



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZÔNAS  
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE  
PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CIRRÓTICOS  
INTERNADOS EM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA NA  
REGIÃO AMAZÔNICA, BELÉM – PARÁ.

EDNA SUELY FERREIRA LIMA

BELÉM  
2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZÔNAS  
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE  
PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

EDNA SUELY FERREIRA LIMA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CIRRÓTICOS  
INTERNADOS EM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA NA  
REGIÃO AMAZÔNICA, BELÉM – PARÁ.

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e  
Endemias na Amazônia como requisito  
parcial para obtenção do Título de Mestre  
em Saúde, Sociedade e Endemias na  
Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva

BELÉM  
2012

EDNA SUELY FERREIRA LIMA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CIRRÓTICOS  
INTERNADOS EM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA NA  
REGIÃO AMAZÔNICA, BELÉM – PARÁ.

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e  
Endemias na Amazônia como requisito  
parcial para obtenção do Título de Mestre  
em Saúde, Sociedade e Endemias na  
Amazônia.

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

A meus pais,

Que introduziram na criação de seus filhos o que está escrito em provérbios 22:6 “ensina a criança no caminho em que deve andar, e, até quando envelhecer, não se desviará dele”. A estes brilhantes sábios dedico esta dissertação.

## **AGRADECIMENTOS**

Senhor DEUS quero te agradecer pela vitória que estás a mim concedendo através da concretização de mais uma etapa de meus estudos e ratifico através do que está escrito em Filipenses 4:13 que diz: “Tudo posso naquele que me fortalecer”. O que significa que enviastes na minha direção as mais diversificadas literaturas, sobre o assunto ora disposto nesta obra, para alimentar meu conhecimento e com isto desenvolver esta dissertação. Muito obrigada meu DEUS, pelo teu amor incondicional, amo-te Senhor.

A minha FAMÍLIA, que é uma grande benção de Deus na minha vida, agradeço a Deus por esse tesouro que tenho em minha vida, por isso peço a Deus que me ensine a cultivar, cuidar e amar muito a minha família que está sempre do meu lado dia e noite.

A minhas sobrinhas Brenda Victória B. Lima e Bianca Florença B. Lima um grande agradecimento pela ajuda no momento do estudo para ingresso no curso de mestrado e a minha cunhada Alzenir Lima pelas sugestões para enriquecimento desta pesquisa. E, aos irmãos em CRISTO, em especial, a irmã Sônia Bernardo, que em braços de oração apresentaram-me diante do trono de DEUS pedindo que a graça do Senhor JESUS repousasse em meus pensamentos para discorrer prudentemente o tema escolhido. Agradeço ao ESPIRITO SANTO por está entronizado em minha vida.

Ao meu orientador, escolhido por DEUS, para ajudar-me na construção desta dissertação, em Romanos 12.7 diz: “aquele que ensina, esmere-se em fazê-lo”. Ao meditar neste texto bíblico agradeço a DEUS por essa oportunidade de ser orientanda do Prof. Dr° Hilton Pereira da Silva e ao mesmo tempo parabenizá-lo por seu preparo e seriedade que tem em ensinar. Pois o bom mestre é aquele que almeja a excelência do ensino e se esforça em alcançá-la.

Ao Prof. Dr. José Alexandre Rodrigues Lemos e Dra. Lizomar de Jesus Maués Pereira Mória agradeço pelas preciosas sugestões por ocasião da qualificação, as quais foram essenciais para a construção deste estudo.

Ao Dr. Benedito Maués e sua equipe da Gerência de Informação de Prontuários por disponibilizarem os prontuários para pesquisa dos dados que construiu esta pesquisa.

A minha prima Rafaela Tupinambá pela inestimável, imprescindível e permanente apoio nesta jornada, aos amigos Jorge Takata, Ana Cleide Monteiro e Rita de Cássia Quadros e Olga Leal por suas sábias palavras que me fortaleceram no dia-dia, na bíblia está escrito “em todo o tempo ama o amigo e para a hora da angústia nasce o irmão (Prov. 17:17).

Aos pacientes, principal motivação desta pesquisa.

A Universidade Federal do Pará (UFPA), a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), a Fundação Osvaldo Cruz e Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane que possibilitaram um ensino público e de qualidade no Programa Multi-Institucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia e a todos os mestres do curso de mestrado pelos valiosos ensinamentos.

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPa) pela aprovação do projeto, liberação, confiança e oportunidade na realização da pesquisa que campo.

O meu carinho e muito obrigada a todas estas pessoas que contribuíram para a concretização desta obra.

Quem aprende a estudar nunca concluir qualquer estudo, porque pesquisar, estudar passa a fazer parte de sua vida cotidiana, visto que, ela é ineliminável.

LUKÁES, 1999.

## RESUMO

A cirrose hepática constitui um sério problema de saúde pública mundial pelo quadro clínico insidioso com sintomas discreto, pouco específicos e elevada morbidade. E, por ser uma doença que depende da interação com uma série de outras, a melhor forma de prevenção e promoção à saúde coletiva e individual é conhecê-la, disponibilizando à comunidade científica estudos sobre pacientes cirróticos, como este, com ênfase em mortalidade intra-hospitalar. O objetivo geral desta pesquisa é conhecer epidemiologicamente as características, causas, evolução dos pacientes cirróticos internados, no período de 2005 a 2010, em hospital público de referência na Região Amazônica, Belém-Pará. Realizou-se um estudo descritivo, retrospectivo, transversal, usando uma abordagem quantitativa. Para a coleta dos dados utilizou-se um formulário estruturado que incluiu variáveis sócio-econômico-demográficas; variáveis da clínica; variáveis de fatores de risco, variáveis de internação e desfecho de caso. Utilizou-se a análise descritiva com aplicação do teste qui-quadrado ou teste de Fisher para avaliar as associações entre as variáveis, e o modelo de regressão logística binária, com o objetivo de testar as variáveis dependentes e duas ou mais independentes, com  $\alpha=0,05\%$ . Com uma amostra de 155 prontuários elegíveis de pacientes internados com diagnóstico de cirrose hepática. Observou-se uma predominância do sexo masculino, com média de idade de 50 anos ( $DP \pm 15,15$ ). A cor da pele parda é a mais frequente, a maioria dos pacientes tem residência na RMB, a renda familiar mensal predominante é de 1 a 2 salários mínimos. Na série histórica, a maioria dos óbitos ocorreu em 2010. O alcoolismo é a doença de base mais frequente, seguido das hepatites crônicas C e B. O tempo diagnóstico para cirrose se apresenta entre 1-5 anos. A comorbidade VGE é a mais frequente, a classificação prognóstica mais preponderante Child-Pugh B, e Child-Pugh C apresenta o pior prognóstico para o óbito. Na história familiar o diabetes mellitus é o mais frequente. No passado a hemotransfusão, pode ter contribuído para a contaminação por doenças transmitidas por hemoderivados, como as hepatites B e C. A medicina complementar provavelmente expõe o portador cirrótico ao risco de agravamento da doença e do óbito, mas os dados disponíveis não são suficientes para confirmarem isto. O motivo de internação mais frequente é a ascite, e durante a internação a complicação mais preponderante é a Encefalopatia Hepática. O tempo médio da permanência hospitalar foi de 18 dias. A mortalidade intra-hospitalar foi de 20,65%. A categoria sem resposta se fez presente em toda a pesquisa e pode ter influenciado na interpretação e avaliação do comportamento da doença ao longo do seguimento e da mortalidade intra-hospitalar. A cirrose é uma doença progressiva com forte tendência de risco de morte por complicações, sendo importante planejar ações de saúde que venham ao encontro as necessidades de saúde/doença do portador cirrótico e que vise reduzir a morbidade e a mortalidade precoce e evitável. Concluimos que a pesquisa em questão contribuiu no sentido de incentivar novas pesquisas sobre o assunto, que possa enriquecer mais estudos sobre esta ferramenta. Além de apontar problemas de registros nos prontuários e falha na prevenção. Espera-se que esta pesquisa propicie proposta de novas metas e estratégias para melhoria da assistência prestada ao portador cirrótico.

## SUMMARY

Hepatic Cirrhosis constitutes a serious worldwide problem of public health by its silent clinical aspect, with discreet and inconspicuous symptoms and by its diverse causes. Since it is dependent on interaction with a series of other illnesses, the best way to prevent it and enhance collective and individual health is to know the disease, providing the community with scientific studies on cirrhotic patients, with emphasis on in-hospital mortality. The general objective of this research and know epidemiologically the characteristics, causes, evolution of cirrhotic patients hospitalized in the period 2005 to 2010, in a public hospital of reference in the Amazon Region of Belem, Pará. A transversal, retrospective, descriptive study was done using a quantitative approach. For the collection of data a structured form was used that included socioeconomic and demographic variables, clinical and risk factor variables, and variables of hospitalization and case development. Statistically descriptive analysis was used with the application of chi-square test or Fisher's exact test to evaluate the associations between variables, and the logistic regression model of torque, with the objective of testing the dependent variables and two or more independent, with  $\alpha=0.05$  %. 155 eligible records of hospitalized patients diagnosed with Hepatic Cirrhosis. It was a predominance of males, with a mean age of 50 years ( $SD \pm 15.15$  ). The Parda color is the most frequent, most patients have residence in the metropolitan region of Belem, the predominant monthly family income is from 1 to 2 minimum wages. In the study series, most of the deaths occurred in 2010. Alcoholism is the most frequent underlying disease, followed by the chronic hepatitis C and B. The diagnostic time for cirrhosis is 1-5 years. The gastroesophageal varicose comorbidity is the most frequent, the prevailing prognostic classification Child-Pugh B, and Child-Pugh C presents the worst prognosis to death. In family history diabetes mellitus is the most frequent. In the past, the hemotransfusion, may have contributed to the contamination by diseases transmitted by blood products, such as hepatitis B and C. Complementary medicine probably exposes the cirrhotic patient with the risk of worsening of the disease and death, but the available data are insufficient to confirm this. The reason for hospitalization more frequent and the ascites, and during the hospital stay the complication more preponderant and hepatic encephalopathy. The average time of hospital stay was 18 days. in-hospital mortality and of 20.65 %.The category without response has been present in all the research and may have influenced the interpretation and evaluation of the behavior of the disease throughout the follow-up and in-hospital mortality rate. Cirrhosis is a progressive disease with a strong tendency of the risk of death due to complications, it is important to plan health actions that meet the needs of health/illness of cirrhotic patients and aims to reduce the morbidity and early mortality and avoidable. We conclude that the research in question has contributed to encourage new research on the subject, that can enrich more studies on this tool. In addition to pointing problems of records and failure prevention. It is hoped that this research stimulates proposal of new targets and strategies for improving the care provided to the bearer cirrhotic.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por faixa etária dos pacientes..... 47
- Figura 2** - Quantidade dos pacientes cirróticos internados na FSCMPA segundo o desfecho do caso e o ano de ocorrência no período de 2005 a 2010 - Belém-PA..... 52

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Quantidade e percentual dos prontuários pacientes internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010 - Belém-PA .....	47
<b>Tabela 2</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por sexo dos pacientes. ....	48
<b>Tabela 3</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por faixa etária dos pacientes.....	49
<b>Tabela 4</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por raça/cor dos pacientes.....	49
<b>Tabela 5</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por procedência dos pacientes. ....	50
<b>Tabela 6</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por renda familiar dos pacientes. ....	51
<b>Tabela 7</b> - Quantidade e percentual dos pacientes cirróticos internados na FSCMPA segundo o desfecho do caso e o ano de ocorrência no período de 2005 a 2010 - Belém-PA.....	51
<b>Tabela 8</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por doença de base dos pacientes. ....	53
<b>Tabela 9</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo a duração do diagnóstico da doença (anos) dos pacientes. ....	54
<b>Tabela 10</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010 - Belém-PA, segundo a comorbidade dos pacientes. ....	56
<b>Tabela 11</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo prognósticos dos pacientes. .	57
<b>Tabela 12</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o histórico familiar dos pacientes. ....	58
<b>Tabela 13</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo a doença hepática associada dos pacientes.....	59
<b>Tabela 14</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo paciente alcoolismo. ....	60

<b>Tabela 15</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo hemotransfusão.....	61
<b>Tabela 16</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo medicina complementa. ....	62
<b>Tabela 17</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o comportamento sexual dos pacientes. ....	63
<b>Tabela 18</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o motivo de internação dos pacientes. ....	64
<b>Tabela 19</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo as complicações durante a internação dos pacientes. ....	66
<b>Tabela 20</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o tempo de permanência hospitalar dos pacientes. ....	67
<b>Tabela 21</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o diagnostico de cirrose por doença de base dos pacientes.....	68
<b>Tabela 22</b> - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o final por complicações.....	70
<b>Tabela 23</b> - Quantidade desfecho do caso de pacientes cirróticos da FSCMPA, no período de 2005 a 2010. ....	71
<b>Tabela 24</b> - Estatísticas Resultantes da Regressão Logística Binária com seis variáveis independentes. ....	72
<b>Tabela 25</b> - Testes para verificar a validade do modelo Person, Deviance e Hosmer-Lemeshaw.....	73
<b>Tabela 26</b> – Estatísticas da correlação para pacientes cirróticos atendidos na FSCMPA, no período de 2005 a 2010 – Belém – PA. ....	74
<b>Tabela 27</b> - Probabilidade e um paciente que apresentou comorbidade com histórico de alcoolismo, com complicação durante a internação e apresentou doença de base de acordo com a faixa de idade. ....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC = Acidente Vascular Cerebral

