.

Às minhas tias pelo amparo do dia-dia, carinho e agrado. À minha tia Francisca, *in memoriam*, ao seu lado pude crescer como ser humano, conhecer o valor da abdicção e gratidão.

Aos primos e primas, que todos os dias, me conferiram carinho e agrado e que estiveram ao meu lado me apoiando.

À Luana, prima, pelo exemplo, apoio e estímulo para enfrentar e superar as dificuldades da vida acadêmica.

Aos meus sobrinhos e afilhados amados que são a nova geração da família. À minha irmã pela confiança e carinho.

A todos os outros familiares pelo apoio e pela compreensão da minha ausência em alguns momentos.

Aos companheiros da turma, com quem dividi sonhos, angústias e aflições (Andreza, Daiany, Lenilson, Karla e Kamilla). Juntos realizamos troca de

experiências durante esses anos, que colaboraram muito para a minha aprendizagem.

Aos Mestres que são exemplos de sabedoria e dedicação, incentivando e contribuindo para a minha formação, não somente, acadêmica, como também humana.

À minha orientadora Livia Helena Morais de Freitas, por ter aceitado me orientar, pela sua credibilidade, paciência, empenho, apoio, incentivos nos momentos de angústias e ensinamentos enriquecedores para minha formação. Obrigada por tudo.

À Banca Examinadora, Diego Henrique Jales Benevides e Joseline Pereira Lima, pela disponibilidade, atenção e ensinamentos prestado ao presente estudo, contribuindo para a minha aprendizagem.

A todos os amigos que estiveram comigo nos momentos fáceis e difíceis e aqueles que torceram e acreditaram em mim.

E todos que contribuíram, mesmo que indiretamente, para a conclusão deste curso. Amo todos vocês! O meu muito obrigada a todos!!!

“Nos dias de hoje, cada vez mais, acentua-se a necessidade de ser forte. Mas não há uma fórmula mágica que nos faça chegar à força sem que antes tenhamos provado a fraqueza”. (Pe. Fábio de Melo)

RESUMO

A Encefalopatia Hepática (EH) é causada pela incapacidade do fígado de metabolizar determinadas substâncias como a amônia, por exemplo, que em excesso no cérebro, afeta os neurotransmissores e conseqüentemente compromete o seu funcionamento. À medida em que a EH progride, vão surgindo importantes agravos e alterações comportamentais no paciente. A enfermagem representa um papel fundamental para o tratamento desta patologia e também norteia tomadas de decisões em diversas ocasiões vivenciadas. Esta pesquisa possui como objetivo analisar a conduta de enfermagem frente ao paciente portador de Encefalopatia Hepática em nível hospitalar. Para tanto, houve investigação do conhecimento do enfermeiro assistencial acerca da Encefalopatia Hepática; verificou-se a atuação da enfermagem no atendimento ao paciente portador de EH e foram identificadas potencialidades e dificuldades vivenciadas no tratamento desta patologia. Consiste em um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, tendo sido realizado no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia. A população foi composta por enfermeiros atuantes no Pronto Socorro, Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva da referida instituição. A amostra foi constituída por 12 desses profissionais, sendo 04 de cada setor mencionado. O instrumento de coleta de dados consiste em um questionário com perguntas objetivas e subjetivas. Os entrevistados foram informados acerca da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise dos dados qualitativos foi proporcionada pela Análise de Conteúdo de Bardin e quantitativamente calculadas porcentagens e frequências simples dos dados colhidos a partir do questionário. Os resultados foram encaminhados para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), gerando o número do protocolo 145/2017 e CAAE:76287517.4.0000.5179. Disponibilizados para futuras publicações, com os devidos créditos e divulgados na FACENE Mossoró e local de pesquisa. Mantiveram-se os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e os aspectos éticos contemplados na Resolução do COFEN 311/2007. Diante dos dados obtidos, percebeu-se que há uma prevalência de profissionais do sexo feminino (92%) e a maioria com pós-graduação e mais de 05 anos de atuação, com idades entres 28 a 53 anos. A análise constatou-se pouca vivência com casos de encefalopatia hepática. Existem algumas dificuldades relatadas por parte dos profissionais na teoria/prática, como conhecimentos limitados a respeito das condutas de enfermagem, necessidade de aprimoramento no atendimento prestado pelos profissionais, indispensabilidade da instituição e de maior atenção quanto aos recursos humanos, carência de uma assistência adequada e suporte do serviço. A necessidade de maior aprofundamento nos conhecimentos acerca desta patologia pouco discutida, é fundamentais para promover uma assistência de enfermagem de qualidade. Assim, torna-se relevante repensar condutas de enfermagem específicas para estes casos como avaliar e identificar problemas e evitar possíveis complicações, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde individual deste paciente. Espera-se que esta pesquisa contribua para com o meio acadêmico, profissionais de enfermagem e com os serviços de saúde, visando ampliar o cuidado qualificado e valorizando assistência de enfermagem.

Palavras-Chaves: Encefalopatia Hepática; Condutas na Prática de Enfermagem; Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

Hepatic Encephalopathy (HE) is caused by the inability of the liver to metabolize certain substances such as ammonia, for example, that excess in the brain, affects the neurotransmitters and consequently compromises their functioning. As the HE progresses, the patient's condition worsens and behavioral changes appear. Nursing plays a fundamental role in the treatment of this pathology and also guides decision making on several occasions. The objective of the research is to analyze nursing behavior in patients with Hepatic Encephalopathy in hospital level. In order to do so, there was investigation of the knowledge of the attending nurse about Hepatic Encephalopathy; it was verified the performance of nursing in the care of the patient with HE, and identified potentialities and difficulties experienced in the treatment of this pathology. This is a descriptive and exploratory study, with quanti-qualitative approach, and it was carried out at the Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia. The population was composed of nurses working in the Emergency Room, Medical Clinic and Intensive Care Unit of the institution. The sample consisted of 12 of these professionals, being 04 of each sector mentioned. The data was collected through a questionnaire with objective and subjective questions. The interviewees were informed about the research and signed the Informed Consent Form (ICF). The analysis of the qualitative data was provided by the Bardin Content Analysis and quantitatively calculated through percentages and simple frequencies of the data collected from the questionnaire. The results were forwarded to the Research Ethics Committee (CEP) of the Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), under the protocol number of 145/2017 and Certificate of Presentation for Ethical Consideration: 76287517.4.0000.5179. Available for future publications, with due credits and published in FACENE Mossoró and research site. The ethical precepts of Resolution 466/12 of the National Health Council and the ethical aspects contemplated in the Resolution of COFEN (Federal Nursing Council) 311/2007 were maintained. Given the data obtained, it was noticed that there is a prevalence of female gender professionals (92%) and the majority with post-graduation and more than 5 years of operation, age group from 28 to 53 years old. The analysis showed little experience with cases of hepatic encephalopathy. As for the difficulties reported by professionals in theory / practice, there was limited knowledge about nursing behaviors, need for improvement in care provided by professionals, indispensability of the institution and greater attention to human resources, lack of adequate care and support. The need for more in-depth knowledge of this pathology, which is little discussed, is fundamental to promote a quality nursing care. Thus, it becomes relevant to rethink specific nursing behaviors for these cases as to evaluate and identify problems and to avoid possible complications, contributing to the promotion, prevention, recovery and rehabilitation of this patient's individual health. Thus, this research it may contributes to the academic environment, nursing professionals and health services, aiming to expand qualified care and value nursing care.

Key Words: Hepatic Encephalopathy; Conduct in Nursing Practice; Hospital Assistance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	5
1.2 JUSTIFICATIVA	8
1.3 HIPÓTESE	9
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 FÍGADO HUMANO: ANATOMIA E FISIOLOGIA	11
3.2 A ENCEFALOPATIA HEPÁTICA	12
3.2.1 Fisiopatologia	12
3.2.2 Causas.....	14
3.2.3 Sintomas.....	14
3.2.4 Diagnóstico.....	15
3.2.5 Fatores de risco.....	16
3.2.6 Tratamento	17
3.2.7 Complicações.....	19
3.2.8 Prognóstico	20
3.3 CONDUTAS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA.....	20
3.4 O PORTADOR DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA E A SUA INTEGRALIDADE	22
3.5 A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA.....	24
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	27
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	27
4.2 LOCAL DA PESQUISA	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	28
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	29
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	29
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	31

4.7.1 Riscos e Benefícios.....	31
4.8 FINANCIAMENTO.....	31
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	32
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	33
5.2 PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA.....	34
5.3 CONDUTAS DO ENFERMEIRO AO PACIENTE DIAGNOSTICADO COM ENCEFALOPATIA HEPÁTICA.....	35
5.4 CARACTERIZAÇÃO PATOLÓGICA DO USUÁRIO COM ENCEFALOPATIA HEPÁTICA ATENDIDO NO SERVIÇO HOSPITALAR	37
5.5 A COMPLICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIOS COM ENCEFALOPATIA HEPÁTICA: OBSTÁCULOS ENFRENTADOS.....	38
5.6 ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ENCEFALOPATIA HEPÁTICA.....	39
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	58
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	60
ANEXO.....	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

O fígado é o 2^o maior órgão do corpo humano representando 2,5 a 4,5% da massa corporal total com um peso médio de 1500g. É um órgão muito complexo que realiza várias funções vitais, muitas das quais ainda não passíveis de ser substituídas pelas mais modernas tecnologias terapêuticas. Está estrategicamente situado no sistema circulatório recebendo um suprimento sanguíneo duplo, cerca de 20% do seu fluxo é rico em O₂ e provém da artéria hepática, enquanto o restante 80% é rico em nutrientes e provém da veia porta. Esta particularidade permite ao fígado controlar as substâncias que são absorvidas em todo o intestino e determinar quais delas vão entrar, e como vão entrar, na circulação sistêmica (NUNES, 2007).

Ao ocorrer disfunções neste órgão, pode haver lesão das células parenquimatosas do fígado diretamente, devido a doenças hepáticas primárias, ou indiretamente, em consequência da obstrução do fluxo biliar ou de alterações da circulação hepática. O distúrbio hepático pode ser agudo ou crônico, sendo esta última muito mais comum (MATHEWS; MCGUIRE e ESTRADA, 2006).

Entre os aparecimentos mais comuns e significativos da doença hepática, destacam-se a icterícia, a hipertensão portal, ascite e varizes esofágicas, as deficiências nutricionais (que resultam da incapacidade das células hepáticas lesionadas de metabolizar determinadas vitaminas) e a encefalopatia ou coma hepático. As implicações da doença hepática são numerosas e variadas. Com frequência, os efeitos finais são incapacitantes ou potencialmente fatais, e a sua presença tem prognóstico sombrio. O tratamento é frequentemente difícil (BARE et al., 2014).

Assim, é importante adotar condutas de enfermagem em prol da prevenção e das complicações hepáticas. Avaliar o paciente à procura de sinais físicos que podem ocorrer na apresentação de disfunção hepática, incluindo a palidez frequentemente observada com a doença crônica e a icterícia. A pele, as mucosas e a esclera são examinadas quanto à icterícia, e os membros são examinados à procura de atrofia muscular, edema e escoriação da pele em consequência de arranhadura. É importante examinar a pele à procura de petéquias ou de áreas de equimose (contusões), eritema palmar e nos homens é realizado uma inspeção

quanto à presença de ginecomastia uni ou bilateral e atrofia testicular devido a alterações hormonais (BICKLEY, 2007).

Ainda de acordo com Bickley (2007), o estado cognitivo (lembranças, memória, pensamento abstrato) e o estado neurológico do paciente é inspecionado, analisar a presença de tremores generalizados, asterixe, fraqueza e fala arrastada que podem indicar sinais de EH. O enfermeiro examina a presença de uma onda de líquido abdominal, realiza também uma palpação no abdômen para ser observado o tamanho do fígado e detectar qualquer hipersensibilidade sobre o órgão.

O portador de encefalopatia é dotado de peculiaridades, pois possui não só deficiências neuromotoras, mas também apresentam incapacidades resultantes das lesões cerebrais, limitando o desempenho de suas atividades em tarefas do cotidiano como autocuidado, higiene e interação social e que por isso, precisa de um cuidado específico e individualizado (LEÃO et al., 2009).

De acordo com Souza et al. (2009), uma vez que as maiores sequelas estão relacionadas às funções motoras, que influenciam completamente na realização das atividades cotidianas podemos ressaltar a importância das necessidades funcionais desse cliente, e afirmamos que a assistência de enfermagem se torna importantíssima, pois está alicerçada na satisfação das necessidades humanas básicas.

A assistência de enfermagem no gerenciamento dos cuidados ao paciente com Encefalopatia Hepática baseia-se na realização de exame físico e anamnese além da elaboração de diagnósticos de enfermagem que buscam direcionar as intervenções com o intuito de reduzir os danos causados pela afecção (SANTANA, 2015).

O enfermeiro ao planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento permite diagnosticar as necessidades do cliente, garante a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações (ANDRADE e VIEIRA, 2005).

Estabelecendo as prioridades, o enfermeiro determina o processo de tomada de decisões baseado na urgência do problema, obedecendo à hierarquia das necessidades básicas do indivíduo. Empregando essa teoria, o enfermeiro faz uma revisão dos diagnósticos de enfermagem referentes ao quadro do paciente. Assim, o enfermeiro descreve as metas a serem alcançadas que podem ser de curto a longo

prazo, sendo que as duas englobam a prevenção das complicações e outros problemas de saúde. Fazendo isso, as ações de enfermagem são voltadas numa assistência individualizada, facilitando a reabilitação e promovendo o autocuidado (ATKINSON e MURRAY, 2008).

A enfermagem é responsável por manter um ambiente seguro no âmbito hospitalar para evitar a ocorrência de lesão, sangramento e infecção, monitora o paciente quanto às numerosas complicações potenciais. O potencial de comprometimento respiratório é grande, tendo em vista o estado neurológico deprimido do paciente. Incentivar a respiração profunda e as mudanças de decúbito para evitar o desenvolvimento de atelectasia, pneumonia e outras complicações respiratórias são condutas da equipe de enfermagem (SMELTZER et al.,2014).

É importante que a enfermagem se comunique com a família, para fornecer informações sobre o estado do paciente, e apoia explicando os procedimentos e os tratamentos que fazem parte do cuidado ao mesmo. Quando o paciente se recupera da encefalopatia hepática e do coma, é provável que a reabilitação seja prolongada. Por conseguinte, o cliente e a família irão necessitar de assistência para compreender as causas dessa grave complicação e para reconhecer que ela pode sofrer recidiva (HINKLE et al.,2014).

O enfermeiro deve observar e avaliar se o paciente tem capacidade para realizar as atividades de vida diária (AVD), a fim de determinar o nível de independência no autocuidado e a necessidade da prescrição de enfermagem. Assim, o enfermeiro necessita ser conhecedor das condições clínicas e do grau de complexidade do cliente, dos efeitos que essas condições clínicas incidem sobre a sua capacidade e do envolvimento da família nessas atividades. Esses dados são fundamentais no estabelecimento das metas e no incremento do plano de cuidado para melhorar o autocuidado (SMELTZER et al., 2005).

Conforme Pereira (2014), o enfermeiro tem um papel essencial juntamente com a equipe multidisciplinar, no desempenho e estímulo à reabilitação. Deve ainda trabalhar na perspectiva do cuidado, levando em consideração elementos determinantes nos processos interacionais paciente/família/equipe, a fim de que os recursos utilizados na promoção da saúde, prevenção de complicações, orientação para o autocuidado, estejam focados para o resgate da autoestima e autonomia funcional. Torna-se importante também viabilizar ao encefalopata o máximo de independência possível para realizar as AVD.

Segundo Nascimento (2015), é necessário que a equipe implemente na prática a SAE (Sistematização de Assistência da Enfermagem) para melhor auxiliar o paciente em seu tratamento. Entre os cuidados incluiu-se também a administração segura de medicamentos, entendendo suas indicações, seus efeitos e interações. Pode-se observar nessa experiência o risco do uso de algumas drogas, como benzodiazepínicos tendo em vista que os mesmos são metabolizados no fígado no qual a doença afeta diretamente, outros cuidados também necessários como o banho, manutenção de sondas e cateteres para os pacientes dependentes e restritos ao leito.

Pode-se ressaltar que o cotidiano assistencial no cuidado a esses pacientes com EH é, de certo modo, distinto e um tanto peculiar, pois é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento teórico, prático e habilidades fundamentais para promover uma assistência de enfermagem de qualidade e integral a esse paciente (PEREIRA, 2014).

Diante desta perspectiva, almeja-se descobrir: de que forma é abordado o paciente portador de encefalopatia hepática pela enfermagem no âmbito hospitalar na perspectiva do cuidado?

1.2 JUSTIFICATIVA

A EH é um agravo causado pela complicação da doença hepática, potencialmente fatal que ocorre com insuficiência hepática profunda. Os pacientes com essa condição não apresentam sinais francos da doença, porém exibem alterações importantes no exame neuropsicológico.

A assistência de enfermagem configura-se como fundamental neste processo, pois consiste em um trabalho relevantemente indispensável, visto que os profissionais deste segmento estão diretamente envolvidos no acompanhamento ao paciente e aos seus familiares/cuidadores.

O presente tema foi escolhido com vistas ao desejo de aprofundamento científico, após vivência assistencial da pesquisadora. Almeja-se que este estudo contribua para a ampliação do conhecimento sobre o referido conteúdo, colaborando com o meio acadêmico e com os serviços de saúde acerca das condutas de enfermagem aos pacientes portadores de EH. Desta forma, visa-se ampliar ainda o cuidado qualificado na recuperação e na perspectiva de vida dos usuários.

Busca-se, diante de observações realizadas no âmbito hospitalar, especificamente da assistência em enfermagem, construir uma pesquisa de maneira enriquecedora para a vida acadêmica, para os serviços de saúde e para leigos que tenham interesse em conhecer essa patologia ainda pouco discutida e para os profissionais das áreas da saúde.

1.3 HIPÓTESE

O cuidado de enfermagem envolve muito mais que um momento de atenção, zelo e de dedicação. Envolve um sentimento de confiança com o outro, uma atitude de ocupação, preocupação e responsabilidade, o cuidado tem um significado fundamental para a melhoria de uma doença, principalmente numa complicação da EH.

Entende-se que, diante de sua relevância, a assistência de enfermagem ao paciente portador de encefalopatia hepática hospitalizado necessita de um maior enfoque na teoria e na prática, em prol da eficaz recuperação e promoção da saúde do indivíduo afetado por este agravo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a conduta de enfermagem frente ao paciente portador de Encefalopatia Hepática em nível hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Investigar o conhecimento do enfermeiro assistencial acerca da Encefalopatia Hepática.

Verificar a atuação da enfermagem no atendimento ao paciente portador de Encefalopatia Hepática.

Identificar potencialidades e dificuldades vivenciadas no tratamento da Encefalopatia Hepática pelos enfermeiros entrevistados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FÍGADO HUMANO: ANATOMIA E FISIOLOGIA

O fígado, a maior glândula do corpo, pode ser considerado uma fábrica química que produz, armazena, altera e excreta um grande número de substâncias envolvidas no metabolismo. Localiza-se atrás das costelas, na porção superior direita da cavidade abdominal. Pesa aproximadamente 1.800g nos homens e 1.400g nas mulheres, sendo dividido em quatro lobos. Uma fina camada de tecido conjuntivo circunda todo o lobo, estendendo-se para dentro do próprio lobo e dividindo a massa hepática em pequenas unidades funcionais chamadas lóbulos (ZAKIM e BOYER, 2003).

Segundo Smeltzer et al., (2009), a circulação do sangue para dentro e para fora do fígado é fundamental para função hepática. O sangue que perfunde o fígado advém de duas fontes. Aproximadamente 75% do suprimento sanguíneo originam-se da veia porta, que drena o trato gastrintestinal (GI) e é rico em nutrientes, o restante do suprimento sanguíneo entra pela artéria hepática e é rico em oxigênio.

Os ramos terminais desses dois vasos sanguíneos se unem para formar os leitos capilares comuns, que constituem os sinusóides do fígado. Dessa maneira, uma mistura de sangue venoso e arterial banha as células hepáticas (hepatócitos), (MACSWEEN, BUT, PORTMANN et al., 2002).

O fígado desempenha importante papel no metabolismo da glicose e na regulação da concentração da glicose sanguínea. Depois de uma refeição, a glicose é captada do sangue venoso porta pelo fígado e convertido em glicogênio, que é armazenado nos hepatócitos. Subsequentemente, o glicogênio é reconvertido em glicose (glicogenólise), que é liberada, quando necessária, na corrente sanguínea, a fim de manter níveis glicêmicos normais (ZAKIM e BOYER, 2003).

O fígado é particularmente importante na regulação do metabolismo da glicose e proteína. O fígado fabrica e secreta a bile, que possui um papel importante na digestão e absorção dos lipídios no trato GI (SMELTZER et al., 2009).

Com base nas afirmações de Smeltzer (2009), o fígado remove os produtos residuais da corrente sanguínea e os secreta na bile. A bile produzida pelo fígado é

armazenada temporariamente na vesícula biliar até que seja necessária para a digestão, em cujo momento a vesícula biliar se esvazia e a bile penetra no intestino.

3.2 A ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

A Encefalopatia Hepática corresponde ao conjunto de manifestações neuropsiquiátricas associadas com hepatopatia aguda ou crônica. A sua reversibilidade não reduz a importância de sua imediata identificação e tratamento, que diminuem consideravelmente a sua potencial morbimortalidade (LANNA et al., 2011).

A EH é uma consequência do efeito neurotóxico da amônia (NH_4^+), descrito pela primeira vez por Marcel Nencki e Ivan Pavlov em 1893. Esse efeito é mediado pela glutamina (produto da reação do neurotransmissor glutamato com a amônia) que lesa neurônios e astrócitos cerebrais (SHAWCROSS, 2005).

Nos pacientes com cirrose, a encefalopatia pode ser aguda, geralmente associada por um fator precipitante, ou crônica, havendo um persistente distúrbio cognitivo nem sempre evidente, mas, que pode ser demonstrado por exames neuropsicológicos ou por exames neurofisiológicos (ROPPER, 2005).

As manifestações clínicas variam de uma síndrome subclínica a complexas manifestações neuropsiquiátricas, tais como declínio cognitivo, confusão mental, redução das capacidades motoras finas, asterixis, neuropatia periférica, clônus, sinal de Babinski, postura de descerebração ou decorticação, bradicinesia, sintomas extrapiramidais e coma (COELHO et al., 2011).

3.2.1 FISIOPATOLOGIA

Smeltzer (2009) afirma ainda em sua obra que a amônia, que está entrando constantemente na corrente sanguínea, acumula-se porque as células hepáticas lesionadas falham em detoxificar e converter a amônia em uréia. A amônia penetra na corrente sanguínea como resultado de sua absorção do GI e de sua liberação do rim e das células musculares. A concentração aumentada de amônia no sangue provoca disfunção e lesão cerebral, resultando em encefalopatia hepática.

De acordo com a gravidade dos sintomas neurológicos, a encefalopatia hepática é classificada em episódica (anteriormente aguda), persistente

(anteriormente crônica) ou mínima (anteriormente “subclínica”) (DAMIANI et al., 2013).

A doença hepática de base, ainda poderá ser classificada em tipo A (associada à insuficiência hepática aguda), tipo B (associada ao bypass porto-sistêmico na ausência de doença hepática intrínseca) ou tipo C (associada à cirrose). A doença é causada pela incapacidade do fígado em metabolizar substâncias que atingirão o cérebro e causarão lesão ao parênquima (LAUDANNA et al., 2013).

A amônia continua como o fator mais importante na patogênese da EH, e a maioria das terapias atuais baseiam-se na modulação da concentração desta toxina. Distúrbios na neurotransmissão devido ao aumento do ácido gama-aminobutírico (GABA), aumentando a neuroinibição, redução do glutamato, reduzindo a neuroexcitação e aumento de benzodiazepinas e neuroesteroides, têm-se mostrado importantes na procura de explicar a fisiopatologia da EH (MASSINHA, 2005).

O controle dos níveis de amônia também ocorre nos rins, de tal forma que a expansão plasmática levará à maior excreção de ureia, diminuindo a intensidade da encefalopatia. Alguns outros fatores que aumentam a amônia sérica precipitam a encefalopatia hepática (SANCHES et al., 2013).

Segundo Barril et al. (2013), diz que além da amônia, outros fatores são desencadeadores da doença: nas encefalopatias episódicas em vigência de cirrose, questiona-se o papel da inflamação – há elevação dos marcadores de resposta inflamatória aguda e citocinas (responsáveis pelo edema astrocitário in vitro – exacerbados também por hiponatremia e benzodiazepínicos) nessa condição. Possivelmente, as alterações vasculares cerebrais propiciam um aumento da pressão de perfusão cerebral (PPC) com maior atuação da amônia sobre o tecido nervoso.

Quanto à evolução da patologia, a estratificação sequencial da insuficiência hepática aguda (IHA) se baseia na rapidez do desencadeamento da encefalopatia: até uma semana é hiperaguda, de uma a quatro semanas é aguda, e de quatro a doze semanas é subaguda. Os pacientes com EH secundária à IHA devem ser avaliados precocemente, diagnosticados e tratados em Unidades de Tratamento Intensivo, preferentemente junto a um centro de transplante hepático (FRONTERA et al., 2011).

3.2.2 CAUSAS

De acordo com Jorge (2005), a encefalopatia hepática é uma manifestação de doenças no fígado, em que há um excesso de produtos tóxicos provenientes da alimentação e do próprio fígado, que deveria eliminá-las. A encefalopatia surge quando o fígado se torna incapaz de eliminar ou transformar esses tóxicos pela destruição das suas células ou porque o sangue que vem do sistema digestivo é eliminado do seu caminho normal e vai direto para a circulação geral (incluindo a do cérebro) sem passar pelo fígado antes.

A encefalopatia hepática pode ser precipitada por vários fatores clínicos, tais como infecções, distúrbios hidroeletrólíticos, hemorragia gastrointestinal (muitas vezes originada das varizes esofagianas) e hipoxemia (BROWN, 2005).

3.2.3 SINTOMAS

Sintomas como disfunção extrapiramidal, incluindo a hipomimia, rigidez muscular, bradicinesia, hipocinesia, monotonia e lentidão da fala, tremor de tipo parkinsoniano e discinesia com movimentos voluntários diminuídos, são achados comuns; em contraste, a presença de movimentos involuntários semelhantes a tiques ou coreia raramente ocorrem (WEISSENBORN et al., 2005).

De uma forma particular, os sinais mentais (quer cognitivos, quer comportamentais) e motores da EH podem não ter expressão, ou não progredir em paralelo, em cada indivíduo, produzindo, portanto, dificuldades no estadiamento da gravidade da EH (BACCARANI et al., 2010).

Middleton et al. (2014), dizem que os distúrbios do ciclo vigília-sono com sonolência diurna excessiva são frequentes, ao passo que se observa com menor consistência a reversão completa do ciclo vigília-sono. Os doentes podem desenvolver progressiva desorientação face ao tempo e espaço, comportamento impróprio e estados confusionais agudos com agitação ou sonolência, letargia e, por fim, coma.

À medida que a EH progride, mudanças de personalidade, tais como apatia, irritabilidade e desinibição, podem ser relatadas por familiares do doente e ocorrem alterações óbvias na consciência e na função motora (MONTAGNESE et al., 2014).

Em doentes não comatosos com EH, podem ser observadas anomalias do sistema motor, tais como hipertonia, hiperreflexia e um sinal de Babinski positivo. Em contraste, os reflexos tendinosos profundos podem diminuir e até desaparecer no coma, embora possam continuar a observar-se sinais piramidais (PRABHAKAR et al., 2014).

A encefalopatia hepática produz ainda um amplo espectro de manifestações neurológicas e psiquiátricas inespecíficas. Na sua expressão mais ligeira, a EH altera apenas os testes psicométricos dirigidos à atenção, memória de trabalho (MT), velocidade psicomotora e capacidade visuo-espacial, bem como as medidas cerebrais eletrofisiológicas e outras medidas funcionais (AMODIO, 2004).

A busca ativa de eventuais fatores que possam estar provocando o surgimento de encefalopatia hepática é tarefa prioritária, devendo ser iniciada quando dos primeiros sinais de encefalopatia. Frequentemente, o controle efetivo do fator precipitante é suficiente para reverter o processo, desde que começado nas fases iniciais da síndrome (SHAWEROSS et al., 2010).

3.2.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da encefalopatia hepática baseia-se no quadro clínico, existência de doença hepática aguda ou crônica, ocorrência de fator precipitante e exclusão de outras causas, como doenças metabólicas, infecções, efeito de drogas incluindo etanol e lesões intracranianas. As presenças de asterix e/ou fetor hepaticus podem auxiliar o diagnóstico, mas são sinais inespecíficos (ALS-NIELSEN et al., 2005).

Conforme Guillen et al. (2006), o diagnóstico de EH é de exclusão, outras encefalopatias metabólicas devem ser excluídas, como por exemplo a deficiência de vitamina B1, hipoglicemia e hipotireoidismo, em adição, patologias intracranianas que podem coexistir com a patologia hepática e EH, devem também ser excluídas. Como exemplo temos o hematoma subdural, uma condição clínica que pode estar presente num paciente cirrótico com uma coagulopatia, depois de um traumatismo craniano, provocado por uma queda causada pela EH. Uma encefalopatia metabólica coexistente ou uma lesão cerebral, deve especialmente ser suspeitado, se o paciente não melhora após o tratamento adequado.

Os pacientes com cirrose hepática e encefalopatia hepática persistente apresentam manifestações neurológicas crônicas, em geral fáceis de diagnosticar, que podem ser exacerbadas pelos eventos precipitantes clássicos da EH como constipação, hiponatremia, sangramento gastrointestinal, infecções, doença renal etc. (SHAH NJ et al., 2008).