CBP = Cirrose Biliar Primária

CEP = Colangite Esclerosante Primária

CH = Cirrose Hepática

CHC = Carcinoma Hepatocelular

CPT = Child-Turcotte-Pugh

DHGNA/NASH = Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica

DM = Diabetes Mellitus

DP = Derrame Pleural

DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DHA= Doença Hepáticas Associadas

EH = Encefalite Hepática

EHNA = Esteatose Hepática Não Alcoólica

FSCMPA = Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

HAI = Hepatite Autoimune

HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica

HDA = Hemorragia Digestiva Alta

HH = Hemocromatose Hereditária

HP = Hipertensão Portal

HIU = Hérnia Intra-Umbilical

IRA = Insuficiência Renal Aguda

ITU = Infecção Do Trato Urinário

LHID = Lesão Hepática Induzida Por Drogas

MAL = Malária

NSA = Não Se Aplica

PBE = Peritonite Bacteriana Espontânea

PNM = Pneumonia

SBH = Sociedade Brasileira De Hepatopatia

SHF = Sem História Familiar

SHP = Síndrome Hepatopulmonar

SHR = Síndrome Hepatorenal

SR= Sem Resposta

SIAB = Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN = Sistema de Informação Nacional de Agravos Compulsórios

VE= Varizes Esofágicas

VGE = Varizes Gastroesofágica

VHB = Vírus da Hepatite B

VHC = Vírus da Hepatite C

VHD = Vírus da Hepatite D

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>1.1 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>19</b>
<b>2 CIRROSE HEPÁTICA HOJE .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 DEFINIÇÃO DA CIRROSE .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 PRINCIPAIS ETIOLOGIA DA CIRROSE E FATORES DE RISCO.....</b>	<b>23</b>
2.2.1 Alcoolismo .....	23
2.2.2 Vírus das hepatites crônicas .....	24
2.2.3 Criptogênica .....	25
2.2.4 Metabólica .....	26
2.2.5 Drogas hepatotóxicas.....	26
2.2.6 Doença vascular.....	27
2.2.7 Doenças biliares.....	27
2.2.8 Hepatite autoimune.....	27
<b>2.3 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CIRRÓTICAS .....</b>	<b>28</b>
2.3.1 Ascite.....	28
2.3.2 Encefalite hepática (EH).....	28
2.3.3 Hipertensão portal (HP).....	29
2.3.4 Infecções bacterianas.....	30
2.3.5 Síndrome hepatorenal (SHR).....	30
2.3.6 Síndrome hepatopulmonar (SHP).....	31
<b>2.4 CLASSIFICAÇÃO PROGNÓSTICA E SEVERIDADE DA CIRROSE .....</b>	<b>31</b>
<b>2.5 EPIDEMIOLOGIA DA CIRROSE .....</b>	<b>32</b>
<b>2.6 FATORES SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS.....</b>	<b>33</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 GERAL .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2 ESPECÍFICOS .....</b>	<b>37</b>
<b>4. PROCESSOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2 CAMPO DE PESQUISA .....</b>	<b>40</b>
<b>4.3 TAMANHO DA AMOSTRA.....</b>	<b>41</b>

<b>4.4 CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASO PARA A PESQUISA.....</b>	<b>41</b>
<b>4.5 CRITÉRIO PARA A PESQUISA .....</b>	<b>42</b>
4.5.1 Inclusão.....	42
4.5.2 Exclusão .....	42
<b>4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....</b>	<b>43</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
<b>5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....</b>	<b>47</b>
<b>5.2. DADOS CLÍNICOS DOS CASOS.....</b>	<b>52</b>
<b>5.3 APLICAÇÃO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA DICOTÔMICA .....</b>	<b>70</b>
5.3.1 Classificação dos pacientes com relação ao desfecho do caso.....	70
5.3.2 O modelo de regressão logística.....	71
5.3.3 Ajuste do modelo.....	73
5.3.4 Probabilidade estimada através do modelo de regressão logística.....	74
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>78</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>101</b>
<b>8 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO A: TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA FSCMPA</b>	
<b>ANEXO B: QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO PROGNÓSTICA E SEVERIDADE DA CIRROSE</b>	
<b>APÊNDICE A: FORMULÁRIO DE PESQUISA</b>	
<b>APÊNDICE B: TABELAS ESTATÍSTICAS PARA CONSULTAR</b>	

# INTRODUÇÃO

---

## 1 INTRODUÇÃO

A cirrose hepática (CH) é considerada um problema de saúde pública porque ela afeta, sobretudo, a população economicamente ativa (CONSENSO, 2007).

A distância geracional, sobretudo, na sua história natural descreve uma fase de deslocamento geralmente assintomático, logo após apresenta-se uma fase rápida ou descompensada, onde diversas complicações são desenvolvidas. E, com o curso natural lento, longo e assintomático, a cirrose causa desorganização e destruição na arquitetura lobular e vascular do fígado.

Para DANI (2005), a cirrose é um estágio próprio da evolução de diversas doenças hepáticas crônicas que resulta da inter-relação entre os diversos fatores etiológicos, morte e regeneração celular, degradação e formação anormal da matriz celular.

Sua prevalência varia em diferentes países, nos Estados Unidos e na Itália a taxa de mortalidade é de 20,5/100.000 (BRANDÃO et al, 2006). No México, a taxa média de mortalidade é de 25,8/100.000 habitantes (GÓMEZ et al, 2009). No Brasil, a taxa de mortalidade no período de 1991 a 2001 foi de 7,59/100.000, em 2002 foi de 7,79/100.000 respectivamente, demonstrando que essa mortalidade permaneceu estacionada por 10 anos e no Estado do Pará essa taxa foi de 3,52/100.000 habitantes (BRASIL, 2005), demonstrando ter subnotificação.

E, identificar a prevalência da cirrose é uma tarefa árdua, uma vez que a essa doença apresenta um longo curso assintomático com descoberta diagnóstica tardia, confirma-se tal situação no estudo de LIDA et al (2005), que descrevem a evolução do paciente cirrótico como

insidiosa e marcada por sintomas inespecíficos, e que até as fases avançadas da doença dificultam o diagnóstico.

Esta doença apresenta dois importantes grupos, o primeiro grupo relacionado ao álcool e um segundo grupo de etiologia variada, onde se destacam os vírus hepatotrópicos e aqueles associados à doença autoimune, doenças medicamentosas ou tóxicas, vasculares e as metabólicas.

## **1.1 Justificativa**

Com quadro clínico insidioso com sintomas discretos e pouco específicos, a cirrose atinge o fígado de forma aguda ou crônica, sendo uma das principais causas de doenças hepáticas crônicas. Tem alta prevalência e elevada morbidade, que impossibilita o portador cirrótico de desenvolver suas habilidades laborativas devido às consequências que vão surgindo ao longo do tempo, como exemplo, ascite, encefalite, e outras complicações. A evolução do paciente cirrótico é marcada por sintomas inespecíficos (anorexia, perda de peso, fraqueza, osteoporose e outros) até as fases avançadas da doença (LIDA et al, 2005).

A presente pesquisa tem interesse em conhecer o comportamento da doença, suas manifestações, grau de comprometimento da saúde e a taxa de mortalidade intra-hospitalar no Pará, visando a melhoria da assistência realizada ao paciente acometido pela cirrose e, por conseguinte, a melhoria da qualidade de vida desse portador.

E, por ser uma doença que depende da interação de uma série de outras doenças, a melhor forma de prevenção e promoção a saúde coletiva e individual é conhecê-la.

Portanto, disponibilizar à comunidade científica uma pesquisa sobre a situação dos pacientes cirróticos internados, com ênfase na mortalidade intra-hospitalar na Amazônia, pode ser útil uma vez que há escassez de pesquisa no referido assunto. Disponibilizar informações de saúde que retratam a realidade da região norte do Brasil, visando à construção de indicadores de saúde e planejamento de ações de controle da cirrose é uma das principais funções do Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

## CIRROSE HEPÁTICA HOJE

---

## 2 CIRROSE HEPÁTICA HOJE

### 2.1 Definição da cirrose

A Cirrose é o termo utilizado para descrever a doença do fígado, caracteriza-se pela substituição difusa da estrutura hepática normal por nódulos de estruturas anormais circundadas por fibrose. Essas mudanças estruturais podem influenciar na diminuição ou na perda da função hepática e com isto levar a obstrução da irrigação sanguínea intra-hepática. Além de englobar um conjunto de distúrbios hepáticos de etiologia e gravidade variáveis. Conceitua-se cirrose como “doença crônica na qual ocorre destruição difusa e regeneração de células parenquimatosas do fígado com aumento difuso de tecido conjuntivo que resultou em desorganização da arquitetura lobular e vascular (BRANDÃO et al, 2006)”.

Clinicamente a cirrose apresenta-se como compensada e descompensada. Sendo que na fase descompensada aparecem complicações que podem ser fatais para o portador desta doença, podemos citar a hemorragia digestiva alta por sangramento de varizes esofágicas. Este sangramento de pouca ou grande intensidade, implicará em um aumento significativo da mortalidade nos portadores cirróticos.

A existência de história mórbida pregressa de hepatite sem etiologia definida, uso crônico de álcool ou sintomatologia vaga, tal como astenia, epistaxe, edema, lentidão de raciocínio, sendo também encontrado febrícula, aranhas vasculares, eritema palmar e referência a episódios de diarreia, além de sintomas dispépticos diversos, tais como plenitude gástrica ou flatulência. Esses pacientes podem manter-se nessa fase por toda vida, vindo a falecer por causas diversas, porém alguns, em poucos meses ou anos, geralmente evoluem para falência hepatocelular ou hipertensão portal (DANI, 2006, p.579).

Os mecanismos etio-patológicos da cirrose estão relacionados com causas infecciosas, hepatotóxicas, doenças imunológicas e infiltrativas, doenças biliares, obstrução do fluxo venoso, entre outras, inclusivamente, pode não ser possível apurar a causa (FONSECA, 2010).

## **2.2 Principais etiologia da cirrose e fatores de risco**

### **2.2.1 Alcoolismo**

O alcoolismo é considerado, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública, apesar da dificuldade de estabelecer a prevalência do consumo e abuso, esse se relaciona diretamente com algumas causas de óbitos, como a cirrose hepática (BARROS et al, 2008; FIORIO et al, 2011).

O Consumo abusivo de álcool traz inúmeras consequências negativas à saúde e a qualidade de vida, aumenta às frequências de morbidade que causam morte, limitações funcionais, cirrose, alguns tipos de câncer, entre outros (COSTA et al, 2004).

A região sudeste do Brasil apresenta um padrão de consumo de álcool em que 50% da população com 18 anos ou mais de idade ingerem bebida alcoólica, sendo que 6% diariamente e 18% uma a quatro vezes na semana, segundo BARROS et al (2008). Mas é nos Estados do Norte, do Centro-Oeste e do Nordeste que se consome o maior número de doses cada vez que se bebe (BRASIL, 2007).

Literaturas nacionais e internacionais vêm alertando para o aumento da prevalência da doença alcoólica em associação com a cirrose hepática, tais literaturas como de BUSTÍOS et al (2006), relatam que as causas mais frequentes de cirrose é o álcool, seguido das hepatites crônicas B e hepatite C e de MATTOS et al (2003), no estudo realizado em pacientes internados

em Porto Alegre, destacam a presença da infecção bacteriana e sua associação com cirrose alcoólica.

## 2.2.2 Vírus das hepatites crônicas

Em todo o mundo, mais de 350 milhões de pessoas são infectadas pelo vírus da hepatite viral B. A infecção pelo VHB, pode causar hepatite aguda ou crônica. A cronificação da infecção é definida como persistência do vírus, ou seja, pela presença do HBsAg por mais de seis meses, detectada por meio de teste sorológico (BRASIL, 2009).

Na Ásia, Pacífico e África têm maior incidência e prevalência às hepatites B e C, enquanto, no Brasil, o cerne do problema está localizado na região amazônica brasileira, em especial, na Amazônia Ocidental com a circulação do vírus tipo B (FONSECA, 2007). Apesar da existência de uma vacina eficaz, a hepatite B continua sendo um problema de saúde pública. Estima-se em dois bilhões o número de pessoas que já entraram em contato com esse vírus.