A avaliação e medição da gravidade da EH é abordada de forma contínua. As estratégias de teste implementadas vão desde escalas clínicas simples a instrumentos psicométricos e neurofisiológicos sofisticados; no entanto, nenhum dos testes atuais é válido para todo o espectro. O teste apropriado e as opções de diagnóstico diferem de acordo com a acuidade da apresentação e o grau de comprometimento (CORDOBA et al., 2011).

Tão importante quanto excluir outras doenças que possam levar às alterações neurológicas é investigar possíveis fatores desencadeantes para o surgimento ou piora da encefalopatia hepática. Apesar das consequências da encefalopatia em si, alguns fatores desencadeantes são mais graves e, se não tratados precocemente, podem levar ao óbito ou se tornarem irreversíveis (JORGE, 2005).

É importante observar ainda que, no processo diagnóstico, insuficiência hepática aguda e hepatite fulminante são sinônimos usados para definir a situação clínica em que há o aparecimento de disfunção hepatocelular com alterações da coagulação e encefalopatia na ausência de doença hepática preexistente (BERNAL et al., 2010).

O diagnóstico clínico de EH é relativamente fácil, porém subjetivo, dependente da experiência do observador para caracterizar as diferentes fases, desde o grau I com desorientação, passando para letargia, semi-estupor até o coma hepático (SATRASS, 2006).

3.2.5 FATORES DE RISCO

A encefalopatia hepática classificada como episódica costuma estar associada ao surgimento de fatores precipitantes. Entre os mais importantes e mais difíceis de serem controlados estão a hemorragia digestiva alta e infecções bacterianas (BITTENCOURT et al., 2011).

Vários outros fatores, entretanto, têm sido relacionados com o surgimento de encefalopatia, destacando-se alterações hidroeletrólíticas, como uma simples

desidratação, procedimentos cirúrgicos, sobrecarga protéica, obstipação intestinal, etc (STRAUSS et al., 2011).

É importante reconhecer que a EH, aguda ou crônica, é reversível e que um fator precipitante, em vez de um agravamento da função hepática, pode ser identificado na maioria dos pacientes (MUNOZ, 2008).

3.2.6 TRATAMENTO

Vários tratamentos têm sido utilizados para EH, porém sua eficácia foi pouco estudada através de ensaios clínicos randomizados. A maioria dos pacientes mostra sinais de melhora clínica dos sintomas de EH dentro de 24-48h após o início do tratamento, sendo a redução do nível circulante de amônia o que geralmente provoca a resolução da EH (LANNA et al., 2011).

De acordo com Cash et al. (2010), a lactulose é estabelecida como a terapia de primeira linha para o EH principalmente devido à vasta experiência clínica com seu uso. Atua através da redução do pH do cólon, favorecendo a conversão da amônia em forma inabsorvível (NH_4^+). Além disso, aumenta a velocidade do trânsito gastrointestinal e o volume das fezes, provocando aumento da excreção de nitrogênio fecal em até quatro vezes.

Enemas são comumente usados em pacientes incapazes de tomar laxantes por via oral de forma segura. Dissacarídeos não absorvíveis são preferencialmente utilizados, mas a limpeza do intestino também pode ser feita com solução isotônica de manitol (CARDOSO et al., 2011).

O custo dos medicamentos é muito variável para ser incluído nas análises porque varia muito de país para país e é geralmente determinado por aquilo que as empresas farmacêuticas acreditam que o mercado pode sustentar (RAKOSKI et al., 2012).

A rifaximina, igualmente pouco absorvida nos intestinos e com baixa toxicidade, foi aprovada recentemente nos Estados Unidos, porém ainda não está disponível no Brasil, e seu custo é bem mais elevado do que os outros antibióticos ou dissacarídeos usados na EH. Ela pode ser utilizada isoladamente ou associada com lactulose, tendo sido eficiente na prevenção de novos surtos de EH episódica (BITTENCOURT et al., 2011).

Outros antibióticos, como metronidazol e vancomicina oral têm sido eficazes em ensaios clínicos limitados e são mais bem tolerados do que a neomicina. Metronidazol e vancomicina oral têm eficácia similar aos dissacarídeos não absorvíveis, mas foram um pouco melhor tolerados (MARTINS et al., 2011).

Partindo-se desta abordagem, percebe-se que o uso de antibióticos é então baseado no seu papel na supressão da flora intestinal e de sua atividade metabólica, propiciando diminuição da produção da amônia e de outras toxinas derivadas das bactérias. A neomicina tem potencial para nefrotoxicidade. O metronidazol, já citado, tem eficácia similar à da neomicina, mas o seu uso prolongado além de duas semanas pode trazer problemas digestivos e neurotoxicidade periférica (FESTI et al., 2006).

Segundo Coelho et al. (2011), a encefalopatia hepática é uma complicação severa da doença hepática crônica ou aguda que afeta drasticamente a qualidade de vida e a sobrevivência do doente. O atual manejo terapêutico exige a rápida identificação das causas precipitantes e a escolha do arsenal medicamentoso de acordo com as peculiaridades de cada paciente. A lactulose se mantém como droga de primeira escolha para a maioria dos pacientes com EH episódica ou persistente.

Conforme Strauss (2006), para o tratamento específico da encefalopatia hepática propriamente dita é interessante observar que houve, ao longo do tempo, abordagens dirigidas especificamente a determinados órgãos.

O transplante de fígado é uma das alternativas terapêuticas para EH. “Ao perceberem a alta mortalidade dos candidatos na lista para transplante hepático, os Estados Unidos adotaram o sistema MELD (do inglês Model for End-stage Liver Disease) para alocar os órgãos para transplante de forma mais adequada” (SALVALAGGIO et al., 2012).

Deve-se pesquisar sistematicamente a presença de shunts vasculares em pacientes cirróticos com EH persistente. A pesquisa de shunts vasculares deve ser realizada inicialmente por ultrassonografia com doppler colorido, seguido de angio Tomografia Computadorizada (TC) ou angio Ressonância Magnética (RM) como métodos de confirmação diagnóstica (STRAUSS et al., 2011).

A elaboração de pontuação adicional ao MELD para pacientes com encefalopatia hepática em lista de transplante de fígado ainda é bastante pesquisada. A alocação de fígados para transplante por meio da escala MELD foi adotada no Brasil em julho de 2006 (EXPERTS et al., 2011).

3.2.7 COMPLICAÇÕES

Massinha (2010) diz que a encefalopatia hepática é uma das principais complicações da doença hepática crônica e pode estar presente em 50 a 70% de todos os pacientes cirróticos, incluindo aqueles com alterações demonstráveis apenas por testes psicométricos, sendo uma complicação de grande relevância clínica. Na insuficiência hepática aguda, os doentes podem sucumbir a uma morte neurológica, com edema cerebral e hipertensão intracraniana.

Muitos pacientes com disfunção hepática desenvolvem edema generalizado, causado por hipoalbuminemia em consequência da produção hepática diminuída de albumina. A produção de fatores da coagulação sanguínea pelo fígado também está reduzida, levando a uma incidência aumentada de equimoses, epistaxe e sangramento de feridas (CHEEVER et al., 2014).

De acordo com Hinkle et al. (2014), podem ocorrer muitas complicações endócrinas, na disfunção hepática, uma vez que o fígado é incapaz de metabolizar apropriadamente os hormônios, incluindo os androgênios e os hormônios sexuais. A incapacidade do fígado lesionado de inativar os estrogênios normalmente pode causar ginecomastia, amenorreia, atrofia testicular, perda dos pelos púbicos no homem, irregularidades menstruais na mulher e outros distúrbios da função e das características sexuais.

Outra complicação é a desordem neurológica associada a EH persistente em pacientes com cirrose e sistema de classificação de pacientes (SPS) é a mielopatia hepática ou síndrome hepatoespinhal. Caracteriza-se pela presença de paraparesia espástica progressiva devido a função corticoespinhal prejudicada. Nestes pacientes, a agudização da EH pode ocasionar graves quadros neurológicos como torpor, coma etc. (BACCARANI V et al., 2010).

A confusão e os padrões alterados da fala resultam da hipóxia cerebral devido aos altos níveis de amônia sérica causados pela capacidade prejudicada do fígado em converter a amônia em ureia pode levar a encefalopatia (SOUZA, 2011).

Segundo Peixoto (2006), as funções motoras apresentam uma deterioração progressiva, começando por ligeiros déficits psicomotores que evoluem para o aparecimento de sinais como a apraxia e a axeteris, sendo que, este último sinal não constitui um sintoma patognômico de insuficiência hepática, mas é muito característico deste quadro.

Ainda quanto às complicações, a encefalopatia hepática classificada como episódica costuma estar associada ao surgimento de fatores precipitantes. Entre os mais importantes e mais difíceis de serem controlados estão a hemorragia digestiva alta e infecções bacterianas (AHBOUCHA et al., 2005).

Segundo as diretrizes atuais, a gravidade da encefalopatia hepática evidente é classificada do grau I a IV, pelos critérios de West Haven. Nos doentes com encefalopatia hepática de grau IV a classificação pode ser complementada com a Escala de Coma de Glasgow (ALEIXO, 2010).

3.2.8 PROGNÓSTICO

Mesmo que a maioria das encefalopatias seja reversível pelo tratamento, o desenvolvimento dela significa uma doença hepática mais severa. Após um episódio de encefalopatia hepática, em 1 ano sem transplante, a sobrevida média é de apenas 40% (JORGE, 2005).

Uma vez realizado o diagnóstico de EH, é preciso ser observado a severidade do quadro de acordo com a Escala de Coma de Glasgow, valor que varia de 3 a 15, sendo o valor menor que 15, classificará a gravidade da EH e com os critérios de West Haven, baseados nas alterações de consciência de acordo com a classificação do grau I a IV, da função intelectual e do comportamento, assim, instituirá o tratamento adequado (PEREIRA et al., 2011).

3.3 CONDUZAS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia que presta o cuidado de enfermagem fundamentado cientificamente, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde individual, familiar e da comunidade, fornecendo uma assistência de qualidade (NECO; COSTA; FEIJÃO, 2015).

O Processo de Enfermagem (PE), o qual é composto por cinco etapas que incluem a coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento dos cuidados, implementação e a avaliação dos resultados (SHIMIZU, 2010).

A prevalência da EH em pacientes cirróticos é habitualmente subestimada em virtude da preservação das habilidades verbais dos pacientes em estádios iniciais desta complicação neurológica. As funções psicomotoras e visuo-espaciais que são afetadas precocemente na EH, requerem testes neuropsicométricos para sua avaliação (MUÑOZ, 2013).

Alguns raros pacientes com cirrose e EH persistente cursam com um quadro grave neurológico debilitante associado a déficit de atenção, bradifrenia, ataxia, parkinsonismo e outras desordens do movimento denominado degeneração hepatocerebral (FERRARA J & JANKOVIC J., 2009).

Recomenda-se que portadores de EH sejam submetidos a apreciação de uma Câmara Técnica de especialistas para decisão caso a caso, baseada no grau de encefalopatia, na gravidade e na frequência dos episódios e na condução adequada do tratamento clínico (BITTENCOURT et al., 2011).

É importante também que o paciente cirrótico seja avaliado pelo enfermeiro quanto a presença de Encefalopatia Hepática Mínima (EHM) pois, ausência de alguns sintomas pode ocorrer riscos e consequências na vida diária do portador desta patologia. Principalmente no momento da sua habilitação ou renovação da sua licença de condutor (TERRA et al., 2011).

De acordo com Tramote et al. (2006), a detecção e adequada conduta terapêutica, variável segundo o fator precipitante, são de fundamental importância para a recuperação do paciente. Fatores precipitantes usuais em cirróticos podem ser a obstipação intestinal e a desidratação ou desequilíbrio hidroeletrolítico causado pelo uso de diuréticos. A remoção desses fatores, em ambiente hospitalar, pode reverter o quadro de Encefalopatia, sem qualquer medicação específica.

A enfermagem é responsável por manter um ambiente seguro para evitar a ocorrência de lesão, sangramento e infecção, administra os tratamentos prescritos e monitora o paciente quanto as numerosas complicações potenciais (CHEEVER, 2014).

Segundo Fitzpatrick (2014), o potencial de comprometimento respiratório é grande, tendo em vista o estado neurológico deprimido do paciente. A enfermagem colabora incentivando a respiração profunda e as mudanças de decúbito evitando o desenvolvimento de atelectasia, pneumonia e outras complicações respiratórias. Apesar do cuidado pulmonar agressivo, os pacientes podem desenvolver comprometimento respiratório, necessitar de intubação e ventilação mecânica para

proteger a via respiratória, e com frequência são internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Conforme Hinkle et al. (2014), o estado neurológico deve ser avaliado com frequência, o estado mental é monitorado, mantendo um registro diário da escrita e do desempenho aritmético, o balanço hídrico e o peso corporal são registrados a cada 4 horas. Os locais de infecção (peritônio, pulmões) são avaliados com frequência, e os achados anormais devem ser relatados imediatamente. O nível sérico de amônia deve ser monitorado diariamente. O aporte de proteína é regularmente registrado nos pacientes que estão comatosos ou que apresentam encefalopatia refratária à lactulose e antibioticoterapia.

O monitoramento institui uma função de enfermagem essencial para identificar a deterioração precoce do estado mental. A enfermagem monitora rigorosamente o estado mental do paciente e relata as alterações observadas, de modo que o tratamento da encefalopatia possa ser iniciado imediatamente (BARE et al., 2014).

3.4 O PORTADOR DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA E A SUA INTEGRALIDADE

Os portadores desta patologia necessitam de uma assistência multiprofissional com o objetivo de maximizar a função hepática, controlar complicações e prevenir infecções. O profissional de enfermagem é responsável pela prestação de cuidados integrais e contínuos ao indivíduo, desde seu estado mais estável ao mais crítico (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

O enfermeiro comunica-se com a família, para fornecer informações sobre o estado do paciente, e a apoia explicando os procedimentos e os tratamentos que fazem parte do cuidado ao mesmo (SMELTZER et al., 2014).

A educação dos doentes e familiares deve incluir efeitos da medicação (lactulose, rifaximina etc.) e potenciais efeitos colaterais (por exemplo, diarreia), importância da adesão, os primeiros sinais de recidiva da EH; e ações a tomar em caso de recidiva (por exemplo, medidas anti-obstipação para recidiva ligeira e encaminhamento para clínico geral ou hospital se a EH se associar a febre) (GUYATT et al., 2008).

O uso continuado de lactulose no ambiente domiciliar não é incomum, e o paciente e família devem monitorar rigorosamente a sua eficácia e efeitos colaterais.

Devem ser também advertidos de que a constipação intestinal pode precipitar encefalopatia e que ela deve ser evitada pelo uso da lactulose prescrita, que é crucial na prevenção da constipação intestinal (CHEEVER et al., 2014).