A cirrose por hepatites virais B, C e D, ocorre pela perpetuação, durante alguns anos, de lesão celular imunomediada. Nas hepatites B, essa evolução se observa em cerca de 5 a 10%, enquanto, na hepatite C, em 30 a 40% dos infectados (DANI, 2006).

De acordo com MONTEIRO et al (2004), por ser eficaz a transmissão sexual do VHB, é provável que práticas de sexo desprotegido – o não uso de preservativo, múltiplas parceiras sexuais e relações sexuais anais – estejam contribuindo para o aumento do risco nos portadores HIV/SIDA.

O vírus tipo C é responsável por 20% dos casos de hepatite aguda, em 70% dos casos de hepatite crônica, 40% dos casos de cirrose hepática, 60% dos casos de carcinoma hepatocelular e 30% dos casos de transplantes na Europa (MARCELLIN, 1999 apud MAIA 2006).

O vírus da hepatite C (HCV) é o fator mais importante que contribui para o desenvolvimento de doença hepática crônica e complicações, tais como carcinoma hepatocelular, e da necessidade de transplante de fígado (NGUYEN; THULUVATU, 2007).

Para MONTEIRO et al (2004), em Belém, a taxa de infecção pelo VHC, no grupo que se refere antecedentes de transfusão de sangue e/ou hemoderivados é de 22,1%. Dos fatores de risco para a infecção do vírus da hepatite C, 14,9% dos pacientes pesquisados foram transfudido antes de 1993 (MAIA, 2006).

Segundo MENEZES (2006), 20% dos pacientes com hepatite crônica pelo HCV desenvolvem cirrose e suas complicações após 10 a 20 anos de infecção. Os sintomas da hepatite C crônica são leves e na maioria das vezes inexistentes ou inespecíficos. Dos pacientes crônicos, aproximadamente de 20 a 30% desenvolvem cirrose e destes cerca de 1 a 4% desenvolvem câncer hepático (NEZAM, 2004 e RESENDE, 2005).

### 2.2.3 Criptogênica

A cirrose por causa criptogênica (idiopática) constitui um grupo heterogêneo, de etiologia desconhecida, que representam de 10 a 15% das cirroses. Histologicamente, a doença idiopática é representada por ausência de espaços portais, arranjos vasculares anormais, septos fibrosos e regeneração nodular. E, mesmo com ausência de fatores de risco identificáveis, alguns pacientes apresentam doença hepática progressiva, sendo sua ocorrência de predominância no sexo feminino (DANI, 2006).

### 2.2.4 Metabólica

A hemocromatose hereditária (HH), é uma das doenças autossômicas recessivas mais comum dos seres humanos. Em que o ferro é depositado de uma forma exagerada e se acumula em vários órgãos, entre eles, o fígado e pode eventualmente levar a cirrose. O carcinoma hepatocelular ocorre em aproximadamente 20% dos pacientes com cirrose por hemocromatose e é uma das causa mais comum de morte (BEATON et al, 2006).

Para ALMEIDA (2005), a doença hepática gordurosa não-alcoólica (DHGNA) compreende um espectro que parte da simples esteatose macrovesicular para esteato-hepatite, avançando para fibrose, e subsequente também à cirrose.

### 2.2.5 Drogas hepatotóxicas

A cirrose por drogas hepatotóxicas (fármaco e/ou toxinas) de diferentes fármacos e seus metabólicos, pode produzir hepatite crônica ativa e cirrose (BITTENCOURT, 2011). Segundo DANI (2006), ocorre lesão de ducto biliar com aspecto de cirrose biliar podendo ser observada naqueles pacientes em uso, por exemplo de clorpromazina

Para SOUZA (2001), a doença hepática induzida por produtos naturais varia desde alterações das enzimas hepáticas até hepatites agudas, hepatite crônica, síndrome de obstrução sinusoidal e mesmo cirrose hepática. Além disto, muitos produtos naturais podem interagir com medicamentos tradicionais, interferindo no seu metabolismo e modificando sua ação terapêutica ou exacerbando seus efeitos hepatotóxicos (LARREY, 1997).

### 2.2.6 Doença vascular

Segundo DANI (2006), a síndrome de Budd-chiari é um distúrbio vascular que se instala em consequência de obstáculos ao livre fluxo sanguíneo secundário a trombose de veias hepáticas ou de veia cava inferior supra-hepática, enquanto que a doença venoclusiva é uma síndrome caracterizada por icterícia, hepatomegalia, ascite tensa, em geral presente em paciente submetido à quimioterapia. Para esse mesmo autor, a telangiectasia hemorrágica hereditária com caráter autossômica dominante apresenta diversas consequências, tais como dor no hipocôndrio direito, hepatomegalia e insuficiência de decúbito elevado (DANI, 2006).

### 2.2.7 Doenças biliares

Para BITTENCOURT (2006), os fenômenos de auto-imunidade podem está envolvidos na patogênese destas doenças. As doenças biliares constituem-se de uma doença colestática crônica progressiva, secundária a inflamação e destruição dos ductos biliares interlobulares, com formação de granulomas, levando a ductopenia, cirrose e insuficiência hepática. Enquanto que, a colangite esclerosante primária é caracterizada por inflamação e fibrose de ductos biliares intra e extra-hepáticos, apresentando curso clínico variável e progressão lenta para cirrose.

### 2.2.8 Hepatite Autoimune

Caracteriza-se pela presença de auto-anticorpos, hipergamaglobulinemia e acometimento hepático. É uma inflamação de causa desconhecida em que os anticorpos agridem as células do fígado como se fossem proteínas estranhas ou bactérias. Para BUSTÍOS et al (2006), as causas menos comuns são doenças autoimunes, doença metabólica, bem como a doença hepática gordurosa não-alcoólica (NASH).

## **2.3 Principais complicações cirróticas**

### **2.3.1 Ascite**

Dentre as principais complicações, a ascite é secundária à sobrecarga de volume devido à maior retenção de sódio e água, conseqüentemente há o acúmulo de líquido na cavidade peritoneal pelo regime da hipertensão portal e linfática secundária as alterações estruturais da cirrose, conforme BITTENCOURT (2006). E, segundo FLYNN (2003), os pacientes podem acumular até 25 litros na cavidade peritoneal.

Segundo KAMINI et al (2008), essa complicação é grave e potencialmente fatal na cirrose hepática, pois paciente com níveis elevados de creatinina sérica e hemoculturas positivas, têm mau prognóstico. Para MIZPUTEN (2007), é um quadro comum em pacientes com cirrose e cerca de 50% dos pacientes desenvolverão essa complicação no período de 10 anos e após a sua instalação, a mortalidade pode alcançar 50% em dois anos, como relata em sua pesquisa.

### **2.3.2 Encefalite hepática (EH)**

De acordo com MARTINELLI et al (2003), a EH é definida como uma síndrome neuropsiquiátrica, potencialmente reversível, caracteriza-se por mudanças na personalidade e no comportamento da cognição, da função motora e nível de consciência. Em seu artigo os autores, destacam que o episódio agudo da EH, no paciente cirrótico, é caracterizado pelo desenvolvimento da síndrome de confusional aguda, com prejuízo do estado mental, alterações neuromusculares, fector hepaticus e distúrbios respiratórios. Segundo STEWART et al ( 2011), essas alterações na atividade dos neurotransmissores, também, podem potencialmente levar a

alterações do humor, criando uma associação entre transtorno de humor, como a depressão, déficit cognitivo e de cirrose.

### 2.3.3 Hipertensão Portal (HP)

Conforme RAMIRES et al (2000), a hemorragia digestiva alta (HDA) é considerada uma situação de emergência por ser uma das complicações mais graves da hipertensão porta, associada a uma elevada mortalidade, que ronda 35% por cada episódio de hemorragia varicosa, 60% das mortes ocorre por incapacidade de controlar a hemorragia ou por nova hemorragia, segundo FONSECA (2010). Para YAO-CHUN et al (2011), o sangramento por varizes gastroesofágicas (VGE) é uma complicação devastadora da HP, sendo uma das principais causas de morte em pacientes cirróticos, especialmente naqueles com descompensação hepática.

As VGE estão localizadas no esôfago que se estendem para o estômago pela pequena ou grande curvatura. E quando isoladas podem ser localizadas no fundo gástrico ou em outros sítios do estômago ou duodeno proximal (FERRARI JUNIOR, 2009). Para GARCIA-TSAO et al (2009), pacientes com varizes esofágicas (VE) desenvolvem hemorragia de varizes a uma taxa de 12%-15% por ano, sendo que a taxa de mortalidade em cada episódio de hemorragia por VE é cerca de 15% - 20%. Enquanto que, no estudo de RAMIRES et al (2000), a prevalência de varizes gastroesofágica (VGE) em pacientes cirróticos quando avaliada a mortalidade total e a taxa de ressangramento geral, é de 30% e 42,5%, respectivamente.

### 2.3.4 Infecções bacterianas

Na literatura de ALMEIDA et al (2007), as infecções bacterianas são problemas clínicos importantes em pacientes com cirrose descompensada. E, sua prevalência em pacientes cirróticos com ascite, por ocasião da admissão hospitalar, varia entre 10% e 20%, segundo o estudo de FERNÁNDEZ et al (2000).

Postula-se que a alta incidência de infecção do trato urinário (ITU) nos pacientes com cirrose, especialmente naqueles com ascite, esteja correlacionada ao volume urinário residual e possível disfunção vesical, frequentemente encontrada nestes pacientes, segundo MATTOS et al (2003). Para GOIS (2010), a insuficiência hepática gera maior suscetibilidade às infecções, desde a diminuição da remoção de endotoxinas e bactérias até quadros de imunodepressão.

Para FERNÁNDEZ et al (2002), o risco de desenvolvimento PBE durante a internação é de 20% a 60%, sendo a mortalidade é de 20% a 40%. A incidência de infecção em pacientes cirróticos hospitalizados é próxima a 45%, sendo responsável por até 25% das mortes nesta população de pacientes. Por isso, TOVO (2001), destaca a importância da profilaxia das infecções nesta população de pacientes. E, de acordo com BUSTÍOS et al (2007), as infecções urinárias, como motivo de hospitalização, são as mais frequentes com 41%, seguido por 15,5% de pneumonia, peritonite bacteriana espontânea com 13,1%, diarreia aguda com 4,8% .

### 2.3.5 Síndrome Hepatorenal (SHR)

De acordo com YEUNG et al (2004), a insuficiência renal é uma complicação comum de cirrose e é um indicador de mau prognóstico. E, pacientes com disfunção hepática grave pode desenvolver SHR, que é caracterizado por uma acentuada redução do fluxo sanguíneo renal e distúrbios hemodinâmicos. Estando, geralmente, presente em pacientes com falência hepática

avançada e sendo evidenciada pelo aumento da creatinina sérica de 1,5 ou mais, desde que não exista outra causa conhecida de insuficiência renal.

### 2.3.6 Síndrome Hepatopulmonar (SHP)

A síndrome hepatopulmonar (SHP) tem sido observada em pacientes com CH de qualquer etiologia e cursa com intensa hipoxemia. Esses pacientes podem evoluir com difusão gasosa pulmonar alterada, gerando hipoxemia arterial, com evidência de dilatações vasculares intrapulmonares, segundo DANI (2006).

## 2.4 Classificação prognóstica e severidade da cirrose

O sistema de pontuação Child-Turcotte-Pugh (CTP) foi inicialmente desenvolvido para avaliar o risco de procedimentos cirúrgicos como anastomose portossistêmica e foi posteriormente adaptada para prever a sobrevivência em longo prazo de pacientes cirróticos, sendo um escore bastante utilizado em virtude da simplicidade e capacidade de avaliação crônica, de acordo com CHO et al (2011).

Para avaliação do prognóstico da situação clínica de cada paciente, utiliza-se a classificação Child-Turcotte-Pugh (CPT), baseada em critérios clínicos e laboratoriais: cirrose Child A: 5-6 pontos, B: 7-9 pontos e C: a partir de 10 pontos (ANEXO B).

No estudo de BUSTÍOS et al (2007), no grupo de pacientes com Child-Pugh C a mortalidade foi de 10,9%, em comparação com uma mortalidade de 1,0% no grupo de pacientes em Child-Pugh B e em estágio A que foi de 0%.

Em relação ao grau de disfunção hepática de acordo com a classificação de Child-Pugh, observou-se que o Child B foi o mais prevalente, seguido do C e A respectivamente, segundo o estudo de POFFO et al (2009).

## **2.5 Epidemiologia da Cirrose**

A CH constitui-se o estágio bastante avançado e final de diversas hepatopatias crônicas de etiologias diversificadas, sendo uma doença responsável por vidas ceifadas em todo o mundo, principalmente de doenças provindas do álcool e hepatites virais crônicas.

Na década de 1980-1989, as maiores taxas de mortalidade de cirrose do mundo, foram registradas no México e Chile. Porém, a análise temporal revelou uma tendência de queda dessas taxas na maioria dos países, segundo o estudo de BOSETTI et al (2007).

Nas literaturas internacionais consultadas, como de ALSULTAN et al (2011), mostram que a cirrose é um problema de saúde pública, inclusive, na Arábia Saudita. Isto é atribuído à prevalência relativamente alta de hepatites virais, que além de progredir para a cronicidade tem potencial evolutivo para cirrose. A taxa de mortalidade em pacientes internados neste país é de 35%. Enquanto que, na Tunísia, a etiologia viral é a causa mais comum de cirrose, com uma taxa de mortalidade entre 20% a 40% num período médio de 22 meses, conforme o estudo de ALSULTAN et al (2011). Na França, a taxa de mortalidade intra-hospitalar, em pacientes cirróticos pós- cirurgia cardíaca foi de 26%. Com cirrose CTP classe A, classe B ou classe C em 18, 40 e 100%, respectivamente, segundo VANHUYSE et al (2010).

As literaturas nacionais, como o estudo de ROCO, SOARES (2010) descrevem que, no período de junho de 1999 a setembro de 2004, a letalidade global no CTI e no hospital de

pacientes com cirrose foi de 29,3% e 39,8%, mais elevadas do que as observadas nos demais pacientes admitidos sem cirrose que foi de 19,6% e 28,3%, respectivamente.

## **2.6 Fatores socioeconômicos e demográficos**

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) desenvolveu um modelo conceitual com base em elementos de causas sociais e ambientais das iniquidades em saúde, destacando os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que influenciam na qualidade de vida do indivíduo. Tais fatores denominados de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que segundo a CNDSS (2008, p.3), compreendem “os determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural.”

Esses fatores analisam o indivíduo não somente nos determinantes biológicos da saúde, mas no processo saúde-doença e sua interação com o meio ambiente. Segundo SILVA (2006), “desconsiderar os seres humanos em qualquer aspecto da discussão ambiental é uma grande insensatez”. Pois é necessário visualizar a dimensão social, ou melhor, em que posição da sociedade o indivíduo está inserido, como é a relação dele no processo de trabalho, sua renda, sua inclusão/exclusão nos bens públicos, como cultura, educação e saúde. Para LAST (2007) apud JEPSEN (2009), os status das condições socioeconômicas dos indivíduos referem-se à sua posição na sociedade, com base a uma combinação profissional, de educação e critérios econômicos.

Segundo o relatório apesar dos importantes avanços dos últimos anos na melhoria do valor médio dos indicadores, o Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde.

Estas iniquidades são produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira (CNDSS, 2008).

As limitações de acesso aos serviços de saúde deixam a população mais vulneráveis a problemas de saúde (CNDSS, 2008).

Outra abordagem tratada pela CNDSS (2008) é o baixo poder aquisitivo da população, que influencia a saúde, ou seja, as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde dos indivíduos. Segundo o Ministério de Desenvolvimento Social de Combate a Fome, a linha oficial de extrema pobreza no Brasil é de setenta reais per capita/mês, esse valor serve como base para as ações do Plano Brasil Sem Miséria (BRASIL, 2011). Considera-se que qualquer pessoa que ganhe abaixo deste valor está vivendo em extrema pobreza. De acordo com os dados do censo de 2010, cerca de 16,27 milhões de pessoas encontram-se nesta condição, tendo que a população com renda familiar per capita de menos de meio salário mínimo, correspondente a 30% dos brasileiros (CNDSS, 2008).

De acordo com o relatório da CNDSS (2008), a transição demográfica acelerada vem moldando de forma significativa a composição etária da população brasileira, confirmando um novo perfil na demanda dos serviços de saúde. É um crescimento rápido do peso relativo dos idosos, que tem um impacto importante na economia e na sociedade, obrigando a redefinição de políticas públicas (CNDSS, 2008).

E, com base nos diversos níveis dos DSS, torna-se imprescindível que as políticas públicas e as estratégias de saúde estejam baseadas no entendimento das principais influências sobre a saúde e meio ambiente, mas relacionadas, principalmente, à realidade de cada região brasileira, especialmente quando esses DSS passam a serem visualizados na região amazônica. Segundo SILVA (2006), “discutir perspectivas sobre as complexas relações entre o meio ambiente e saúde na Amazônia é um enorme desafio, porém, já mais deixa de ser fascinante e

necessário.” Um dos principais desafios para a saúde, quando analisando a transição socioecológica e a carga dupla de doenças, na Amazônia “é a falta de dados que permitam a inclusão de forma correta com seus efeitos calibrados e concretamente avaliados.”

Os artigos sobre doenças crônicas como de KINGSTON, SMITH (2002), destacam que elas são encontradas em todos os grupos socioeconômicos, étnicos, culturais e raciais. Segundo ISHITANI, FRANÇA (2000), diversos estudos têm demonstrado uma clara associação entre o nível socioeconômico e o risco de adoecer e morrer. Esses estudos têm concluído que, quanto pior a situação socioeconômica de uma população maior a mortalidade. De acordo com MAIA (2006), os inúmeros aspectos socioeconômicos determinam a duração do tempo que antecede o início do tratamento, sobretudo, no que se refere ao acesso ao serviço de saúde.

Nos estudos de ISHITANI, FRANÇA (2000), o maior risco de morte pelas doenças crônicas do fígado, como a cirrose, pode estar relacionado ao maior consumo de álcool pela população residente em favelas.

O uso abusivo de bebidas alcoólicas parece ser mais comum em homens de regiões mais pobres, e quando associado a outros fatores socioeconômicos e culturais, contribui para o aumento da morbimortalidade por essas causas nesse grupo, segundo MARION-LEON et al (2007). E, os indivíduos com pele preta ou parda apresentaram maiores índices de abuso de álcool, mesmo após análise ajustada, indicando diferenças étnico-culturais não explicadas por idade ou sexo, segundo o estudo de COSTA et al (2004).

Segundo CUNHA, VIEIRA-DA-SILVA (2010) e SILVA (2006), o acesso aos serviços de saúde, garantidos na lei 8080/90, art. 7º, inciso I, universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção de cuidado.

## **OBJETIVOS**

---

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Geral**

Conhecer epidemiologicamente as características, causas, evolução dos pacientes cirróticos internados, no período de 2005 a 2010, em hospital público de referência na Região Amazônica, Belém-Pará.

### **3.2 Específicos**

- Avaliar possíveis associações entre condições socioeconômicas e demográficas e o agravamento da doença;
- Analisar as etiologias e complicações cirróticas associadas ao risco de morte;
- Analisar os fatores de risco associados à progressão da doença ao longo do seguimento;
- Identificar o fator de risco potencial para o agravamento da doença e para o óbito;
- Fornecer dados para subsidiar o planejamento e a organização de políticas hospitalares direcionadas a cirrose hepática.

# **PROCESSO METODOLÓGICO**

---

## **4. PROCESSOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Delineamento de pesquisa**

Realizou-se um estudo descritivo, transversal, quantitativo e retrospectivo. Utilizando-se a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 – Códigos K70.3, K74 a K74.6 e do código das etiologias compatíveis com a doença em questão, como exemplo o código de hepatites virais (B 18).

A pesquisa descritiva investiga as características de determinada população ou fenômeno, estabelece relações entre as variáveis, avaliando suas diferenças e explicando as interações da exposição-doença entre as variáveis. De forma que os dados numéricos coletados retrospectivamente sejam analisados e resumidos pelo método estatístico. Deste modo, as técnicas empregadas neste tipo de pesquisa sejam sistemáticas e facilitem sua interpretação, a fim de testar uma questão ou uma hipótese de pesquisa baseada em um espaço cênico (FIGUEIREDO, 2009; PEREIRA, 1995).

O presente estudo foi realizado em quatro momentos. No primeiro momento, foram realizadas buscas nas literaturas relacionadas ao tema, através das bases de dados PUBMED, LILACS, SCIELO e MEDLINE. A busca de palavras chaves utilizadas foram realizadas em inglês, francês e português. Também, foi realizada busca em acervos bibliográficos como tratados, manuais de referência e outras literaturas como meio de enriquecimento do referencial. O limite temporal estabelecido para delimitar a pesquisa foi entre os anos de 2005 a 2010.

No segundo momento, o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Santa de Misericórdia do Pará (FSCMPA). Esta pesquisa está fundamentada por literaturas científicas, obedeceu a uma metodologia científica adequada e bem definida, foi realizada pela própria pesquisadora, sem vínculo a patrocinadores, justifica-se

por sua relevância social e científica. Enquadrou-se em todas as exigências da resolução CNS 196/96. Sendo aprovada sob o CAAE – 0075.0.440.000-11 e protocolo n. 092/11 – CEP (ANEXO A). Foi emitido, em duas vias, o TERMO DE APROVAÇÃO, onde uma via o CEP da FSCMPA enviou a Gerência de Informação do Paciente (GIP), informando que a pesquisadora estava credenciada e autorizada a coletar de informações dos prontuários correspondente a sua pesquisa e outra via disponibilizada a pesquisadora.

No terceiro momento, realizou-se busca de informações nos prontuários que se encontram na Gerência de Informação ao Paciente (GIP) da FSCMPA.

E, o quarto momento foi destinado à confecção do banco de dados para armazenamento das informações coletadas na pesquisa de campo com intuito na construção da análise estatística que compôs esta pesquisa.

## **4.2 Campo de Pesquisa**

O campo de escolha para o desenvolvimento da pesquisa foi a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) por ser um hospital de ensino que realiza atendimento de média e alta complexidade e está localizado na Região Amazônica na Capital do Estado do Pará.

É uma Instituição que disponibiliza a comunidade os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) nas especialidades pediátrica, neonatológica, médica, tocoginecológica, cirúrgica, nefrológica, dermatológica, cardiológica, reumatológica e hepatopatológica.

Sua demanda atende todo o Estado do Pará e tem como característica principal ser referência materno-infantil. E desde os meados da década de 80, realiza atendimento a pacientes portadores de hepatopias crônicas. Participa da Rede Hospital Sentinela/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), desde o ano de 2001. E, tem parceria para desenvolvimento de

vigilância epidemiológica com o Ministério da Saúde (MS)/Secretaria Executiva de Estado da Saúde (SESPA)/Secretaria Municipal de Belém (SESMA) desde 2006 quando implantou o Núcleo Hospitalar Epidemiológico (NHE) com ênfase nas Doenças de Notificação Compulsórias.

### **4.3 Tamanho da amostra**

A investigação foi realizada em 235 prontuários de pacientes cirróticos (corresponde ao total de população admitida com diagnóstico provável de cirrose), no período de 2005 a 2010, vinculado à área de estatística do local onde ocorreu a pesquisa. E, obedecendo-se o critério de definição e inclusão do caso permaneceram na pesquisa 155 prontuários.

### **4.4 Critério de definição de caso para a pesquisa**

Foram elegíveis para esta pesquisa os prontuários de pacientes com diagnóstico de cirrose hepática (CH) internados FSCMPA. Considerando-se as informações que constavam no prontuário dos dados clínicos, que apresentavam dados sobre marcadores sorológicos das hepatites virais com o sem positividade para HBsAg, anti-HCV e anti-HDV, de exames complementares de insuficiência hepática ou hipertensão porta ou resultado histopatológico compatível com a cirrose.

## **4.5 Critério para a pesquisa**

### **4.5.1 Inclusão**

Foram incluídos, nesta casuística, prontuários de pacientes com diagnóstico de comprovação para cirrose, de ambos os sexos, sem limite de idade que atenderam o critério definição de caso e que estiveram com mais de 50% das variáveis de interesse preenchidas.

### **4.5.2 Exclusão**

Foram excluídos prontuários de pacientes com diagnóstico de CH com impossibilidade de oferecer dados ou com dados incompletos e que não atenderam o critério de definição e de inclusão de caso.

## **4.6 Instrumento de coleta de dados**

Para coleta dos dados elaborou-se um formulário estruturado (Apêndice A) e dividido originalmente em cinco grupos: 1 – variáveis sócio-econômico-demográficas; 2 – variáveis da clínica; 3 - variáveis fatores de risco, 4 – variáveis de internação e 5 – desfecho de caso.

O primeiro grupo foi formado por cinco questões: sexo, faixa etária (idades abaixo de 20 anos, de 21 a 40 anos, 41 a 60 anos e acima de 60 anos), raça/cor (Branca, parda, preta, amarela), região de procedência (local de residência do paciente), renda familiar mensal (totalizando o rendimento mensal de todos os membros familiares residentes no mesmo ambiente familiar. Foi estratificada em relação à base do salário mínimo vigente de cada período descrito na pesquisa-2005 a 2010).

O segundo grupo formado de quatro perguntas: doença de base (características da doença que evoluem para CH); tempo diagnóstico da CH (< 1 ANO, 1-5 ANOS, 6-10 ANOS e > 10 ANOS), comorbidade (associada progressão da hepatopatia para a cirrose). e classificação prognóstica (baseada em Child-Turcotte-Pugh).