Quando o paciente se recupera da encefalopatia hepática e do coma, é provável que a reabilitação seja prolongada. Por conseguinte, o paciente e a família irão necessitar de assistência para compreender as causas dessa grave complicação e para reconhecer que ela pode sofrer recidiva (BARE et al., 2014).

Durante a recuperação e na situação domiciliar, é importante instruir o paciente a manter uma dieta hipercalórica com quantidade moderada de proteína. Em seguida, a proteína pode ser acrescentada em aumentos de 10g a cada 3 a 5 dias se houver melhora do estado mental (HINKLE et al., 2014).

Segundo Feldman et al. (2006), o uso de proteína vegetal em lugar da animal pode estar indicado para pacientes cuja tolerância à proteína total diária é de menos de 1 g/kg. A ingestão de proteína vegetal pode resultar em melhora do balanço nitrogenado, sem precipitar nem avançar a encefalopatia hepática.

É importante avaliar o estado do volume de líquidos do paciente e estar alerta para quaisquer alterações indicando a ocorrência de hipovolemia, devido a um aporte diminuído, bem como para a redução do débito urinário associada à síndrome hepatorenal (CHEEVER et al., 2014).

Os doentes com graus mais elevados de EH que estão em risco ou que desenvolveram incapacidade de proteger a via aérea precisam de acompanhamento mais rigoroso e são idealmente monitorizados num ambiente de cuidados intensivos. As causas alternativas de encefalopatia não são raras em doentes com cirrose avançada (CHAVARRIA et al., 2013).

De acordo com os autores Smeltzer e Bare (2006) e Carpenito-Moyet (2006), torna-se essencial a procedência de constante avaliação neurológica, incluindo o comportamento do paciente, capacidade cognitiva, orientação em tempo e lugar e padrão de fala, bem como o cuidado na administração de fármacos, tendo em vista a função hepática prejudicada, que torna o metabolismo de alguns fármacos, causando acúmulo de substâncias e aumento da toxicidade.

Vários outros fatores têm sido relacionados com o surgimento de encefalopatia, destacando-se alterações hidroeletrólíticas, como uma simples desidratação, procedimentos cirúrgicos, sobrecarga proteica, obstipação intestinal

etc. Estes pontos devem ser constantemente monitorizados e registrados pelos cuidadores, afim de que se evitem maiores complicações. (SEYAN et al., 2010).

Os pacientes e respectivas famílias podem necessitar de ajuda para desenvolver planos de enfrentamento para lidar com as alterações do humor e do estado mental. Esse plano deve identificar pessoas de apoio que possam auxiliar o paciente na situação domiciliar, quando necessário (HINKLE et al., 2014).

O encaminhamento para outros especialistas, como psicólogos, enfermeiras psiquiátricas, gerentes de casos, assistentes sociais ou terapeutas, pode ajudar os familiares a lidar com o problema (BARE et al., 2014).

Se o consumo de álcool desempenhou um papel no desenvolvimento da doença hepática e encefalopatia, o encaminhamento aos Alcoólicos Anônimos ou Al-Anon pode proporcionar o apoio e a educação necessários (CHEEVER et al., 2014).

O aspecto mais importante do tratamento destes doentes é reconhecimento de potenciais fatores precipitantes. Em mais de 80% dos casos a encefalopatia hepática é causada por fatores reversíveis e a sua identificação e correção é benéfica para a melhoria clínica (ALEIXO, 2010).

3.5 A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

Segundo Hauser et al. (2006), a encefalopatia hepática constitui a manifestação neuropsiquiátrica da insuficiência hepática associada à hipertensão portal e shunt do sangue do sistema venoso porta para a circulação sistêmica.

De acordo com Feldman et al. (2006), o tratamento clínico da encefalopatia hepática visa identificar e eliminar a causa precipitante, quando possível, iniciar a terapia para reduzir os níveis de amônia, diminuir as complicações clínicas potenciais da cirrose e da consciência deprimida e reverter a doença hepática subjacente, se possível. A correção dos possíveis motivos pela deterioração, como sangramento, anormalidades eletrolíticas, sedação e azotemia, é essencial.

Conforme Barros & Cols (2002), para uma boa avaliação o enfermeiro necessita avaliar e identificar problemas relacionados ao aspecto físico e emocional do paciente, utilizando de técnicas de inspeção, avaliando os sinais físicos relacionados à disfunção hepática como palidez, icterícia, edema MMII, ascite, veias dilatadas da parede abdominal.

O processo em enfermagem (PE) pode ser definido como aplicação prática de um modelo assistencial ou teoria de enfermagem na assistência aos pacientes. Este Processo é um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever a resposta da clientela aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional (VARGAS e FRANÇA, 2007).

Os autores supracitados acrescentam ainda que, na palpação, o examinador irá detectar se o fígado está aumentado apresentando bordas firmes e pontiagudas, com superfície lisa. No paciente cirrótico, o fígado estará pequeno e endurecido. Na percussão, o avaliador irá revelar se a parede torácica inferior está indolor à manobra, estimando o tamanho do fígado através de suas bordas superior e inferior. Na ausculta, o enfermeiro verifica se estão presentes os ruídos hidroaéreos na região abdominal.

O enfermeiro estima o tamanho do fígado percutindo suas bordas superior e inferior. Se o fígado não for palpável mas houver suspeita de hipersensibilidade, a percussão brusca da região inferior direita do tórax pode provocar hipersensibilidade. Para comparação, o enfermeiro realiza então uma manobra semelhante na região inferior esquerda do tórax (BICKLEY, 2007).

É fundamental a coleta de uma história clínica detalhada e um exame físico completo (com exame neurológico minucioso) dado o amplo espectro de diagnósticos diferenciais, nomeadamente patologias vasculares, metabólicas, intracranianas e outros distúrbios neuropsiquiátricos (ALEIXO, 2010).

É, ainda, imprescindível a identificação de fatores precipitantes da encefalopatia hepática, como infecções ou desequilíbrios eletrolíticos (hiponatremia e hipocalcemia) que ocorrem como resultado de hipertensão portal e/ou uso de diuréticos (DBOUK & MCGUIRE, 2006).

Se um paciente com ascite por disfunção hepática for hospitalizado, as medidas de enfermagem incluem a avaliação e a documentação do balanço hídrico, circunferência abdominal e pesagem diária para avaliar o estado hídrico. O enfermeiro monitora os níveis séricos de amônia e eletrólitos para avaliar o equilíbrio eletrolítico, a resposta à terapia e os indicadores de encefalopatia (BARE et al., 2014).

Explicar a encefalopatia do sistema portal à família ensinando-os a observar e comunicar qualquer confusão, tremor, ou modificações de personalidade, pois o

desenvolvimento da encefalopatia é observado, primeiro pelos membros da família (KNOBEL, 2006).

Discutir as causas da anorexia, dispepsia e náusea, faz-se necessário pois, o fluxo hepático sanguíneo obstruído, causa a congestão vascular gastrointestinal, resultando em gastrite e diarreia ou constipação, e que a função prejudicada do fígado causa perturbações metabólicas, resultando em anorexia e fadiga (BOUNDY et al., 2004).

É preciso explicar os perigos de certos medicamentos, incluindo os narcóticos, os sedativos, os tranquilizantes e os produtos de amônia. Determinadas drogas são hepatotóxicas. O funcionamento prejudicado do fígado torna mais lento o metabolismo de algumas drogas, provocando o acúmulo de níveis, ensinar o paciente e a família a observar e comunicar os sinais de crescente severidade dos sintomas (CARPENITO, 2006).

Empregando o processo de enfermagem o enfermeiro pode identificar o problema às metas a serem atingidas e as ações que podem resolver ou reduzir o problema para que se possa atingir o resultado desejado (ATKINSON e MURRAY, 2008).

A aplicação do processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, centrada nas necessidades humanas básicas, e, além de ser aplicada a assistência, pode nortear tomadas de decisões em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto norteador da equipe de enfermagem (VARGAS, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa consiste em um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Já a pesquisa exploratória, tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Conforme Silva e Menezes (2005), a abordagem quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão etc.). Acerca da abordagem qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), CNPJ: 08.241.754/0104-50, localizado a Rua Antônio Vieira de Sá, Bairro Aeroporto, CEP: 59607-100; Município de Mossoró, Rio Grande do Norte. A preferência por este local veio por ser uma instituição de múltiplas especialidades, atendendo a uma população que abrange Mossoró e municípios adjacentes, o que pode contribuir no fornecimento de uma maior riqueza de eventos, dados e observações para esta pesquisa.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Conforme Manhães e Medeiros (2010), entende-se por população todos os indivíduos do campo de interesse da pesquisa, ou seja, o fenômeno observado. Sobre ela se pretende tirar conclusões. Fala-se de população como referência ao total de habitantes de determinado lugar. E acerca da amostra a parte da população que é tomada como objeto de investigação da pesquisa. É o subconjunto da população.

A população foi composta por enfermeiros que atuam no Pronto Socorro (PS), Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional Tarcísio Vasconcelos Maia. A amostra foi constituída por 12 enfermeiros, ou seja, 04 de cada setor citado.

Os critérios de inclusão no estudo foram: enfermeiros que atuassem no Pronto Socorro, Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva da instituição pesquisada, de ambos sexos e que concordassem em responder a entrevista, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão no estudo foram: os profissionais que se encontraram em período de férias, licença/atestado médico e os que se recusaram a responder à entrevista.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos quantitativos desta pesquisa, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário de múltipla escolha, contendo 08 (oito) perguntas objetivas e que geraram números, através do cálculo estatístico das opções escolhidas pelos entrevistados.

Segundo Marconi e Lakatos (2007), o questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série de perguntas, não precisando da presença do pesquisador. Em geral, o pesquisador envia o questionário ao informante, pelo correio ou por um portador, depois de preenchido, o pesquisado devolve-o do mesmo modo.

As perguntas de múltipla escolha são aquelas onde o respondente escolhe uma alternativa ou um número limitado de opções, ou por qualquer número de opções de respostas (ZANELLA, 2009).

A parte qualitativa do estudo foi proporcionada através da aplicação de um questionário, contendo 05 (cinco) perguntas abertas, que proporcionaram reflexão do entrevistado, viabilizando respostas subjetivas. Desta forma, foi possível um maior aprofundamento nas informações colhidas, pois os sujeitos ficaram livres para lançar suas ideias e opiniões a partir dos questionamentos que lhes foram direcionados.

De acordo com Manzini (2012), deve existir flexibilidade na sequência da apresentação das perguntas ao entrevistado e o entrevistador pode realizar perguntas complementares para entender melhor o fenômeno em pauta.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto e pelo o comitê de Ética da FACENE – FAMENE de João Pessoa- PB, conforme certidão em anexo, protocolo CEP: 145/2017 e CAAE: 76287517.4.0000.5179. Foi encaminhado um ofício para a coordenação do curso de Enfermagem da FACENE de Mossoró-RN e para o hospital onde foi direcionada a pesquisa. Os enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa foram informados sob os aspectos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a realização do estudo, os instrumentos foram entregues aos enfermeiros, sendo marcada uma data específica para a devolução destes após respondidos, à pesquisadora. Este procedimento foi elencado devido à dificuldade em encontrar disponibilidade dos entrevistados para responder às entrevistas em seu horário de trabalho. Com este mecanismo, o público amostral pode sentir-se mais à vontade para trabalhar os questionamentos, fornecendo informações de forma mais precisa e tranquila, de acordo com o momento que julgarem mais oportuno, dentro do prazo estabelecido.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Severino (2007) analisa que é mais adequado empregar os termos “abordagem qualitativa” e “abordagem quantitativa”, por considerar que muitas são as pesquisas com metodologias diferenciadas, as quais podem caracterizar-se como uma abordagem qualitativa e abordagem quantitativa.

O método de pesquisa quantitativa, considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão) (KAUARK; MANHÕES; MEDEIROS, 2010).

Assim, os dados quantitativos colhidos através do questionário de múltipla escolha, foram trabalhados a fim gerar números e posteriormente calculados, por meio de frequências simples e porcentagens.

Na análise dos dados da pesquisa qualitativa, acredita-se que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas (KAUARK; MANHÕES; MEDEIROS, 2010).

A Análise de Conteúdo de Bardin foi a escolhida para trabalhar os dados qualitativos. Foram selecionados os principais relatos dos entrevistados de acordo com as variáveis trabalhadas e discutidas de forma a compreender reflexivamente as opiniões e considerações geradas, levando em conta a subjetividade dos seres.

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, configura-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Desse modo, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin sendo esta organizada em três fases: Pré-análise é a primeira fase e compreende a organização do material a ser analisada. A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro. A terceira fase é composta por tratamento dos resultados, inferência e interpretação, nesta etapa ocorre à condensação e o destaque das informações para a análise (BARDIN, 2006).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento complexo, que se desdobra em vários elementos, transformando sua proposição em um processo de esclarecimento e respeito à dignidade da pessoa humana, para fins de pesquisa (FILHO; PRADO; PRUDENTE, 2014).

A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE. Deste modo, no decorrer da elaboração da pesquisa foram observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL,2012).

O presente estudo atendeu à Resolução do Conselho de Ética de Enfermagem/ COFEN 311/2007, que atua de forma a normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermagem, visando qualidade dos serviços prestados pelos os profissionais da classe e pelo cumprimento da Lei de Exercício profissional (COFEN, 2012).

4.7.1 RISCOS E BENEFÍCIOS

O estudo em questão apresentou riscos mínimos para o (a) participante, como constrangimento durante a entrega dos questionários, receio de exposição, no entanto, os mesmos foi minimizados através da utilização de instrumentos de coleta que não proporcionou conotações negativas, de caráter pessoal ou profissional.

Em relação aos benefícios desta pesquisa, espera-se que os profissionais tenham refletido sobre a importância da conduta de enfermagem com o paciente portador da EH, sua implementação na rotina, bem como expor para os acadêmicos as informações trabalhadas e os resultados obtidos através desta relevante pesquisa acerca da segurança e melhoria na assistência ao paciente.

4.8 FINANCIAMENTO

Os custos desta pesquisa foi do próprio recurso da pesquisadora associada, ciente das suas responsabilidades conforme a previsão do orçamento. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN, disponibilizou das referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como, orientador e banca examinadora.

5- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise de discussão dos dados foi realizada a partir das respostas dos entrevistados, que teve como direcionamento o roteiro de entrevista, dividido em três partes: caracterização sócio-demográfica/perfil dos entrevistados; questionário com perguntas subjetivas e um questionário com perguntas objetivas. Os dados quantitativos serão apresentados em forma de tabelas e gráficos, seguidos da análise e discussão dos mesmos. Os qualitativos serão trabalhado de acordo com a análise de conteúdo de Bardin e foram elencados nas seguintes categorias: Percepção dos Enfermeiros acerca da Encefalopatia Hepática; Condutas dos Enfermeiros aos Pacientes Diagnosticados com Encefalopatia Hepática; Caracterização Patológica do Usuário com Encefalopatia Hepática Atendimento no Serviço Hospitalar; A complexidade da Assistência de Enfermagem a Usuários com Encefalopatia Hepática: Obstáculos Enfrentados.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Tabela 1- Valores de frequência simples e porcentagem dos dados sociodemográficos dos enfermeiros. Mossoró/RN. Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
GÊNERO		
Feminino	11	92%
Masculino	01	08%
IDADE		
28 a 29 anos	02	17%
30 a 35 anos	05	42%
45 a 53 anos	05	42%
ESTADO CIVIL		
Casada	06	50%
Solteira	02	17%
Divorciada	03	25%
Outros	01	08%
FORMAÇÃO		
Ensino superior	01	08%
Mestrado	00	00
Pós-graduação/especialização)	11	92%
Doutorado	00	00
TEMPO DE TRABALHO		
01 ano	00	00
De 01 a 05 anos	01	08%
De 05 a 10 anos	05	42%
Mais de 10 anos	06	50%
SETOR DE ATUAÇÃO		
Pronto Socorro	04	33%
Clínica Médica	04	33%
UTI	04	33%

Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Através da tabela acima é possível observar que a predominância do número de enfermeiros entrevistados na pesquisa foram do sexo feminino (92%), sendo 08% do sexo masculino. A faixa etária variou entre 28 e 53 anos. 50% dos entrevistados disseram ser casados e 92% com pós-graduação. O tempo de trabalho variando entre 01 a 05 e mais de 10 anos de profissão. Sendo entrevistados 04 enfermeiros dos setores: Pronto Socorro, UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e Clínica Médica.

Ao abordar as relações de gênero na área da enfermagem, não se pode desconsiderar a formação histórica dessa profissão, pois sabemos que continua sendo uma profissão predominantemente feminina, ainda que o número de homens em seu quadro profissional tenha aumentado (MUROYA; AUAD; BRÊTAS, 2011).

Percebe-se também que a maioria dos profissionais, logo após sua graduação, procuram realizar uma pós-graduação para aprimorar os seus conhecimentos. Fernandes (2005), fala que no ensino da enfermagem, de maneira geral, as escolas encontram dificuldades na incorporação das propostas para incrementar as mudanças na formação dos profissionais, estabelecidas pelas diretrizes curriculares nacionais de enfermagem.

Quanto ao tempo de trabalho dos enfermeiros entrevistados, variou entre 01 a 05 e mais de 10 anos de profissão como foi citado anteriormente, destacando-se que 5 correspondendo (42%) dos enfermeiros possuem de 5 a 10 anos de trabalho e 6 (50%) dos enfermeiros com mais de 10 anos de trabalho. Formiga et al.,(2005), diz que a experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam nos profissionais a permanência em uma organização, e ainda, o tempo de trabalho em uma instituição pode estar associado à proposta de trabalho da instituição e satisfação individual.

5.2 PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

Procurando compreender e conhecer melhor a vivência dos profissionais de enfermagem acerca do tema abordado, fez-se um estudo utilizando-se de um questionário contendo 05 (cinco) perguntas subjetivas. Para manter a privacidade dos entrevistados, foram substituídas suas identificações por representações constituídas pelos nomes de 12 estruturas que compõem a anatomia do fígado, sendo cada uma correlacionada a um componente da amostra.

Sabe-se que Encefalopatia Hepática é causada pela incapacidade do fígado metabolizar as substâncias tóxicas do organismo, assim, trazendo várias complicações para o portador desta patologia.

De acordo com Aleixo (2010), a encefalopatia hepática, como síndrome neuropsiquiátrica secundária à falência hepática aguda ou crônica, e que acarreta um impacto significativo nas atividades diárias habituais do paciente.

Sob a perspectiva das definições supracitadas e outras apresentadas ao longo do referencial teórico desta pesquisa, os enfermeiros foram questionados sobre o que para eles representam a Encefalopatia Hepática. Os principais relatos apresentam-se a seguir:

“Patologia grave, que geralmente acomete adultos em idade ainda produtiva, relacionada comumente ao etilismo crônico representa grave problema de saúde pública” (Lobo Direito)

“Doença grave, com alta taxa de letalidade e de grande incidência na nossa região. Acomete o encéfalo, de forma tóxica, por insuficiência e desajuste hepático” (Lobo Quadrado)

É notório, porém, a escassez de conhecimentos expressados por parte de outros profissionais.

“Na verdade, não tenho tanto conhecimento acerca desta patologia referida, pois lidava com recém-nascidos” (Ducto Cístico).

“Conheço apenas os conceitos fundamentais” (Lobo Caudado).

O motivo desta situação, pode estar relacionado à necessidade de maior aprofundamento ou falta de vivência acerca desta patologia pouco conhecida, tornando uma assistência mecânica e sendo vista e confundida com outras patologias. Mendes (2010), diz que a encefalopatia é um termo utilizado para descrever o que acontece com o paciente com doença hepática, quando sofre mudança em seu estado mental devido o aumento de substâncias tóxicas no sangue. Além disso, é importante destacar que se trata de uma doença grave, e que o tratamento farmacológico exclusivo não proporciona a cura, necessitando, inclusive de transplante hepático.

5.3 CONDUZAS DOS ENFERMEIROS AOS PACIENTES DIAGNÓSTICADOS COM ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

A conduta dos profissionais de enfermagem, requer, que os profissionais possam sempre realizar uma boa avaliação para identificar problemas relacionados ao aspecto físico e emocional do paciente e familiares, utilizando sempre a técnica de inspeção, para avaliar os sinais e alterações hepáticas.

Conforme Pereira (2014), o enfermeiro deve gerar um ambiente favorável, onde o indivíduo sinta tranquilidade e confiança para expressar-se, pois, o objetivo é dar ao indivíduo a possibilidade de identificar, sentir, saber escolher e decidir.

Desta forma ao analisar as respostas dos entrevistados percebem-se condutas diferentes, como por exemplo:

“Recebemos estes pacientes com pouca frequência” [...] “fazemos avaliação, evolução e intervenção nos agravos de competência do enfermeiro” (Veia Cava Inferior).

“Devido à sobrecarga, digo, superlotação e pouco conhecimento, nossas condutas ficam um pouco reduzidas à conduta médica. Temos pouca frequência desta patologia” (Veia Porta).

“Não muito frequentes os casos dessa doença” [...] “avaliar a função cognitiva, com intervalos regulares, observar o nível de inquietação do paciente e outros sinais neurológicos, monitorar a administração de medicamentos exames, limitar fontes de proteínas” (Artéria Hepática).

Percebe-se que os entrevistados supracitados possuem uma mesma linha de raciocínio. Ainda se tem os relatos:

“Com muita frequência, durante o ano vários pacientes são internados com esse quadro” [...] “Tomar conhecimento do caso para saber as causas, quanto tempo da doença, se faz o tratamento ou acompanhamento, apoio psicológico,

orientações, promover conforto e observar os sintomas” (Canal Colédoco).

É importante também observar desorientações, agitações, sonolência, tremores, fala arrastada e entre outros, icterícia, edema MMII, ascite, presença de varizes no abdômen e falta de apetite. Ainda complementando com Pereira (2014), que ressalta que o cotidiano assistencial no cuidado a esses pacientes é, de certo modo, distinto e um tanto peculiar, pois é necessário que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento teórico/prático e habilidades fundamentais para promover uma assistência de enfermagem de qualidade. No entanto Queluci (2009), ressalta que as condutas adequadas em relação às condições específicas e aspectos afetados do paciente com EH, frente aos graus de complexidade menor, média e maior nas situações envolvendo os problemas dos pacientes hospitalizados.

5.4 CARACTERIZAÇÃO PATOLÓGICA DO USUÁRIO COM ENCEFALOPATIA HEPÁTICA ATENDIDO NO SERVIÇO HOSPITALAR

O portador de encefalopatia hepática, apresenta em suas características mudança no estado mental, alteração no pensamento lógico, alterações de humor, letargia e perda de peso, assim, como Zakim e Boyer (2006), abordam também que as apresentações mais evidentes, podem surgir sinais neurológicos como hiperreflexia, rigidez muscular, asterixis e nos casos mais graves, evoluir para coma ou morte.

Os enfermeiros entrevistados falam também com clareza das características que o paciente com encefalopatia hepática apresenta:

“Confusão mental; halitose; icterícia; sonolência; ascite” (Ducto Hepático).

“Ascite, edema, icterícia, irritação, melena, sonolência” (Lobo Esquerdo do Fígado).

“Geralmente chegam ictéricos, com ascite importante, às vezes, com hemorragia digestiva, é comum quadro de

rebaixamento do nível de consciência, com desorientação inicial podendo evoluir para inconsciência, intensificando necessidade de cuidados, afim de provas hepáticas alteradas, que evolui p/ falência de outros órgãos, sendo comum rins” (Lobo Direito do Fígado).

“Confusão mental, irritação, apatia, sonolência ou insônia, ascite, icterícia, edemas, hematêmese ou melena, agitação” (Canal Colédoco)

Muñoz (2008) complementa que a variabilidade entre os pacientes com encefalopatia hepática é um fator marcante. O paciente e seus familiares mais próximos podem descrever também alterações cognitivas tais como diminuição da memória e capacidade de concentração, obnubilação, ou confusão ligeira.

5.5 A COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A USUÁRIOS COM ENCEFALOPATIA HEPÁTICA: OBSTÁCULOS ENFRENTADOS

A encefalopatia hepática é causada por uma complicação hepática. Muitos profissionais entrevistados relataram que encontram dificuldades frente a essa patologia, por falta de recursos da instituição para facilitar o diagnóstico e tratamento e por falta de conhecimento científico.

Alguns profissionais referem sentir dificuldades em realizar uma assistência adequada e completa, ressaltando a necessidade de maior aporte teórico e prático. As principais dificuldades apontadas foram:

“Sinto falta de maiores conhecimentos sobre o assunto” (Vesícula Biliar).

“Dificuldade em conseguir certos exames laboratoriais, a sobrecarga de trabalho que dificulta a monitorização adequada, dificuldade em conseguir materiais para a monitorização e cuidados” (Artéria Hepática).

“Hoje trabalho na UTI, mas quando trabalhava no PS sofria com falta de vagas de UTI” (Ligamento Falciforme).

“Principalmente as condições de trabalho pois exigem monitoramento, medicamentos e equipamentos para monitorização e não estão disponíveis quando necessário” (Lobo Direito).

Diante dos relatos, as queixas mais frequentes foram relacionadas à falta de conhecimento sobre encefalopatia hepática, materiais, falta de medicamentos, equipamentos, lotação dos leitos, profissionais sobrecarregados e suporte laboratorial dificultando em presta uma assistência de enfermagem adequada.

Outros profissionais ainda citaram que se encontram divididos entre a assistência e gerenciamento, necessidade de diagnóstico precoce, assistência multidisciplinar, necessidade de hepatologistas (especialistas), falta de recursos humanos, tecnológicos e grande quantidade de pacientes e poucos leitos oferecidos para a demanda ofertada. Lembrando-se, inclusive, que a instituição é um hospital regional, que atende a Mossoró e municípios vizinhos, sendo uma atenção voltada para atendimentos de urgências e emergências, havendo uma carência de se conhecer/trabalhar os possíveis agravos acerca desta patologia, não muito discutida.

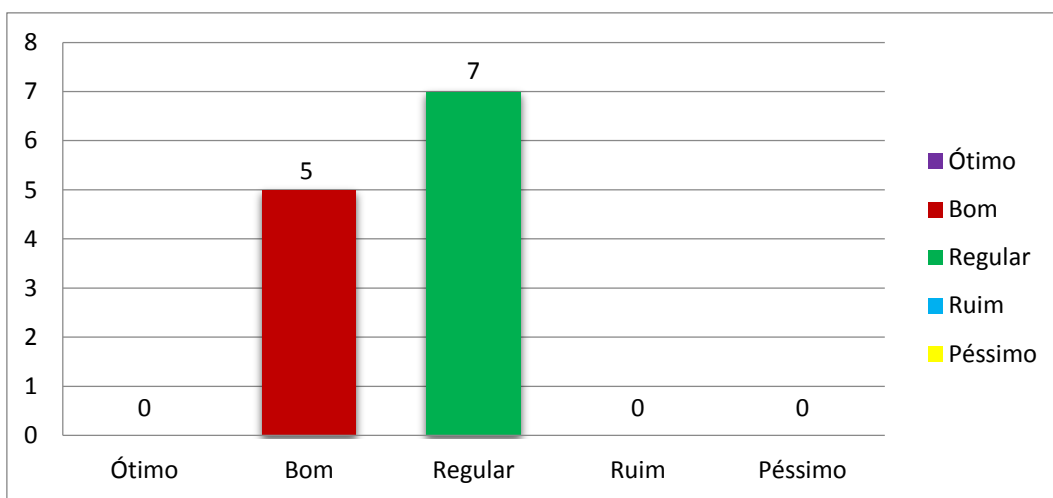
Para Queluci (2009), a assistência de enfermagem, ensino e demais pesquisas de enfermagem é fundamental, de forma que possamos estabelecer as intervenções de enfermagem e identificar como, na assistência, os enfermeiros compreendem a complexidade dos problemas apresentados naquele determinado momento. Aleixo (2010), explica que deve ser levando em conta também a importância da monitorização dos níveis sanguíneos de amônia no organismo, para verificação da eficácia de determinada terapêutica.

Com base nisso, Pereira (2014), fala que precisamos inicialmente conceituar situação problema e complexidade para a enfermagem, na prática assistencial hospitalar. Assim, é necessário tomar por base à própria situação de enfermagem.

5.6 ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

Para se analisar variáveis correlacionadas a itens que remetem à assistência dos enfermeiros, foram dadas aos entrevistados 08 (oito) perguntas objetivas, sendo cada uma com cinco opções para este responder, de forma objetiva, de acordo com sua concordância, entre “ótimo”; “bom”; “regular”; “ruim” e “péssimo”. Desse modo, as opiniões foram registradas da seguinte maneira:

Gráfico 1. Caracterização da amostra quanto ao conhecimento teórico/prático acerca da Encefalopatia Hepática (EH), dos enfermeiros entrevistados.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

No gráfico 1 observa-se que 07 (58%) entrevistados consideram o seu conhecimento acerca da encefalopatia hepática “regular”, e os outros 05 (42%) consideram “bom”. As opções “ótimo”, “ruim” e “péssimo” não foram escolhidas, considerando-se uma margem entre bom e regular, significando que os enfermeiros entrevistados julgam possuir uma compreensão considerável quanto à patologia pesquisada.