O terceiro grupo com oito perguntas: história familiar, doença de base relacionada, alcoolismo (etilista, ex-etilista, nunca ingeriu bebida alcoólica), hemotransfusão (investigação quanto à transfusão de sangue e derivados), comportamento sexual (uso de preservativo, frequência sexual e orientação sexual), doença imune (hepatite autoimune, cirrose biliar primária) medicamentos hepatotóxicos (medicamento com potencial risco para as células hepáticas) e medicina complementar. (ervas medicinal).

O quarto grupo com quatro questões: motivo da internação (relacionado com doença em estudo), complicações durante a internação, tempo de permanência hospitalar ( período em que o paciente ficou internado), diagnóstico de desfecho. E, O Quinto grupo com duas perguntas: alta e óbito.

## **4.7 Análise estatística**

Foi realizada uma análise preliminar a qual tem como objetivo fazer a descrição dos dados através de tabelas e gráficos, visando relatar as características da pesquisa de uma população de 235 prontuários de pacientes com diagnóstico de cirrose hepática internados no período de 2005 a 2010. Decidiu-se por excluir da amostra 80 prontuários de pacientes cirróticos que não ofereceram dados ou com dados incompletos, permanecendo na pesquisa 155 prontuários que preencheram os critérios de definição e inclusão de caso.

De início utilizou-se o teste  $\chi^2$ -Quadrado ou o teste exato de Fisher para avaliar as associações entre as variáveis. Como hipóteses do teste, a primeira é de que o desfecho do caso independe da característica demográfica e clínica do paciente, a segunda é caso contrário (dependência), para isso utilizou-se um nível de significância de 5%.

Em seguida foi realizado um modelo de regressão logística binária, que tem por objetivo testar uma variável dependente (Y) e duas ou mais variáveis independentes que podem ser contínuas ou dicotômicas ou ambas, sendo a variável resposta (Y) binária, ou seja, assume valores 1 (sucesso) e valores 0 (insucessos) (PENHA, 2002).

Neste caso, pacientes que evoluíram a óbito foram representados por 1 ou pacientes que receberam alta foram representados por 0, e as variáveis preditoras significativas para o modelo são: comorbidade, alcoolismo, complicação durante a internação, doença de base, diagnóstico por complicações e faixa etária. Sendo que a variável raça/cor, prognóstico e tempo de permanência hospitalar apresentaram nível descritivo não significativo e foram retiradas do modelo. Um novo modelo de regressão logística foi ajustado sem a presença das variáveis, ficando um modelo com seis variáveis preditoras.

Para o desenvolvimento deste trabalho, fez-se o uso do software SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para a formação do banco de dados e na realização dos testes qui-quadrado e teste exato de Fisher e do modelo de regressão logística binária e o Excel para a formação e formalização das tabelas e elaboração de gráficos.

Para a aplicação da regressão logística dicotômicas, os testes de Bondade de Ajuste utilizados foram: de Pearson, de Hosmer-Lemeshow e Deviance.

Segundo os testes de Bondade de Ajuste, uma vez definido o modelo é necessário testar a sua validade. Em regressão logística há uma série de gráficos, testes de ajuste, e outras medidas

para assegurar a validade do modelo. Estas estatísticas permitem identificar as variáveis que não se ajustam bem, ou que tem forte influencia sobre a estimação dos parâmetros (PENHA, 2002).

O teste de Pearson mede quão bem a observação é prevista pelo modelo. Observações que não se ajustam bem ao modelo têm um baixo valor de Pearson (PENHA, 2002 *apud* TRIOLA, 1998). Enquanto que, o teste Hosmer-Lemeshow, avalia o modelo ajustado comparando as frequências observadas e as esperadas. O teste associa os dados as suas probabilidades estimadas da mais baixa a mais alta, então faz um teste qui-quadrado para determinar se as frequências esperadas estão próximas das frequências observadas (PENHA, 2002 *apud* HOSMER & LEMESHOW, 1989). Já Deviance do modelo é uma estatística de bondade que se baseia nas funções de logverossimilhanças maximizadas para verificar se um subconjunto das variáveis X pode ser retirado do modelo de regressão logística múltipla, testando se os coeficientes de regressão  $\beta_j$  são iguais a zero. Dada uma sequência de modelos encaixados, utiliza-se o Deviance como medida de discrepância do modelo. Trata-se de uma medida bastante útil para avaliar o quão bem o modelo selecionado ajustou-se aos dados, e quanto maior o nível descritivo (p) associado a ele, melhor o ajuste do modelo aos dados.

Como regra de decisão dos testes, tem-se o nível descritivo p, que é a probabilidade de ocorrer valores da estatística de teste mais extremos do que o observado, sob a hipótese nula  $H_0$  ser verdadeira (BUSSAB e MORETTIN, 2010).

## **RESULTADOS**

---

## 5 RESULTADOS

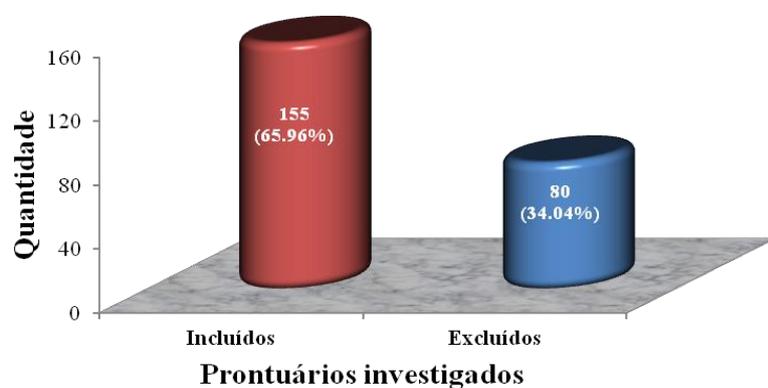
### 5.1 Caracterização da amostra

Na presente pesquisa permaneceram 155 prontuários de pacientes atenderam o critério de definição e inclusão de caso, ou seja, 65,96% dos 235 prontuários investigados de pacientes internados (tabela 1 e figura 1).

**Tabela 1** - Quantidade e percentual dos prontuários pacientes internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010 - Belém-PA

PRONTUÁRIOS INVESTIGADOS	QUANTIDADE	%
Incluídos	155	65.96
Excluídos	80	34.04
<b>TOTAL</b>	<b>235</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.



**Figura 1** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por faixa etária dos pacientes.

FONTE: FSCMPA

Dentre as características da amostra, observou-se que em relação ao sexo (Tabela 2), houve uma predominância do sexo masculino que apresenta 76,72% (89 pacientes) de alta

hospitalar por melhora do quadro clínico e 23,28% (27 pacientes) com evolução para o óbito versus o sexo feminino que se apresenta com 87,18% (34 pacientes) de melhora clínica e alta hospitalar e 12,82% (5 pacientes) evoluíram a óbito. Notou-se que para o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “sexo” e “desfecho do caso” não se apresentam associadas (p-valor = 0,120).

**Tabela 2** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por sexo dos pacientes.

SEXO	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Masculino	89	76.72	27	23.28	116	100.00
Feminino	34	87.18	5	12.82	39	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>79.35</b>	<b>32</b>	<b>20.65</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTES: FSCMPA, março/2012.

\*Teste Exato de Fisher, P = 0. 120

Na Tabela 3, em 86 prontuários a faixa etária entre 41 a 60 anos é mais frequente, sendo que 83,72% (72 pacientes) dos prontuários mostram que os pacientes apresentam melhora do quadro clínico recebendo alta hospitalar e 16,28% (14 pacientes) evoluíram a óbito. Para esta variável observou-se um intervalo de confiança [Média ± DP: 50 ± 15,15 anos], onde a idade mínima foi de 14 anos e a máxima de 84 anos.

Pôde-se observar, também, que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “faixa etária” e “desfecho do caso” se apresentam associadas (p-valor = 0, 017).

**Tabela 3** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por faixa etária dos pacientes.

FAIXA ETARIA	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Menor ou igual a 20 anos	4	100.00	-	-	4	100.00
21 a 40 anos	13	76.47	4	23.53	17	100.00
41 a 60 anos	72	83.72	14	16.28	86	100.00
Maior que 60 anos	34	70.83	14	29.17	48	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>79.35</b>	<b>32</b>	<b>20.65</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.

\*Teste Qui-quadrado,  $P = 0.017$ ,  $\chi^2 = 10.188$

No que se refere à raça/cor (Tabela 4), observou-se que a cor de pele parda é mais frequente. No que tange a cor parda, a maioria dos prontuários registram que 74,38% (90 pacientes) melhoraram seu estado clínico recebendo alta hospitalar e 25,62% (31 pacientes) evoluíram a óbito versus 66,67% (2 pacientes) pacientes de cor preta que melhoraram o quadro clínico e receberam alta hospitalar e 33,33% (1 paciente) evoluiu a óbito. Enquanto que, os prontuários que registram pacientes de cor branca todos receberam alta hospitalar. O nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “raça/cor” e “desfecho do caso” se apresentam associadas (p-valor = 0,034).

**Tabela 4** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por raça/cor dos pacientes.

RAÇA/COR	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Parda	90	74.38	31	25.62	121	100.00
Branca	13	100.00	-	-	13	100.00
Preta	2	66.67	1	33.33	3	100.00
Sem informação	18	100.00	-	-	18	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>79.35</b>	<b>32</b>	<b>20.65</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.

\*Teste Qui-quadrado,  $P = 0.034$ ,  $\chi^2 = 8.255$

Segundo a procedência dos pacientes (tabela 5), 98 prontuários registram uma maior frequência de pacientes procedentes na Região Metropolitana de Belém (RMB), observa-se que 81,63% (80 pacientes) prontuários os pacientes receberam alta hospitalar e 18,37% (18 pacientes) evoluíram a óbito versus 55 prontuários de pacientes provindos do interior paraense, com 74,55% (41 pacientes) de alta hospitalar e 25,45% (14 pacientes) de evolução para o óbito.

Observa-se que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “procedência” e “desfecho do caso” não se apresentam associadas (p-valor = 0,462).

**Tabela 5** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por procedência dos pacientes.

PROCEDENCIA	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
RMB*	80	81.63	18	18.37	98	100.00
Interior do Pará	41	74.55	14	25.45	55	100.00
Outros estados	2	100.00	-	-	2	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>79.35</b>	<b>32</b>	<b>20.65</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.

\*RMB: Região Metropolitana de Belém (Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Santa Bárbara e Santa Izabel do Pará).

\*Teste Qui-quadrado, P = 0.462,  $\chi^2 = 1.516$

No que diz respeito à renda familiar (tabela 6), 71 prontuários informam que a renda mais frequente está entre 1 a 2 salários mínimos, onde 77,46% (55 pacientes) dos pacientes receberam alta e 22,54% (16 pacientes) evoluíram a óbito. O intervalo de confiança [Média  $\pm$  DP: 643.61  $\pm$  295,73 reais], onde o valor mínimo foi de 50 reais e a máxima de 3.125 reais.

Pôde-se observar, também, que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “renda familiar” e “desfecho do caso” não se apresentam associadas (p-valor = 0,476).

**Tabela 6** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por renda familiar dos pacientes.

RENDA FAMILIAR	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
< 1 sm	4	100.00	-	-	4	100.00
1 a 2 sm	55	77.46	16	22.54	71	100.00
>2 a ≤ 5s.m	19	82.61	4	17.39	23	100.00
> 5 a ≤ 10 sm	7	77.78	2	22.22	9	100.00
> 10 s.m	-	-	-	-	-	-
Sem renda	11	78.57	3	21.43	14	100.00
Sem informação	27	79.41	7	20.59	34	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>79.35</b>	<b>32</b>	<b>20.65</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.

\*sm: Salários Mínimo.

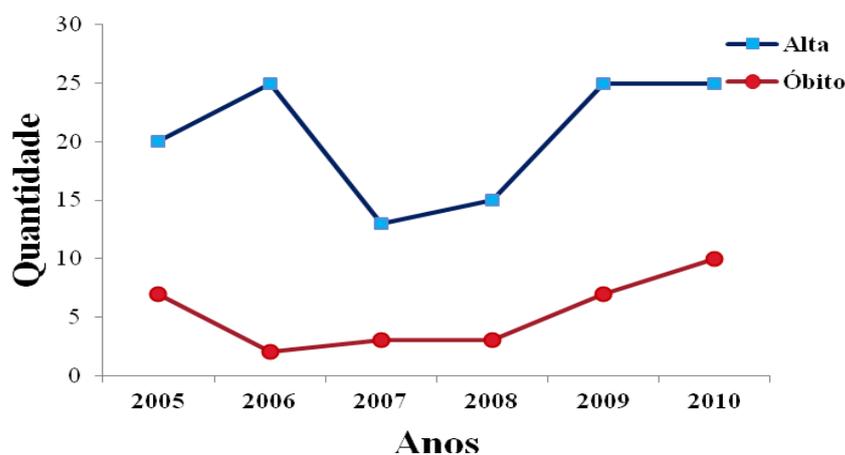
\*Teste Qui-quadrado,  $P = 0.476$ ,  $\chi^2 = 5.543$

Segundo o desfecho do caso e o ano de ocorrência, no período no estudo (tabela 7 e figura 2), a maioria dos pacientes que foram notificados no ano de 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010 receberam alta hospitalar. Porém, a maior ocorrência de óbito foi no ano de 2010.

**Tabela 7** - Quantidade e percentual dos pacientes cirróticos internados na FSCMPA segundo o desfecho do caso e o ano de ocorrência no período de 2005 a 2010 - Belém-PA.

ANO	DESFECHO DO CASO		TOTAL	%
	Alta	Óbito		
2005	20	7	27	17.42
2006	25	2	27	17.42
2007	13	3	16	10.32
2008	15	3	18	11.61
2009	25	7	32	20.65
2010	25	10	35	22.58
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>32</b>	<b>155</b>	
<b>%</b>	<b>79.35</b>	<b>20.65</b>		<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.



**Figura 2** - Quantidade dos pacientes cirróticos internados na FSCMPA segundo o desfecho do caso e o ano de ocorrência no período de 2005 a 2010 - Belém-PA

FONTE: FSCMPA.

## 5.2. Dados clínicos dos casos

Segundo a doença de base dos pacientes (tabela 8), o alcoolismo é a doença mais frequente, apresentando-se em 38,71% (60 pacientes) dos prontuários investigados, 35,77% (44) dos pacientes receberam de alta por melhora do quadro clínico e 50% (16) pacientes evoluíram a óbito. E, as causas virais por VHC ocupam o segundo lugar sendo presente em 23,23% (36 pacientes) com 25,20% (31 pacientes) com alta hospitalar e 15,63% (15 pacientes) com óbito e o terceiro lugar o VHB apresenta-se em 12,26% (19 pacientes) dos prontuários investigados, onde 13,01% (16 pacientes) dos prontuários registram alta hospitalar e 9,38% (5 pacientes) com registro de óbito.

Ocupando o quarto lugar encontramos as hepatopatias a esclarecer em 9,68% (15 pacientes) dos prontuários analisados onde 10,57% (13 pacientes) dos pacientes receberam alta hospitalar e 6,25% (2 pacientes) evoluíram a óbito.

Em quinto lugar as doenças autoimunes em 3,87% (6 pacientes) dos prontuários investigados, todos com alta hospitalar, correspondendo a 4,88% (6 pacientes) do total de prontuários.

As doenças associadas como VHB+VHC ocupam o sexto lugar com 2,58% (4 pacientes) dos prontuários analisados e com 2,44% (3 pacientes) constando alta hospitalar e 3,13% (1 pacientes) de prontuários onde os pacientes evoluíram a óbito. Logo, o VHC+álcool tem 1,63% (2 pacientes) com alta hospitalar e 3,13% (1 paciente) evoluindo a óbito. E, a criptogênica com 1,94% (3 pacientes) dos registros, SHR com 1,29% (2 pacientes) e doenças autoimunes e outras doenças de base (apêndice B, tabela A1) com 4,52% (7pacientes) dos registros hospitalares, respectivamente.

Observa-se que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “doença de base” e “desfecho do caso” se apresentam associadas (p-valor = 0,047).

**Tabela 8** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, por doença de base dos pacientes.

DOENÇA DE BASE	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Alcoolismo	44	35.77	16	50.00	60	38.71
Vírus da Hepatite C	31	25.20	5	15.63	36	23.23
Vírus da Hepatite B	16	13.01	3	9.38	19	12.26
Hepatopatia a esclarecer	13	10.57	2	6.25	15	9.68
Doença Autoimune	6	4.88	0	0.00	6	3.87
VHB+VHC	3	2.44	1	3.13	4	2.58
VHC+ Álcool	2	1.63	1	3.13	3	1.94
Criptogênica	1	0.81	2	6.25	3	1.94
Síndrome Hepatorenal	0	0.00	2	6.25	2	1.29
Outras doenças de base	7	5.69	0	0.00	7	4.52
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: (FSCMPA), março/2012.

\*Teste Qui-quadrado, P = 0.047,  $\chi^2 = 16.974$

Dos prontuários analisados sobre o tempo diagnóstico da doença em anos (tabela 9), 32,26% (50 pacientes) vivenciam essa doença por menos de um ano, sendo que em 33,33% (41

pacientes) dos prontuários houve alta hospitalar por melhora do quadro clínico e 28,13% (9) evoluíram a óbito. ‘

A maior parte dos pacientes, ou seja, 50,32% (78 pacientes) dos prontuários investigados e analisados, o tempo diagnóstico da doença mais frequente está entre 1-5 anos. Deste total de pacientes, apresentam alta hospitalar por melhora do estado de saúde em 52,85% (65 pacientes) e 40,63% (13 pacientes) evoluindo a óbito.

O tempo diagnóstico de 6 a 10 anos apresenta 7,74% (12 pacientes) dos prontuários investigados onde os pacientes sabiam da sua condição, 5,69% (7 pacientes) receberam alta e 15,63% (5 pacientes) evoluíram a óbito. Do percentual da amostra estudada 1,29% (2 pacientes) vivenciam essa doença a mais de 10 anos, com 1,63% (2 pacientes) receberam alta hospitalar por melhora do quadro clínico.

Do total de 8,39% (13 pacientes) dos prontuários apresentavam a categoria tempo da doença sem informação, cerca 6,50% (8 pacientes) receberam alta hospitalar e 15,63% (5 pacientes) registraram óbito.

Observa-se que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “tempo do diagnóstico da doença (anos)” e “desfecho do caso” não se apresentam associadas (p-valor = 0,124).

**Tabela 9** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo a duração do diagnóstico da doença (anos) dos pacientes.

TEMPO DIAGNOSTICO DA DOENÇA (ANOS)	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
< 1 ano	41	33.33	9	28.13	50	32.26
1-5 anos	65	52.85	13	40.63	78	50.32
6-10 anos	7	5.69	5	15.63	12	7.74
>10 anos	2	1.63	-	-	2	1.29
Sem informação	8	6.50	5	15.63	13	8.39
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.

\*Teste Qui-quadrado, P = 0.124,  $\chi^2 = 7.243$

Em relação à comorbidade (tabela 10), a varizes gastroesofágica (VGE) é a mais frequente, com 41,29% (64 pacientes) dos registros hospitalares. Deste total 47,97% (59 pacientes) receberam alta hospitalar por melhora do quadro clínico e 15,63% (5 pacientes) evoluíram a óbito.

O DM com 10,97% (17 pacientes) dos registros em prontuário e 11,38% (14 pacientes) que receberam alta hospitalar e 9,38% (3 pacientes) evoluíram a óbitos. Logo após, a HAS com 6,45% (10 pacientes) dos registros, onde 6,50% (8 pacientes) receberam alta com melhora clínica e 6,25% (2 pacientes) evoluíram a óbito.

A cardiopatia apresenta-se em 4,52% (7 pacientes) dos registro com 3,25% (4 pacientes) dos registros apontam alta hospitalar com 9,38 % (3 pacientes) com evolução para o óbito.

A hemorróida com 1,94% (3 pacientes) dos registro e com 1,63 (2 pacientes) de alta hospitalar e 3,13 (1 paciente) evoluindo para óbito.

A neuropatia, 1,29% (2 pacientes) dos registros e com 0,81% (1 paciente) de alta hospitalar e 3,13% (1 paciente) dos registros de óbito.

Outras comorbidades presentes com 3,87% (6 pacientes) dos registros, sendo que em 3,25% (4 pacientes) dos registros de alta hospitalar e 6,25% (2 pacientes) que evoluíram a óbito e sem comorbidade 24,52% (38 pacientes) dos registros, sendo que 21,14% (26 pacientes) dos prontuários registram alta hospitalar e 37,50% (12 pacientes) evoluíram a óbito.

O nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “comorbidade” e “desfecho do caso” se apresentam associadas (p-valor = 0,002).

**Tabela 10** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010 - Belém-PA, segundo a comorbidade dos pacientes.

COMORBIDADE	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Varizes gastroesofágica	59	47.97	5	15.63	64	41.29
Diabetes mellitus	14	11.38	3	9.38	17	10.97
Hipertensão Arterial Sistêmica	8	6.50	2	6.25	10	6.45
Cardiopatia	4	3.25	3	9.38	7	4.52
Carcinoma hepatocelular	0	0.00	3	9.38	3	1.94
Hemorroida	2	1.63	1	3.13	3	1.94
SIDA	3	2.44	0	0.00	3	1.94
Acidente Vascular Cerebral	2	1.63	0	0.00	2	1.29
Neuropatia	1	0.81	1	3.13	2	1.29
Outras comorbidade	4	3.25	2	6.25	6	3.87
Sem comorbidade	26	21.14	12	37.50	38	24.52
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.

\*Teste Qui-quadrado,  $P = 0,013$ ,  $\chi^2 = 18.745$

Dentre os prognósticos CTP (tabela 11), utilizados para avaliar a severidade da cirrose, 46,45% (72 pacientes) classificados em Child-Pugh B, sendo que 49,59% (61 pacientes) receberam alta hospitalar e em 34,38% (11 pacientes) houve agravamento do quadro com evolução para o óbito. O Child-Pugh C com 24,52% (38 pacientes) dos prontuários analisados, 17,89% (22 pacientes) registram melhora e alta hospitalar e 50% (16 pacientes) dos prontuários com registro do agravamento do estado de saúde e evolução para o óbito. O Child-Pugh A foi diagnosticado em 7,74% (12 pacientes) dos prontuários analisados e cerca de 8,94% (11 pacientes) registram melhora e alta hospitalar por melhora do quadro clínico e 3,13% (1 paciente) dos que evoluíram a óbito.

Encontramos 21,29% (33 pacientes) dos prontuários sem parâmetros para o cálculo do CTP, onde 23,58% (29 pacientes) dos prontuários registram alta hospitalar e 12,50% (4 pacientes) com agravamento evolução a óbito. A ausência de parâmetro pode ter influenciado nossa avaliação. Observou-se que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “prognóstico” e “desfecho do caso” se apresentam associadas ( $p$ -valor = 0,002).

**Tabela 11** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo prognósticos dos pacientes.

PROGNÓSTICO	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
A (5-6 pontos)	11	8.94	1	3.13	12	7.74
B (7-9 pontos)	61	49.59	11	34.38	72	46.45
C (10-15 pontos)	22	17.89	16	50.00	38	24.52
Sem parâmetro	29	23.58	4	12.50	33	21.29
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.

\*Teste Qui-quadrado,  $P = 0.002$ ,  $\chi^2 = 14.522$

Em relação à história familiar (tabela 12), o DM é o mais frequente presente em 12,26% (19 pacientes) dos prontuários analisados, observou-se que 13,82% (17 pacientes) os pacientes evoluíram com melhora do quadro clínico recebendo alta hospitalar e 6,25% (2 pacientes) evoluíram a óbito. Diabetes mellitus + HAS com 9,03% dos prontuários investigados, 8,94% (11 pacientes) dos prontuários registram melhora do estado de saúde dos pacientes com alta hospitalar e 9,38% (3 pacientes) evoluíram a óbito.

A HAS isolada apresenta-se com 7,74% (12 pacientes) dos prontuários analisados, 6,50% (8 pacientes) receberam alta por melhora do quadro clínico e 12,50% (4 pacientes) evoluíram a óbito. Dentre as causas familiares a HAS foi a causa mais prevalente de óbito.

Outra história familiar presente foi a cardiopatia com 5,16% (8 pacientes) dos prontuários, que registram alta hospitalar de 6,50% dos casos.

Os casos de cirrose não-especificada com 1,94% (3 pacientes) dos prontuários avaliados onde 2,44% (3 pacientes) há registro de alta hospitalar por melhora do quadro clínico.

A dislipidemia+DM com 1,29% (2 pacientes) dos prontuários investigados, 0,81% (1 paciente) registram alta hospitalar e 3,13% (1 paciente) dos prontuários registram óbito.

Outras histórias familiares (tabela A2), que correspondem a 3,23% (5 pacientes) dos prontuários analisados todos registram alta hospitalar.

A categoria sem resposta, que apresenta 59,35% (92 pacientes) dos prontuários investigados, sendo que 56,91% (70 pacientes) dos prontuários registram alta hospitalar e 68,75% (22 pacientes) prontuários registram óbitos.

Pode-se observar, também, que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “histórico familiar” e “desfecho do caso” não se apresentam associadas (p-valor = 0,697). Ressaltamos que devido a categoria sem resposta este nível pode ter sido influenciado.