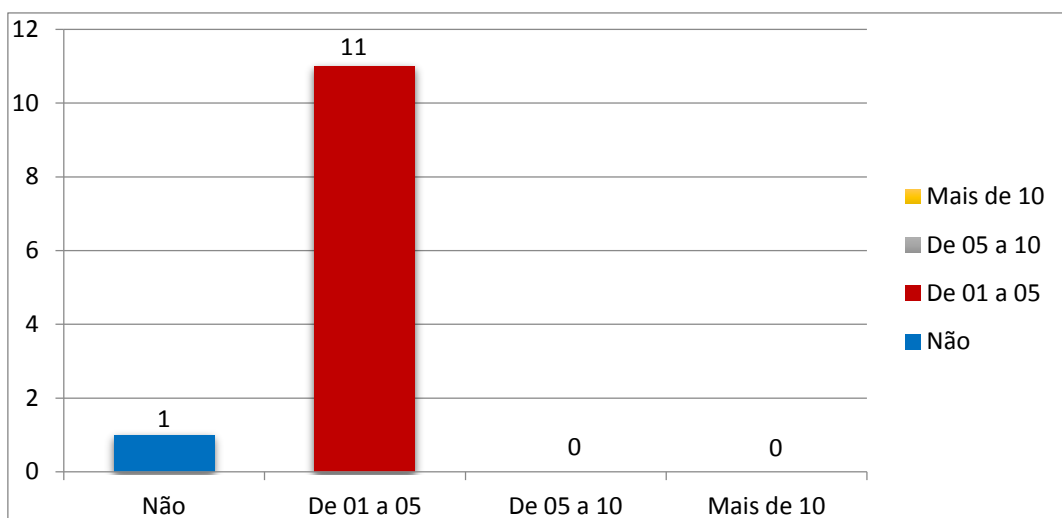
Foi observado, durante a pesquisa, que alguns entrevistados demonstraram escassa vivência teórico/prática acerca da encefalopatia hepática. Em relatos, foram colhidas afirmações como se tratando de “uma doença grave que advém do fígado”. Percebeu-se a necessidade de maior aporte teórico para falar a respeito desta patologia, com narrativas indicando não ser muito conhecida, chegando a ser confundida com outro tipo de doenças, inclusive na sua assistência.

Outros profissionais alegaram a ausência de um maior aprofundamento pelo fato de terem sido advindos da transferência de uma outra instituição, que não

trabalhava com este perfil de usuários/patologias. Entretanto, um ponto positivo foi que também boa parte dos enfermeiros entrevistados mostraram conhecimentos teórico/práticos relacionados a essa patologia, ainda não muito discutida, e sua gravidade.

Segundo Ferenci (2011), o conhecimento da existência de doença hepática aguda ou crônica, a existência de um fator precipitante e a história progressiva de EH são elementos clínicos necessários para o diagnóstico. Portanto, é relevante que o enfermeiro tenha fundamentação científica, pois, é o enfermeiro que passa mais tempo ao lado do paciente, o que torna essencial a sua aprendizagem para promover assistência adequada.

Gráfico 2. Distribuição dos valores quanto ao atendimento médio de pacientes com EH no período de 30 dias (01 mês).



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Os enfermeiros foram questionados com a indagação “Em um período de 30 dias (01 mês) quantos pacientes, em média, você assiste com EH? ”. Através do gráfico 2 é observado que grande parte dos enfermeiros entrevistados (92%), assistem de 01 a 05 pacientes com encefalopatia hepática por mês e os demais, acusaram não costumar trabalhar com pacientes acometidos por este agravo.

Percebe-se que o número de pacientes assistidos pelos profissionais de enfermagem entrevistados durante 30 dias com o quadro de encefalopatia hepática

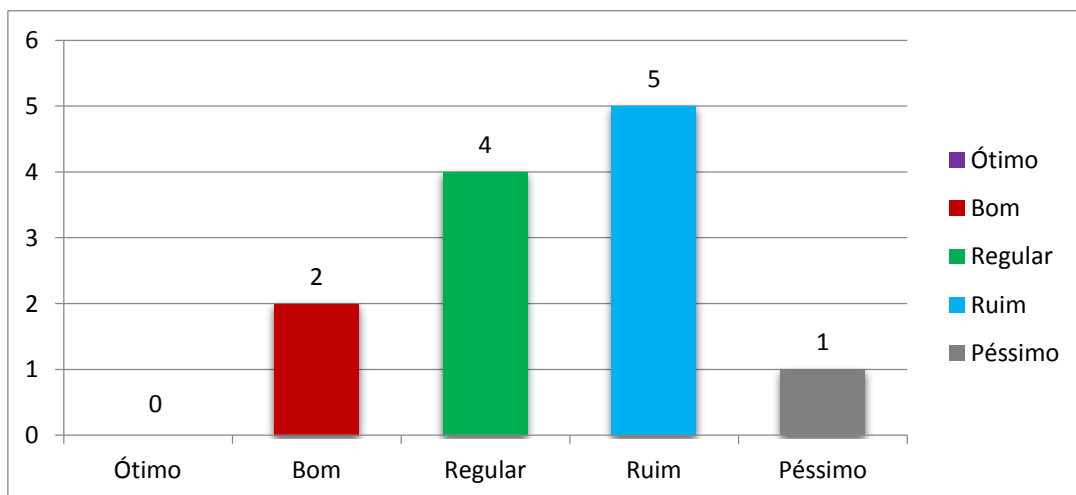
é reduzido, sendo relatado pelos profissionais que em média de 1 a 5 ou raramente são assistidos pacientes pela equipe de enfermagem com este diagnóstico médico.

É importante ressaltar que as doenças hepáticas apresentam algumas manifestações clínicas específicas tardias e a encefalopatia hepática, sendo uma destas, possui diagnóstico moroso, portanto, passando despercebida em algumas situações.

De acordo com Al-Koffon, (2011), a encefalopatia hepática é uma desordem neuropsiquiátrica em pacientes com doenças do fígado. O cuidado envolve a identificação e pronta correção de fatores precipitantes, como a infecção, sangramento gastrointestinal e distúrbios eletrolíticos.

Frente a essas sinais e sintomas, é imprescindível uma avaliação para um diagnóstico preciso da EH, por parte da enfermagem junto com um hepatologista, focando na prevenção e possíveis complicações. Sendo, assim, essencial que os profissionais de enfermagem, no seu ambiente de trabalho possa assistir um portador de EH, especificando os cuidados relacionados a essa patologia.

Gráfico 3. Caracterização da opinião dos entrevistados quanto à estrutura física da Instituição para trabalhar com o portador de Encefalopatia Hepática.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

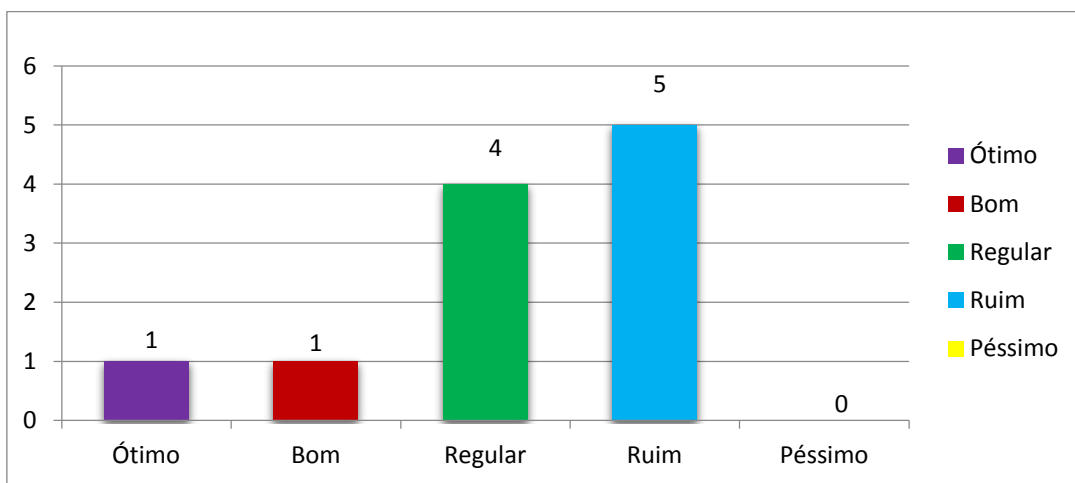
O gráfico acima mostra que, quanto a estrutura física do ambiente de trabalho, a maioria dos enfermeiros entrevistados (42%) alegam que esta seja “ruim” para se proporcionar uma assistência adequada. 04 profissionais (33%) consideram o espaço físico “regular”; 02 dos entrevistados (17%) apontaram a instituição como

“boa” e apenas um a considerou “péssima”. Quanto a opção “ótimo” do questionário, nenhum optou por marcar.

É preciso que, além da estrutura hospitalar, a instituição disponibilize de recursos básicos para um melhor conforto e assistência aos pacientes acometidos por esta patologia. Como, por exemplo, aumento dos leitos, um hepatologista que possa viabilizar o diagnóstico do quadro clínico e medicamentos apropriados para ser realizado o tratamento adequado, visando a melhoria das condições de trabalho dos profissionais e, conseqüentemente, uma assistência adequada.

Camelo (2011), fala que o ambiente hospitalar apresenta especificidades no mundo do trabalho em saúde. É formado por uma diversidade de profissionais ou trabalhadores treinados para realizar variadas atividades necessárias à manutenção da estrutura da instituição no que pertence ao conjunto de objetivos estabelecidos, sendo o trabalhador o sujeito da sua própria ação e da sua relação com o meio.

Gráfico 4. Distribuição das opiniões dos enfermeiros sobre os Recursos Humanos disponíveis na Instituição para assistir ao paciente com EH.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

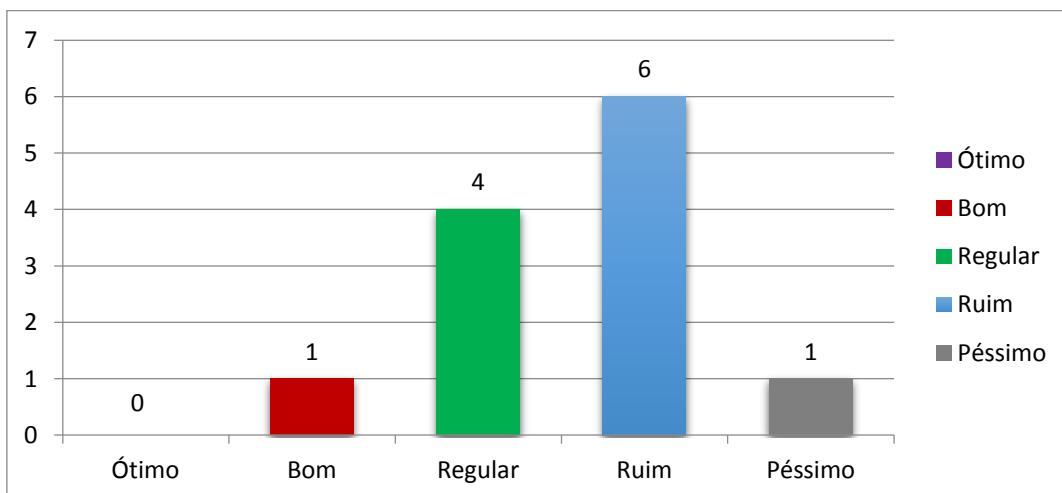
Interpreta-se, no gráfico 4, quanto às opiniões dos entrevistados relacionadas aos recursos humanos (disponibilidade em número), que grande parte dos profissionais estão insatisfeitos, sendo o valor correspondente a 46% (05) que marcaram ser “ruim”. 04 profissionais (36%) marcaram “regular” e a alternativa “ótimo” e “bom” com 01 em cada, correspondendo a 9%.

Diante do exposto, mostra-se que os profissionais entrevistados estão insatisfeitos com a disponibilidade dos recursos humanos na instituição, o que pode acarretar em um serviço defasado. Levando em conta que são esses próprios recursos que possibilitam a atuação de um planejamento, prestação de serviços especializados e controles do ambiente hospitalar. O número suficiente de funcionários em cada setor, faz com que o trabalho seja bem-sucedido, além de melhorar os serviços da equipe de enfermagem em eficácia, segurança e qualidade.

Segundo Cruz e Santana (2015), a função dos Recursos Humanos é fazer com que o trabalho seja produtivo e haja o aproveitamento das oportunidades com a utilização das habilidades disponíveis, além de melhorar o processo de trabalho. Tendo em vista que quando as funções são delineadas, torna-se possível elaborar práticas e políticas para que os objetivos sejam alcançados.

De acordo com Nunes et al. (2015), para responder às necessidades dos cidadãos em cuidados, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de maximizar a utilização dos recursos disponíveis, incluindo os recursos humanos, e assegurar apropriada delegação de atividades e tarefas.

Gráfico 5. Caracterização da amostra quanto ao preparo teórico/prático dos Recursos Humanos disponíveis na Instituição para trabalhar a Encefalopatia Hepática.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

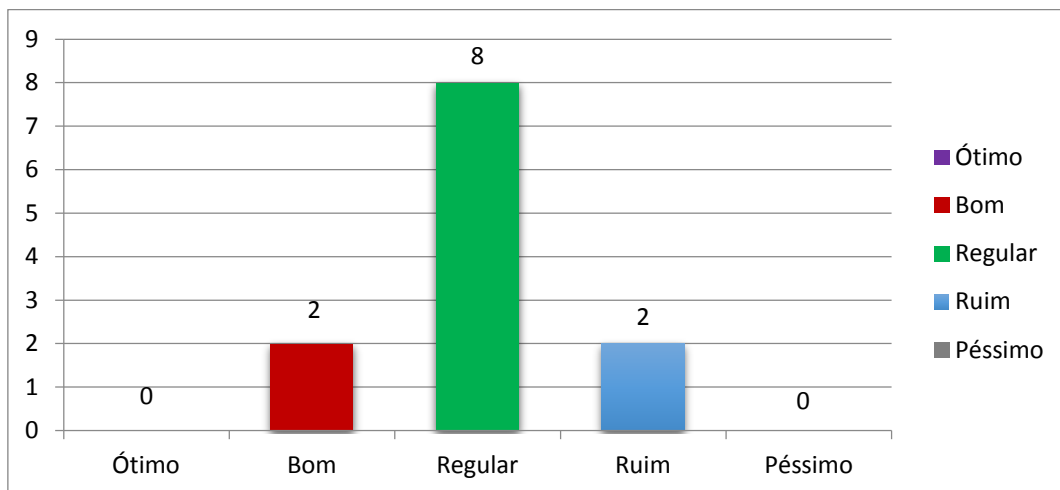
No gráfico 5 constata-se que 50% dos entrevistados acham o preparo teórico/prático dos recursos humanos “ruim”. Visualiza-se ainda que 34% dos

entrevistados consideram “regular”; 8% disseram ser “bom” e as opções “péssimo” e “ótimo” não foram elencadas por nenhum dos indivíduos.

Numa instituição da área da saúde é fundamental que se torne a capacitação de recursos humanos em saúde favorável, tendo em vista aprimorar os conhecimentos teórico/prático dos profissionais. Assim, mediante reconhecida transitoriedade do saber e das marcantes mudanças no trabalho em saúde, visa-se uma melhor qualidade na assistência ao paciente em sua complexidade.

Especificamente na área da enfermagem, para a avaliação da qualidade do gerenciamento de recursos humanos têm-se destacado os seguintes indicadores: percentual de investimento em treinamento por ano e número de horas de treinamento por ano por funcionário, taxa de absenteísmo, de rotatividade e de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem (KURGANCT; MELLEIRO; TRONCHIN, 2009).