**Tabela 12** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o histórico familiar dos pacientes.

HISTORICO FAMILIAR	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
DM	17	13.82	2	6.25	19	12.26
DM + HAS	11	8.94	3	9.38	14	9.03
HAS	8	6.50	4	12.50	12	7.74
Cardiopatia	8	6.50	0	0.00	8	5.16
Cirrose	3	2.44	0	0.00	3	1.94
Dislipidemia+DM	1	0.81	1	3.13	2	1.29
Outros	5	4.07	0	0.00	5	3.23
Sem resposta	70	56.91	22	68.75	92	59.35
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: (FSCMPA), março/2012.

\*Teste Qui-quadrado, P = 0.697,  $\chi^2 = 8.186$

DM: Diabete mellitus

HAS: hipertensão Arterial Sistêmica

No que se refere a doença hepática associada (tabela 13) a malária é a mais frequente com 10,97% (17 pacientes) dos registros, sendo que receberam alta hospitalar 13,01% (16 pacientes) versus 3,13% (1 paciente) com evolução a óbito. Em seguida vem as hepatites virais que representam 10,32% (16 pacientes) dos prontuários avaliados e mostram 9,76% (12 pacientes) com registro de alta hospitalar versus 12,50% (4 pacientes) com total de óbito. Depois o alcoolismo que corresponde a 6,45% (10 pacientes) dos prontuários analisados com 5,69% (7

pacientes) com alta hospitalar versus 9,38% (3 pacientes) registro com evolução para óbito, as doenças biliares (colelitíase e litíase biliar) correspondem a 5,81% (9 pacientes) dos prontuários analisados onde 4,88% (6 pacientes) com alta hospitalar versus 9,38 (3 pacientes) com evolução para o óbito. Também, com 3,87% (6 pacientes) dos casos com 2,58% (4 pacientes) com registro de alta hospitalar respectivamente. Um número mais expressivo de caso foi da categoria sem resposta que computou 60% (93) dos casos, sendo que 58,54% (72 pacientes) dos prontuários registrando alta hospitalar versus 65,63 (21 pacientes) com evolução para o óbito.

Pode-se observar, também, que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “doença hepática associada” e “desfecho do caso” não se apresentam associadas ( $p$ -valor = 0,352).

**Tabela 13** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo a doença hepática associada dos pacientes.

DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Alcoolismo	7	5.69	3	9.38	10	6.45
Doença biliar	6	4.88	3	9.38	9	5.81
Esteatose hepática	6	4.88	0	0.00	6	3.87
Hepatite	12	9.76	4	12.50	16	10.32
Hepatite alcoólica	4	3.25	0	0.00	4	2.58
Malária	16	13.01	1	3.13	17	10.97
Sem resposta	72	58.54	21	65.63	93	60.00
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: (FSCMPA), março/2012.

\*Teste Qui-quadrado,  $P = 0.352$ ,  $\chi^2 = 6.680$

Com relação ao fator de risco alcoolismo (tabela 14), as anotações no prontuário apontam a predominância em 41,29%. (64 pacientes) de pacientes etilistas, deste total, 40,65% (50 pacientes) receberam alta hospitalar versus 43,75% (14) com evolução a óbito. Enquanto que, os ex-etilista se fazem presente em 23,87% (37 pacientes) dos casos, dos quais 22,76% (28

pacientes) melhoraram o quadro clínico com alta hospitalar versus 28,13% (9 pacientes) com evolução para o óbito.

Dos pacientes que nunca ingeriram álcool totalizam 24,52% (38 pacientes), onde 25,20% (31 pacientes) receberam alta hospitalar versus 21,88% (7 pacientes) com evolução para o óbito.

São etilistas social/moderado 7,74% (12 pacientes), com 8,94% (11 pacientes) de alta hospitalar versus 3,12% (1 paciente) de evolução a óbito. E os ex-etilista social/moderados somam 1,29% (2 pacientes) que por melhora do quadro clínico receberam alta hospitalar sem evolução para o óbito.

E por fim, a categoria sem resposta com 1,29% (2 pacientes) com 0,81% (1 paciente) apresentou melhora do quadro clínico com alta hospitalar versus 3,13% (1 pacientes) com agravamento à saúde evoluiu a óbito.

Pôde-se observar também que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “alcoolismo” e “desfecho do caso” se apresentam associadas (p-valor = 0,032).

**Tabela 14** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo paciente alcoolismo.

ALCOOLISMO	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Etilista	50	40.65	14	43.75	64	41.29
Etilista Social/moderado	11	8.94	1	3.13	12	7.74
Ex-etilista	28	22.76	9	28.13	37	23.87
Ex- Etilista Social/moderado	2	1.63	0	0.00	2	1.29
Não	31	25.20	7	21.88	38	24.52
Sem resposta	1	0.81	1	3.13	2	1.29
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: (FSCMPA), março/2012.

\*Teste Qui-quadrado, P = 0.032,  $\chi^2 = 7.680$

Quando analisado a realização de hemotransfusão (tabela 15), dos pacientes que informaram nunca ter realizado hemotransfusão, 34,96% (43 pacientes) receberam alta hospitalar versus 37,50% (12 pacientes) com evolução a óbito.

Quando observado a hemotransfusão ocorrida até de 1992, 7,74% (12 pacientes) dos prontuários registraram pacientes terem sido transfudidos, 8,94% (11 pacientes) receberam alta hospitalar versus 3,13% (1 paciente) que evoluíram a óbito.

Na sequência, 31,61% (49 pacientes) dos prontuários registram que pacientes cirróticos declararam ter realizado hemotransfusão a partir de 1993, sendo que 31,71% (39 pacientes) receberam alta versus 31,25% (10 pacientes) que evoluíram a óbito.

Um percentual de 25,16% (39 pacientes) dos prontuários apresentavam a categoria sem resposta e 24,39% (30 pacientes) dos registros com alta hospitalar versus 28,13% (9 pacientes) com evolução a óbitos.

O nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “hemotransfusão” e “desfecho do caso” não se apresentam associadas (p-valor = 0,729).

**Tabela 15** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo hemotransfusão.

HEMOTRANSFUSÃO	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Nunca	43	34.96	12	37.50	55	35.48
até 1992	11	8.94	1	3.13	12	7.74
A partir de 1993	39	31.71	10	31.25	49	31.61
Sem resposta	30	24.39	9	28.13	39	25.16
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: (FSCMPA), março/2012.

\*Teste Qui-quadrado, P = 0.729,  $\chi^2 = 1.299$

No que se refere a medicina complementar (tabela16), 34,84% (54 pacientes) dos prontuários indicam que os pacientes não fazem uso de nenhum tipo de medicina complementar, observou-se que 39,84% (49 pacientes) dos prontuários registraram melhora do quadro clínico e

alta hospitalar versus 15,63% (5 pacientes) que foram óbito. Houve relato de 5,81% (9 pacientes) dos registros em que os pacientes fazem uso da medicina complementar, 5,69% (7 pacientes) registram a melhora do quadro clínico com alta hospitalar versus 6,25% (2 pacientes) com registro de evolução para óbito. Enquanto que, há predomínio na categoria sem resposta com 59,35% dos registros, onde a alta hospitalar ocorreu em 54,47% versus óbito com 78,13%. A medicação dos dados obtidos pode ter sido influenciada por essa categoria.

Pôde-se observar que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “medicina complementar” e “desfecho do caso” se apresentam associadas (p-valor = 0,035).

**Tabela 16** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo medicina complementar.

MEDICINA COMPLEMENTAR	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Sim	7	5.69	2	6.25	9	5.81
Não	49	39.84	5	15.63	54	34.84
Sem resposta	67	54.47	25	78.13	92	59.35
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: (FSCMPA), março/2012.

\*Teste Qui-quadrado, P = 0.035,  $\chi^2 = 9.283$

Na análise da Tabela 17 sobre o comportamento sexual dos pacientes, observou-se que em 6,45% (10 pacientes) dos registros os pacientes não fazem uso de preservativo e tem vida sexual ativa, sendo que 5,16% (8 pacientes) receberam alta hospitalar versus 1,29% (2 pacientes) que evoluíram a óbito. Cerca de 7,74% (12 pacientes) dos dados registros apontam relação com o sexo oposto (masculino e feminino) e neste grupo a alta hospitalar foi registrada em 6,45% (10 pacientes) versus 1,29% (1 paciente) de óbito. E, 1,29% (2 pacientes) dos registros os pacientes usam preservativo e neste caso 0,65% (1 paciente) teve alta hospitalar e 0,65% (1 paciente) de óbito. Também, encontrou-se 3,23% (5 pacientes) dos registros onde os pacientes declararam

promiscuidade, e dentre estas 2,58% tiveram alta hospitalar e 0,65% (1 paciente) evoluiu para o óbito. E, 1,94% (3 pacientes) mantinham relação com pessoa do mesmo sexo com 1,29% (2 pacientes) recebendo alta versus 0,65% (1 pacientes) evoluindo para o óbito. Apenas 0,65% (1 paciente) se declara sem vida sexual ativa.

Assim ao nível de 5% de significância pode-se observa que as variáveis “uso de preservativo”, “frequência sexual” e “orientação sexual” não exerceram influencia estatisticamente significativa em relação ao desfecho do caso.

**Tabela 17** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o comportamento sexual dos pacientes.

COMPORTAMENTO SEXUAL	DESFECHO DO CASO		TOTAL
	ALTA	ÒBITO	
<b>Uso de preservativo</b>			
Usa Preservativo	1 (0,65%)	1 (0,65%)	2 (1,29%)
Não usa preservativo	8 (5,16%)	2 (1,29%)	10 (6,45%)
Sem resposta	114 (73,55%)	29 (18,71%)	143 (92,26%)
<b>Frequência sexual</b>			
Promiscuidade sexual	4 (2,58%)	1 (0,65%)	5 (3,23%)
Vida sexual regular	8 (5,16%)	2 (1,29%)	10 (6,45%)
Sem vida sexual	1 (0,65%)	-	1 (0,65%)
Sem resposta	110 (70,97%)	29 (18,71%)	139 (89,68%)
<b>Orientação sexual</b>			
Relação pessoa do mesmo sexo	2 (1,29%)	1 (0,65%)	3 (1,94%)
Relação pessoa do sexo oposto	10 (6,45%)	2 (1,29%)	12 (7,74%)
Sem resposta	111 (71,61%)	29 (18,71%)	140 (90,32%)

FONTE: (FSCMPA), março/2012.

Nível de Significância: (Uso de preservativo: 0.587), (Frequência sexual: 0.966), (Orientação sexual: 0,844).

Segundo a Tabela 18, o motivo da internação mais frequente é ascite que corresponde a 50,97% (79 pacientes) de prontuários investigados, dos quais 53,66% (66 pacientes) têm registro de alta hospitalar versus 40,63% (13 pacientes) que evoluíram a óbito.

Em segundo lugar a EH com 14,84% (23 pacientes) dos prontuários investigados, deste 12,20% (15 pacientes) com melhora do quadro clínico receberam alta hospitalar versus 25% (8 pacientes) dos prontuários mostram evolução para o óbito.

A terceira causa de internação foi HDA com 9,58% (15 pacientes) dos casos de internação, destes 8,94% (11 pacientes) melhoram o quadro clínico e receberam alta hospitalar versus 12,50% (4 pacientes) evoluíram a óbito.

Em quarto lugar o edema, com manifestação de edema MMII seguido de edema de face, com 8,59% (13) pacientes internados, sendo que 6,50% (8) melhoram o estado de saúde receberam alta hospitalar versus 15,63% (5) agravam e evoluem a óbito.

Em quinto lugar de internação a dor abdominal com 6,45% (10) com alta hospitalar por melhora do estado de saúde. Logo após, a SHR com 3,87% (6) pacientes internados com 4,07% (5) recebem alta por melhora do quadro clínico versus 3,13% (1) evolui a óbito. Por hematequizia cerca de 1,29% (2) pacientes internam sendo que 0,81% (1) paciente internado melhora o estado de saúde e recebe alta hospitalar versus 3,13 (1) evolui a óbito. Outros motivos de internação (apêndice B, tabela A3) perfazem um total de 4,52% (7) internações todos melhoraram o quadro clínico e com 5,69% (7) receberam alta por melhora do quadro clínico.

Pôde-se observar também que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “motivo da internação” e “desfecho do caso” se apresentam associadas (p-valor = 0,051).

**Tabela 18** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o motivo de internação dos pacientes.

MOTIVO DA INTERNAÇÃO	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Ascite	66	53.66	13	40.63	79	50.97
Encefalite Hepática	15	12.20	8	25.00	23	14.84
Hemorragia Digestiva Alta	11	8.94	4	12.50	15	9.68
Dor abdominal	10	8.13	0	0.00	10	6.45
Edema	8	6.50	5	15.63	13	8.39
Hematequizia	1	0.81	1	3.13	2	1.29
Síndrome Hepatorrenal	5	4.07	1	3.13	6	3.87
Outros motivos	7	5.69	0	0.00	7	4.52
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: (FSCMPA), março/2012

\*Teste Qui-quadrado, P = 0,051 ,  $\chi^2 = 12,036$ .