Gráfico 6. Posicionamento dos entrevistados quanto ao suporte medicamentoso e técnicas de administração de fármacos e procedimentos específicos para a EH



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

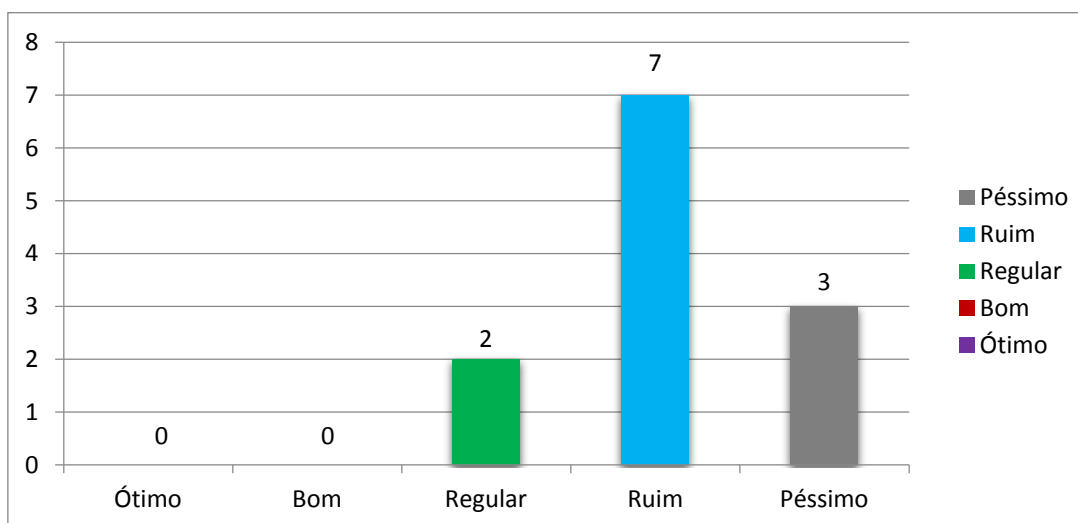
No que se refere às medicações, o gráfico 6 apresenta que 08 enfermeiros, correspondendo a 67%, consideram “regular” o suporte medicamentoso e técnicas de administração de fármacos e procedimentos. Já as opções “bom” e “ruim”, cada uma com 02 marcações, correspondendo a 17% cada e as opções “ótimo” e “péssimo” não sendo apontadas.

Apesar dos números apresentados, durante os questionamentos, boa parte dos profissionais mostraram ter certa ciência a respeito da importância do suporte medicamentoso e técnicas de administração de fármacos e procedimentos para este tipo específico de paciente. Outro ponto positivo notado, foi a prontidão da instituição oferecer suporte medicamentoso quando disponível.

Diante das reflexões provocadas, vê-se nitidamente que é fundamental que o enfermeiro tome conhecimento acerca da patologia, das suas necessidades e possíveis prevenções e complicações. Portanto, oferecer um tratamento farmacológico adequado é essencial, pois o portador desta patologia possui grandes dificuldades no seu autocuidado, necessitando de um suporte medicamentoso e assistencial adequado e eficaz.

Conforme Galiza et al. (2014), o preparo e a administração de medicamentos é uma das atribuições da enfermagem, sendo o seu desempenho de grande relevância, por tratar-se de uma das maiores responsabilidades da equipe no que se refere aos cuidados prestados ao paciente. Assim, Moura et al. (2014), discute que, nesse sentido, as instituições de saúde estão constantemente debatendo questões relacionadas com a busca pela qualidade da assistência e segurança do cliente, almejando assim evitar possíveis complicações.

Gráfico 7. Posicionamento dos enfermeiros quanto à Educação Permanente em Saúde proporcionada pela instituição na temática da Encefalopatia Hepática.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Destacou-se no Gráfico 7 que grande parte dos entrevistados, correspondendo a 78%, está insatisfeita com a Educação Permanente em Saúde (EPS) voltada para o tema Encefalopatia Hepática, mostrando que os demais estão também descontentes, com 3 opiniões classificando como “péssimo” (25%) e “ruim” com 2 (17%).

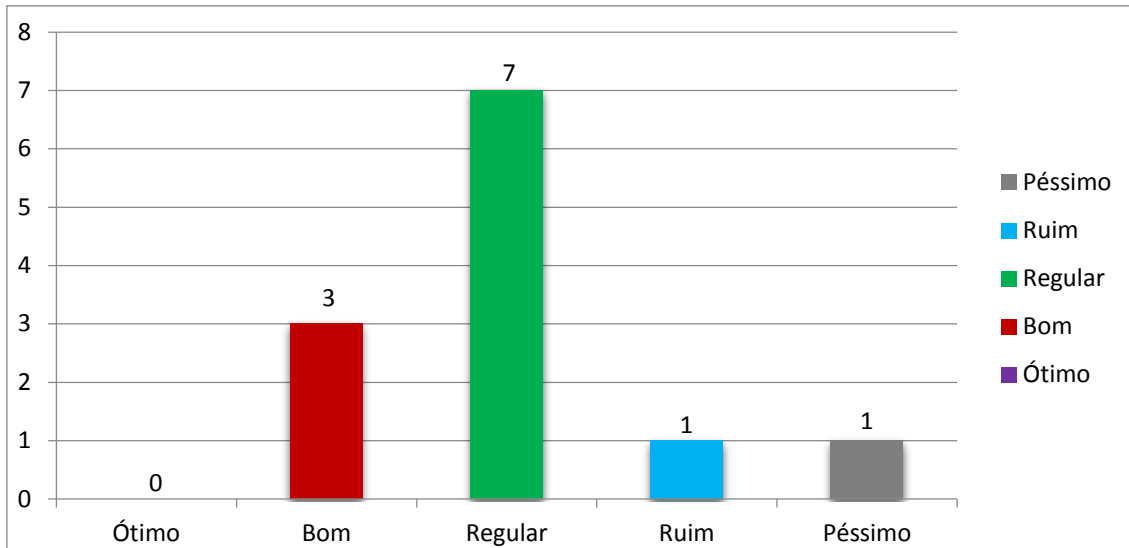
Na Educação Permanente em Saúde, para aperfeiçoar as ações no trabalho na qualidade na assistência e enriquecimento dos profissionais, frente ao paciente portador de encefalopatia hepática, o gráfico mostra que nesse quesito a instituição deixar a desejar, já que esta pode ser entendida como aprendizagem contínua e processual, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

Desta forma, a EPS é realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade do dia-a-dia, levando em consideração os conhecimentos e as experiências dos profissionais que existem na instituição para oferecer uma assistência adequada e maior enriquecimento dos profissionais.

Este segmento propõe que o processo de educação dos trabalhadores da saúde se faça a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009).

Gráfico 8. Distribuição dos valores quanto à opinião dos enfermeiros acerca da recuperação e promoção da saúde do paciente com EH assistido em seus setores e os resultados obtidos através do tratamento recebido na instituição.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

É observado no gráfico 8 que, em se tratando da recuperação em saúde dos pacientes portador de encefalopatia hepática, as opiniões foram bem divididas, prevalecendo com 7 profissionais, correspondendo a 58,33%, que disseram ser “regular”; 3 dos profissionais (25%) afirmaram ser “bom”; as opções “ruim” e “péssimo” com 1 cada, correspondendo a 8,33% dos profissionais cada uma e ótimo não sendo opinada pelos entrevistados.

É importante ressaltar que o enfermeiro tem um papel essencial na recuperação e promoção da saúde, pois o mesmo desempenha estímulo para a reabilitação do paciente e seus familiares. Tendo em vista recursos utilizados na promoção da saúde, prevenção de complicações, orientação para o autocuidado. Resultados detectados como “regulares” na assistência a uma determinada patologia ou situação em qualquer instituição certamente devem ser repensados e reavaliados, na perspectiva da melhoria dos serviços, onde o maior beneficiado deve ser o cuidado ao paciente, que é o produto inicial e final para onde devem ser direcionados todos os recursos possíveis do serviço.

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver (BRASIL, 2009).

Entende-se que o diagnóstico do portador de EH, se torna complexo, portanto, sendo identificado este, logo o enfermeiro consegue realizar um roteiro de orientações individualizada e aconselhamento ao paciente e familiares, objetivando a qualidade do cuidado e conseqüentemente a recuperação e promoção em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência da encefalopatia hepática em pacientes cirróticos está aumentando progressivamente, sendo primordial o conhecimento para uma assistência integral ao paciente portador desta patologia. Vislumbra-se que os objetivos almejados por este estudo tenham sido contemplados, visto que se analisou a conduta de enfermagem acerca da Encefalopatia Hepática, buscando investigar os conhecimentos, verificou-se a atuação da enfermagem no atendimento, identificando maiores fragilidades e complicações vivenciadas no tratamento do portador da Encefalopatia Hepática.

Diante disso, foi possível perceber que existem algumas dificuldades relatadas por parte dos profissionais na teoria e na prática, como conhecimentos limitados a respeito das condutas de enfermagem, necessidade de aprimoramento no atendimento prestado pelos profissionais, indispensabilidade da instituição e de maior atenção quanto aos recursos humanos, carência de uma assistência adequada e suporte do serviço.

Constata-se que durante a graduação o conhecimento acerca desta patologia deve ser mais abordado, visto que os profissionais só entram em contato com pacientes e com esse quadro na sua atuação quando profissional ou através de vivência assistencial pessoal, deixando margens para fragilidades nas condutas. Ressalta-se, portanto, que acadêmicos e profissionais tenham atividades em Educação Permanente, por exemplo, para uma ampliação do conhecimento acerca do exercício de enfermagem, na qualidade da assistência dos cuidados e na recuperação do paciente com encefalopatia hepática.

As condutas de enfermagem ao paciente com EH precisam ser repensadas, considerando esta patologia não apenas como uma doença do fígado, mas trabalhá-la em diferentes aspectos, desde os seus primeiros sinais até as suas alterações neurológicas e fornecer informações ao paciente e familiares, apoiando e explicando sobre a doença e suas possíveis complicações. Assim, o enfermeiro deverá ter condições de proporcionar a prestação de cuidados, centrada nas necessidades humanas básicas, afim de estabelecer uma relação de confiança com o paciente, onde o mesmo possa expressar seus medos e angústias.

Esta pesquisa proporcionou uma visão mais ampla no que diz respeito a encefalopatia hepática, buscou-se em referencial teórico e prático, no intuito de

aproximar o método do conhecimento das condutas de enfermagem frente aos pacientes acometidos por esse agravo e os atendimentos prestados no âmbito hospitalar.

Espera-se que esta pesquisa contribua com o meio acadêmico, profissionais de enfermagem e com os serviços de saúde. Visa-se ampliar os cuidados de enfermagem, valorizando e qualificando a assistência, tendo em vista a integralidade do paciente, recuperação e perspectiva de vida, sendo imprescindível para a melhora do quadro clínico do paciente.

Anseia-se que os resultados obtidos através desta relevante pesquisa proporcionem a reflexão sobre a importância das condutas de enfermagem ao paciente com encefalopatia hepática. Os profissionais de enfermagem estão diretamente envolvidos no acompanhamento, pois o enfermeiro norteia tomadas de decisões em algumas situações vivenciadas e enquanto norteador da equipe de enfermagem, promovendo cuidados integrais, contínuos para melhoria da qualidade da assistência e reabilitação do paciente.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P. R. A. et al. Encefalopatia Hepática: Relatório da 1ª Reunião Monotemática da Sociedade Brasileira de Hepatologia. **GED Gastroenterologia Endoscopia Digestiva**. São Paulo, V. 30- Separata- out./ Dez. 2011.
- ALEIXO, S.D.S. **A Rifaximina no Tratamento da Encefalopatia Hepática**. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina)-Universidade da Beira interior Faculdade Ciências da Saúde. Covilhã, 2010.
- ALS-NIELSEN, B. et al. Benzodiazepine receptor antagonists for hepatic encephalopathy. **Rev Cochrane database Syst**; Portugal,2005. Disponível em:< <https://core.ac.uk/download/pdf/43585769.pdf>> Acesso em: 13 Abr. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006.
- BARRIL,C. BORELLI, N. S. et.al. Encefalopathieën: etiologie, pathofysiologie en klinische behandeling van sommige belangrijkste vormen van de ziekte presentatie. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo. 2013. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3392.pdf>>Acesso em: 02 Abr. 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 19 Maio. 2017.
- BRASIL. **Manual Técnico De Promoção da Saúde e Prevenção De Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. 3ªed. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:< http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf> Aceso em : 12 Nov.2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde3ªed. Brasília, 2010.Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> acesso em: 12 Nov.2017.
- BOYER, T.D; Haskal, ZJ. The role of transjugular intrahepatic portosystemicshunt (TIPS) in the management of portal hypertension: update 2009.Hepatology. Suíça, 2010. Disponível em:< <http://www.easl.eu/medias/cpg/Hepatic-Encephalopathy-Chronic-Liver-Disease/Portuguese-report.pdf>> Acesso em: 15 Maio. 2017.
- BRITO,G.B.B; SANTANA, P. G.C; NASCIMENTO, L.K.A.S. Assistência de Enfermagem ao Paciente com Encefalopatia Hepática: um Relato de Experiência. In: Relato de experiência, 2015. Resumo...Natal/RN: COFEN,2015. Disponível em:<

<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/anais.php?evt=13&sec=102&niv=6.1&mod=2&con=12998&pdf=1> Acesso em: 26 Maio. 2017.

CAMELO,S.H.H. O Trabalho em Equipe Na Instituição Hospitalar:Uma Revisão Integrativa.São Paulo, 2011. Disponível em:< <http://lctead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20TRABALHO%20EM%20EQUIPE%20NA%20INSTITUI%c7%c3O%20HOSPITALAR.pdf>> Acesso em: 14 Nov. 2017.

COELHO, B. C. et.al. Abordagem Terapêutica na Encefalopatia Hepática. **Rev Med.** Belo Horizonte.2011.Disponível em:< <file:///C:/Users/Arimar/Downloads/v21n4s6a21.pdf>> Acesso em: 03 Abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução COFEN nº 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** 2007. Disponível em:< <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-39-34-2007-02-09-311>>. Acesso em: 22 Maio. 2017

CORDOBA ,J. New assessment of hepatic encephalopathy. J Hepatol. Associação Americana para o Estudo de Doenças do Fígado. Associação Europeia para o Estudo do Fígado. Suíça, 2011. Disponível em:< <http://www.easl.eu/medias/cpg/Hepatic-Encephalopathy-Chronic-Liver-Disease/Portuguese-report.pdf>> Acesso em: 13 Maio. 2017.

CRUZ, T. A.; SANTANA, L. C. Recursos Humanos: Presente Nas Organizações Mas Desconhecido. **Rev. de Iniciação Científica** V.2, n.1,p. 33-56, jan. 2015. Disponível em:<http://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/1/3_RECURSOS_HUMANOS_PRESENTE_ORGANIZACOES.pdf> Acesso em:11 Nov.2017.

DAMIANI, D. et. al. Encefalopatias: etiologia, fisiopatologia e manuseio clínico de algumas das principais formas de apresentação da doença. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, 2013. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3392.pdf>> Acesso em: 11 Abr. 2017.

DEL-MASSO, M.C.S; COTTA, M.A.C; SANTOS, M.A.P. **Ética em Pesquisa Científica:** Conceitos e Finalidades. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/6015330/texto-1---etica-em-pesquisa-cientifica/5> Acesso em: 29 Maio. 2017.

FERENCI, P.; RUNYON,B.A.; BONIS, P.A.L. Clinical manifestations and diagnosis of hepatic encephalopathy. Up to Date. March, 2011. Disponível em:< [file:///C:/Users/Lili/Downloads/v21n4s6a21%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Lili/Downloads/v21n4s6a21%20(4).pdf)> Acesso em: 15 Nov.2017.

FILHO E.R.; PRADO M.M.; PRUDENTE C.O.M. Compreensão e legibilidade do termo de consentimento livre e esclarecido em pesquisas clínicas **Ética em Pesquisa Científica.** **Rev. Bioét.** Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/15.pdf>> Acesso em : 31 jul. 2017.

FORMIGA J.M.M. et. al. Perfil do Enfermeiro/Aluno do curso de especialização PROFAE/ RN.-Universidade Federal do rio Grande do Norte. 2005 [citado em 16 Jan 2012].Disponível em:<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_perfil05.pdf.>Acesso em: 05 Dez. 2017.

GUILLÉN, J.C.; QUERO, G., Juan M. Métodos diagnósticos em encefalopatia hepática, *Clínica Química Acta Portugal*, 2006. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/43585769.pdf>> Acesso em: 11 Abr. 2017.

GIL, A.C. **Metodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo, ATLAS S.A., 2008.

GALIZA D.D. F.; MOURA O. F. Preparo e administração de Medicamentos: Erros Cometidos Pela Equipe De Enfermagem. v.5 n.2. p.45-50, **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São**, 2014. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2014050205000528BR.pdf>> Acesso em: 15 Nov. 2017.

JORGE, S.G. Encefalopatia Hepática. **Hepatologia Médica**. 2005. Disponível em: <http://www.hepcentro.com.br/encefalopatia_hepatica.htm> Acesso em: 13 Abr. 2017.

KAUARK F. S.; MANHÃES F. C.; MEDEIROS C.H. **Metodologia da Pesquisa: um guia prático**. Bahia: Via litterarum, 2010.

KURGANCTI, P.; MELLEIRO M. M.; TRONCHINI, D. M. R. Indicadores Para Avaliação de Qualidade Indicadores para Avaliação de Qualidade do Gerenciamento de Recursos Humanos em Enfermagem. p.539-44 **Rev. Bras Enferm.**, Brasília 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a02v61n5.pdf>> Acesso em: 12 Nov. 2017.

LANNA, A. P. et. al. Abordagem Terapêutica na Encefalopatia Hepática. **Rev Med. Belo Horizonte**. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Arimar/Downloads/v21n4s6a21.pdf>> Acesso em: 09 Abr. 2017.

LAUDANNA, N. et.al. Encephalopathies: etiology, pathophysiology, and clinical management of some major forms of disease presentation. **Rev Bras Clin Med São Paulo**, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3392.pdf>> Acesso em: 03 Abr. 2017.

MASSINHA, P. S. A. Encefalopatia Hepática Porto-Sistêmica. Portugal. 2010. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/43585769.pdf>> Acesso em: 10 Abr. 2017.

MARQUES, J. G.; CORREIA, D.T.; CANHOTO, M. Psicopatologia e Encefalopatia Hepática. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE**. Disponível em: <http://www.psilogos.com/Revista/Vol8N12/Indice10_ficheiros/Marques,%20Telles-Correia,%20Canhoto%20_%20P35-46.pdf> Acesso em: 10 Abr. 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS E.M. **Fundamento de Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: ATLAS S.A, 2007.

MENDES, K.D.S. **O processo de Ensino-Aprendizagem para o Candidato ao transplante de fígado.** 225f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

MIDDLETON, B; Montagnese, S; Skene; DJ, Morgan MY. Encefalopatia hepática na doença hepática crônica: 2014 Recomendações da Associação Europeia para o Estudo do Fígado e Associação Americana para o Estudo de Doenças do Fígado. Associação Americana para o Estudo de Doenças do Fígado. Associação Europeia para o Estudo do Fígado. Suíça, **Elsevier**, 2014. Disponível em: <<http://www.easl.eu/medias/cpg/Hepatic-Encephalopathy-Chronic-Liver-Disease/Portuguese-report.pdf>> Acesso em: 12 Maio. 2017.

MONTAGNESE, S. et al. Sleep-wake abnormalities in patients with cirrhosis. *Hepatology* 2014. Disponível em: <<http://www.easl.eu/medias/cpg/Hepatic-Encephalopathy-Chronic-Liver-Disease/Portuguese-report.pdf>> Acesso em: 12 Abr. 2017.

MUNOZ S.J. Hepatic Encephalopathy, **Med clin.** North Am. 795-812 f. 2008 Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/43585769.pdf>> Acesso em: 06 Nov. 2017.

MUROYA, R. L.; AUAD D.; JOSÉ BRÊTAS R.S. Representações de gênero nas relações estudante de enfermagem e cliente: contribuições ao processo de ensino-aprendizagem. **Rev. bras. enferm.** V.64 n.1. Brasília Jan./Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100017> Acesso em: 11 Nov. 2017.

NUNES, P.P. **Fisiologia Hepática.** 26f. faculdade de medicina da universidade do Porto Serviço de fisiologia. Porto, Ano Lectivo 2006 / 2007.

NUNES L. et al. Deontologia Profissional de Enfermagem. **Ordem dos Enfermeiros** 2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf> Acesso em: 11 Nov. 2017.

OLIVEIRA, C. R. M.; SILVA, J. S. et al. A Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Portador de Cirrose Hepática Alcoólica no Ambiente da Clínica Médica. In: 61^o Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009. **Transformação Social...** Fortaleza: CBEN, 2009.

PINHO, M. A. A. **Normalização da Pontuação Psicométrica da Encefalopatia Hepática para a População Portuguesa.** Dissertação (Mestrado em Neuropsicologia Clínica) - Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, Granda, 2011.

PINHO M; CERQUEIRA R; PEIXOTO B. Pontuação Psicométrica Da Encefalopatia Hepática: Dados da Normalização para a População Portuguesa. **Acta Med**, Porto Portugal, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Lili/Downloads/1485-2135-1PB.pdf>> Acesso em: 04 Nov. 2017.

PRABHAKAR, S; Bhatia R. Management of agitation and convulsions in hepaticencephalopathy. **Indian J Gastroenterol**, Suíça,2014. Disponível em:< <http://www.easl.eu/medias/cpg/Hepatic-Encephalopathy-Chronic-Liver-Disease/Portuguese-report.pdf>> Acesso em: 12 Maio. 2017.

PEREIRA, P. O. **Manual de Orientações e Cuidados Básicos de Enfermagem a partir da complexidade de Situações Problema de Clientes com Encefalopatia Crônica**. 436 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2014.

QUELUCI GC. Situações-problema de clientes hospitalizados: um estudo baseado em graus de complexidade na prática da enfermagem. [tese] (UFRJ/EEAN) Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a25.pdf>> Acesso em: 16 Nov.

ROPPER AH, BROWN RH: The Acquired Metabolic Disorders of the Nervous System. In Adams and Victor's Principles of Neurology, 8^a. ed. **McGraw Hill**, 2005. Disponível em:< C:\Users\Arimar\Desktop\Projeto de pesquisa\PROJETO DE PESQUISA 2017\PROJETO DE PESQUISA 2017\PROJETO DE PESQUISA 2017\Encefalopatia Hepática - Neurocenter BH.html> Acesso em: 10 Maio. 2017

SANCHES, R. et.al. Encephalopathies: etiology, pathophysiology, and clinical management of some major forms of disease presentation. **Rev Bras Clin Med** São Paulo, 2013. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3392.pdf>> Acesso em: 06 Abr. 2017.

SALVALAGGIO P. et.al. O sistema MELD e a mortalidade em lista de espera para transplante de fígado em países em desenvolvimento: lições aprendidas em São Paulo. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n3/v10n3a04.pdf>> Acesso em: 15 Ago. 2017.

SMELTZER, S. C. et.al. **Brunner e Suddarth-Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. V.3.11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner e Suddarth-Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. V.1 e 2. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2014.

SHAWCROSS, D.L, et al. Ammonia and hepatic encephalopathy: the more things change, the more they remainthe same. **Metab Brain**. 2005.Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16167195>> Acesso em: 08 Maio. 2017.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. 23. ed. **rev. e atualizada**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, E.L; MENEZEZ, E.M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4^aed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SOUZA, F.L. Assistência de Enfermagem ao Paciente Portador de Cirrose Hepática Alcoólica. Disponível em:< C:\Users\Arimar\Desktop\Projeto de pesquisa\PROJETO

DE PESQUISA 2017>ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE CIRROSE HEPÁTICA ALCOÓLICA..html> Acesso em: 18 Abr. 2017.

WEISSENBORN, K. et al. Neurological and neuropsychiatric syndromes associated with liver disease. Suíça, 2005. Disponível em:<<http://www.easl.eu/medias/cpg/Hepatic-Encephalopathy-Chronic-Liver-Disease/Portuguese-report.pdf>> Acesso em: 13 Maio. 2017.

ZANELLA L.C.H. **Metodologia de Estudo e de Pesquisa em administração.** Brasília, Capes, CAPES :UAB, 2009.

ZAKIM D, BOYER T.D. Editors. Hepatology: A Textbook of Liver Disease. 5^a.ed. **Philadelphia, PA: WBSaunders**, 2006. Disponível em:<<https://www.elsevier.com/books/zakim-and-boyers-hepatology/boyer/978-1-4160-3258-8>> Acesso em: 04 Nov. 2017.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a),

Esta pesquisa tem como título **Encefalopatia Hepática: Condutas na Prática de Enfermagem em Assistência Hospitalar**. Está sendo desenvolvida por Halliciany Rodrigues Da Silva, aluna regularmente matriculada no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE-RN sobre orientação da Professora Especialista Livia Helena Moraes de Freitas. A pesquisa apresentada tem como objetivo geral: Analisar a conduta de enfermagem frente ao paciente portador de Encefalopatia Hepática em nível hospitalar. E como objetivos específicos: Investigar o conhecimento do enfermeiro assistencial acerca da Encefalopatia Hepática; Verificar a atuação da enfermagem no atendimento ao paciente portador de Encefalopatia Hepática e Identificar potencialidades e dificuldades vivenciadas no tratamento da Encefalopatia Hepática pelos enfermeiros entrevistados.

A realização dessa pesquisa conta com a sua participação, desta forma solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. 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 a qualquer momento, sem dano algum.

Utilizar-se-á como instrumento de coleta de dados um questionário com perguntas objetivas e subjetivas, elaborados com perguntas referentes à temática pesquisada; e que posteriormente farão parte de um trabalho de conclusão de curso e poderá ser publicado, no todo ou em parte, em eventos científicos, periódicos, revistas e outros, tanto a nível nacional e internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo. Informamos que os riscos mínimos que poderão acontecer é o desconforto nos entrevistados por não saber responder as questões norteadoras.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim, o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. E estaremos a sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição ao conhecimento científico.

Eu,

concordo em participar desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos seus objetivos e da sua finalidade, inclusive para fins de publicação futura, tendo a liberdade de retirar meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____ / ____ /2017.

Prof. Esp. Lívia Helena Morais de Freitas (FACENE/RN)
(ORIENTADORA)

Participante da Pesquisa

Endereço Profissional do Pesquisador Responsável: Avenida. Presidente Dutra, 701 – Alto de São Manoel, Mossoró/RN. CEP: 59.628-800 Tel. (84) 3312-0143. Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança: 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

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS ENTREVISTADOS

– PERFIL DOS USUÁRIOS:

1. SEXO:

- Feminino
 Masculino

2. IDADE: _____ anos.

3. ESTADO CIVIL:

- Casada(o)
 Solteira(o)
 Divorciada(o)
 Outros

4. FORMAÇÃO:

- Ensino Superior Pós-Graduação (Especialização)
 Mestrado Doutorado

5. TEMPO DE TRABALHO COMO ENFERMEIRO:

- Até 01 ano De 05 a 10 anos
 De 01 a 05 anos Há mais de 10 anos

6. SETOR DE ATUAÇÃO NO HOSPITAL:

- PRONTO SOCORRO
 CLÍNICA MÉDICA
 UTI

II – QUESTIONÁRIO / PERGUNTAS SUBJETIVAS

1. Qual a representatividade da Encefalopatia Hepática na sua atuação profissional?
2. Com que frequência no seu trabalho, você costuma atender a pacientes com este agravo?

3. Ao receber um usuário diagnosticado com esta patologia quais as suas condutas, como enfermeiro?

4. Quais as principais características (sinais/sintomas) estes pacientes apresentam em seu período de tratamento no setor que você trabalha?

5. Você enfrenta alguma(s) dificuldade(s) para lidar com o cuidado destinado a pacientes portadores de Encefalopatia Hepática? Se sim, quais?

III – QUESTIONÁRIO / PERGUNTAS OBJETIVAS

1. Quanto ao seu conhecimento teórico/prático acerca da Encefalopatia Hepática (EH), você o considera:

- a) Ótimo
- b) Bom
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssimo

2. Em um período de 30 dias (01 mês) quantos pacientes, em média, você assiste com EH?

- a) Não costumo trabalhar com pacientes acometidos por este agravo
- b) De 1 a 5
- c) De 6 a 10
- d) Mais de 10. Aproximadamente quantos? _____

3. Quanto à estrutura física da Instituição para trabalhar com este tipo de usuário, você a considera:

- a) Ótimo
- b) Bom

- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssimo

4. Quanto aos Recursos Humanos disponíveis na Instituição para trabalhar com este tipo de usuário, você a considera:

- a) Ótimo
- b) Bom
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssimo

5. Quanto ao preparo teórico/prático dos Recursos Humanos disponíveis na Instituição para trabalhar com este tipo de usuário, você a considera:

- a) Ótimo
- b) Bom
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssimo

6. Como você considera o suporte medicamentoso e técnicas de administração de fármacos e procedimentos para este tipo específico de patologia?

- a) Ótimo
- b) Bom
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssimo

7. Sabe-se que a Educação Permanente em Saúde é fundamental para se otimizar as ações no trabalho, qualidade na assistência e enriquecimento profissional. Quanto aos conhecimentos difundidos acerca da Encefalopatia Hepática nesta instituição, no quesito Educação em Saúde, você considera:

- a) Ótimo
- b) Bom

- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssimo

8. Quanto à recuperação e promoção da saúde do paciente com EH assistido em seu setor e os resultados obtidos através do tratamento recebido na instituição.

O êxito conseguido é considerado:

- a) Ótimo
- b) Bom
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssimo

ANEXO