Quando analisada as informações, tabela 19, referente as complicações durante a internação, observou-se que a EH é a complicação mais frequente, com 13,55% (21 pacientes), 8,13% (10 pacientes) melhoraram o estado de saúde e receberam alta hospitalar versus 34,38% (11 pacientes) com complicação do quadro clínico evoluíram a óbito.

A ascite, com 9,88% (15 pacientes) dos prontuários avaliados, tendo 7,32% (9 pacientes) dos prontuários registrando alta hospitalar por melhora clínica versus 18,75% (6 pacientes) dos prontuários que registraram evolução a óbito.

A astenia está presente em 6,45% (10 pacientes) dos prontuários, onde 7,32% (9 pacientes) registraram melhora do quadro clínico e receberam alta hospitalar versus 3,13% (1 pacientes) com agravamento da condição de saúde evoluíram a óbito. Também, presente o edema e dispnéia que correspondem a 4,52% (7 pacientes) e 3,87% (6 pacientes) dos prontuários sendo que 4,88% (6 pacientes) e 3,25% (4 pacientes) registram melhora do quadro clínico com alta hospitalar versus 3,13% (1 pacientes) e 6,25% (2 pacientes) com piora do quadro e evolução para o óbito respectivamente.

Além das complicações, houve registro no prontuário de sinais e sintomas que são características da própria doença como hipertemia com 2,58% (4 pacientes), desconforto abdominal 3,23% (5 pacientes). Colúria, dor epigástrica, HDA, anorexia, plenitude gástrica representam 1,29% (2 pacientes) cada, todas com melhora do quadro clínico sendo que 3,25% (4 pacientes), 4,07% (5 pacientes) e 1,63% (2 pacientes) receberam alta hospitalar, respectivamente.

A PBE estava presente em 2,58% (4 pacientes) dos prontuários sendo que 2,44% (3 pacientes) com registro de alta hospitalar versus 3,13% (1 paciente) com evolução para o óbito. A hipertensão portal e disúria apareceram com 1,29% (2 pacientes) dos registros cada com 0,81

(1 paciente) com alta hospitalar versus 3,13% (1 paciente) com agravamento do quadro clínico e evolução para o óbito, cada.

Outros motivos de complicações correspondem a 10,97% (17 pacientes) dos registros hospitalares, correspondem a 9.76% (12 pacientes) dos registros com alta hospitalar versus 15,63% de óbito e os pacientes internados que não tiveram complicação do quadro clínico receberam alta cerca de 39,84% (49 pacientes) versus 6,25% (2 pacientes) evoluíram a óbito.

O nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “complicações durante a internação” e “desfecho do caso” se apresentam associadas (p-valor = 0,008).

**Tabela 19** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo as complicações durante a internação dos pacientes.

COMPLICAÇÕES DURANTE A INTERNAÇÃO	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Encefalite Hepática	10	8.13	11	34.38	21	13.55
Ascite	9	7.32	6	18.75	15	9.68
Astenia	9	7.32	1	3.13	10	6.45
Edema	6	4.88	1	3.13	7	4.52
Dispneia	4	3.25	2	6.25	6	3.87
Hipertermia	4	3.25	0	0.00	4	2.58
Peritonite Bacteriana Espontânea	3	2.44	1	3.13	4	2.58
Desconforto Abdominal	5	4.07	0	0.00	5	3.23
Anorexia	2	1.63	1	3.13	3	1.94
Colúria	2	1.63	0	0.00	2	1.29
Disúria	1	0.81	1	3.13	2	1.29
Dor Epigástrica	2	1.63	0	0.00	2	1.29
Hem. Digestiva Alta	2	1.63	0	0.00	2	1.29
Hipertensão Portal	1	0.81	1	3.13	2	1.29
Plenitude Gástrica	2	1.63	0	0.00	2	1.29
Outros motivos	12	9.76	5	15.63	17	10.97
Sem complicações	49	39.84	2	6.25	51	32.90
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: (FSCMPA), março/2012.

\*Teste Qui-quadrado, P =0.008 ,  $\chi^2 = 17.357$

Devido a severidade da doença, analisou-se o tempo de permanência hospitalar (tabela 20), observando-se que em 9,03% (14) a internação foi de por 5 dias, sendo que 4,88% (6 pacientes) receberam alta hospitalar e 25,0% (8 pacientes) evoluíram a óbito.

Em 45,81% (71 pacientes) apresentaram tempo de permanência de 6 a 15 dias, do total da amostra, com maior frequência. Observou-se que destes 48,78% (60 pacientes) apresentaram melhora em seu estado clínico recebendo alta hospitalar e 34,38% (11) evoluíram a óbito.

Os pacientes que ficaram internados em período de 16 a 25 dias totalizam 25,16% (39 pacientes), dos quais 25,20% (31 pacientes) saíram de alta versus 25,0% (8 pacientes) que evoluíram a óbito. Os que permaneceram internados em período de 26 a 35 dias foram cerca de 10,97% (17 pacientes), sendo que 11,38 (14 pacientes) tiveram alta hospitalar versus 9,38% (3 pacientes) óbitos. No período de 35 a 45 dias de internação temos um total de 5,81% (9 pacientes, com alta hospitalar para 6,5% (8) versus 3,13% (1) de óbito. E encontramos internações acima de 45 dias em 3,23% (5) dos pacientes, onde 3,25% (4) melhoram o quadro clínico e recebem alta versus 3,13% (1) evolui a óbito.

Observou-se um intervalo de confiança [Média  $\pm$  DP: 18  $\pm$  12,56], onde o tempo mínimo de permanência hospitalar foi de 2 dias e o máximo de 77 dias. Com o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “tempo de permanência hospitalar” e “desfecho do caso” se apresentam associadas (p-valor = 0,002).

**Tabela 20** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o tempo de permanência hospitalar dos pacientes.

TEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALAR	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
5 dias	6	4.88	8	25.00	14	9.03
6 a 15 dias	60	48.78	11	34.38	71	45.81
16 a 25 dias	31	25.20	8	25.00	39	25.16
26 a 35 dias	14	11.38	3	9.38	17	10.97
36 a 45 dias	8	6.50	1	3.13	9	5.81
> 45 dias	4	3.25	1	3.13	5	3.23
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.

\*Teste Qui-quadrado, P = 0.002 ,  $\chi^2 = 15.853$

Em relação ao diagnóstico de cirrose por doença de base (tabela 21), a cirrose causada pelo alcoolismo é a mais frequente com 38,71% (60 pacientes) dos registros hospitalares, ocorrendo alta hospitalar em 35,77% (44 pacientes) e em 50% (16 pacientes) óbito. Neste caso, o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “diagnóstico de cirrose por doença de base” e “desfecho do caso” não se apresentam associadas (p-valor = 0,189).

**Tabela 21** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o diagnóstico de cirrose por doença de base dos pacientes.

DIAGNOSTICO DE CIRROSE POR DOENÇA DE BASE	DEVOLUÇÃO DO CASO					
	ALTA		ÓBITO		TOTAL	%
	Quantidade	%	Quantidade	%		
CH Alcoólica	44	35.77	16	50.00	60	38.71
CH pelo vírus da hepatite C	31	25.20	5	15.63	36	23.23
CH pelo vírus da hepatite B	15	12.20	3	9.38	18	11.61
CH a esclarecer	14	11.38	2	6.25	16	10.32
CH por hepatite alto-imune	4	3.25	0	0.00	4	2.58
CH pelo VHB e VHC	3	2.44	1	3.13	4	2.58
CH por VHC+ Álcool	2	1.63	1	3.13	3	1.94
CH criptogênica	1	0.81	2	6.25	3	1.94
CH por síndrome hepatorenal renal	0	0.00	2	6.25	2	1.29
CH biliar primária	2	1.63	0	0.00	2	1.29
CH medicamentosa	2	1.63	0	0.00	2	1.29
CH por doença metabólica	2	1.63	0	0.00	2	1.29
Outras doenças desfecho	3	2.44	0	0.00	3	1.94
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: (FSCMPA), março/2012.

CH: Cirrose Hepática; VHC: Vírus da hepatite C; VHB: Vírus da Hepatite B.

\*Teste Qui-quadrado, P = 0.189,  $\chi^2 = 5.831$

Na tabela 22, segundo o diagnóstico por complicações, observou-se que a EH é a mais frequente, apresenta-se em 20% (31 pacientes) dos prontuários investigados, destes 13,82% (17 pacientes) dos prontuários registram alta hospitalar e 43,75% (14 pacientes) dos registros de óbito. Seguido da HP e sua complicação VGE e HDA, sendo que foram analisadas separadas conforme exposto nos prontuários.

A HP apresenta 7,74% (12 pacientes) dos prontuários investigados dos quais 8,94% (11 pacientes) receberam alta hospitalar e 3,13% (1 paciente) registro de óbito, seguido da VGE 7,74% (12 pacientes) dos registros total de alta, sendo que 8,94% (11 pacientes) dos prontuários os pacientes receberam alta e 3,13% (1 paciente) evoluiu para o óbito, outra complicação da HP presente foi HDA que corresponde com 4,52% (7 pacientes) e 2,44 % (3 pacientes) dos prontuários registram alta hospitalar e 3,13% (1 paciente) com registro de óbito. Outra complicação presente a pneumonia com 2,58% (4 pacientes) dos prontuários investigados sendo que 2,58% (4 pacientes) dos prontuários, estes registram 2,44% (3 pacientes) de alta hospitalar e 3,13% (1 paciente) de óbito. A SHR registra 1,94% (3 pacientes) dos prontuários analisado com 0,81% (1 paciente) apresenta alta hospitalar e 6,25% (2 pacientes) evoluíram a óbito. A insuficiência renal corresponde a 1.94% (3 pacientes) dos prontuários com registro de 9,38% (3 pacientes) de registro por óbito. A insuficiência hepática registra 1,29% (2 pacientes) dos prontuários analisados sendo que 0,81% (1 paciente) com alta hospitalar e 3,13% (1 paciente) com óbito.

As complicações por DM, miocardiopatia alcoólica, colelitíase, falência múltipla dos órgãos e PBE os pacientes receberam alta hospitalar. Outros diagnósticos por complicações com 12,90% (20 pacientes) prontuários analisados, cerca de 13,82% (17) receberam alta hospitalar e 9,38% (3 pacientes) evoluíram a óbito. E, pacientes sem diagnóstico de desfecho por complicações apontam 29,68% (46 pacientes) dos prontuários investigados apresentam cerca de 37,40% de alta hospitalar.

Pôde-se observar que o nível descritivo obtido para amostra estudada indica que a variável “diagnostico do desfecho” e “desfecho do caso” se apresentam associadas (p-valor = 0,000).

**Tabela 22** - Quantidade e percentual do desfecho do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo o final por complicações.

DIAGNÓSTICO POR COMPLICAÇÕES	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Encefalite hepática	17	13.82	14	43.75	31	20.00
Hipertensão portal	11	8.94	1	3.13	12	7.74
Varizes gastresofágicas	11	8.94	1	3.13	12	7.74
Hemorragia dig. Alta	3	2.44	4	12.50	7	4.52
Diabetes mellitus	4	3.25	0	0.00	4	2.58
Pneumonia	3	2.44	1	3.13	4	2.58
Miocardiopatia alcoólica	3	2.44	0	0.00	3	1.94
Síndrome hepatorenal	1	0.81	2	6.25	3	1.94
Insuficiência renal	0	0.00	3	9.38	3	1.94
Colelitíase	2	1.63	0	0.00	2	1.29
Falência múltipla dos órgãos	0	0.00	2	6.25	2	1.29
Insuficiência hepática	1	0.81	1	3.13	2	1.29
Neuropatia alcoólica	2	1.63	0	0.00	2	1.29
Peritonite bacteriana espontânea	2	1.63	0	0.00	2	1.29
Outras doenças desfecho_2	17	13.82	3	9.38	20	12.90
Sem diagnostico desfecho_2	46	37.40	0	0.00	46	29.68
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março 2012.

\*Teste Qui-quadrado,  $P = 0.000$ ,  $\chi^2 = 74,78$

### 5.3 Aplicação da regressão logística dicotômica

#### 5.3.1 Classificação dos pacientes com relação ao desfecho do caso

Para a construção (tabela 23) do modelo de regressão logística foram utilizados apenas os prontuários de pacientes com diagnóstico com comprovação para cirrose. Desta forma, devido à incompatibilidade entre algumas variáveis explicativas relacionadas aos fatores de risco, não foram utilizados: comportamento sexual e a medicina complementar, pois as mesmas apresentavam-se impossibilidade de oferecer dados ou estavam com dados incompletos ou não preencheram mais de 50% das variáveis de interesse.

**Tabela 23** - Quantidade desfecho do caso de pacientes cirróticos da FSCMPA, no período de 2005 a 2010.

DESFECHO DO CASO	QUANTIDADE	%
Alta	123	79.35
Óbito	32	20.65
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA.

### 5.3.2 O modelo de regressão logística

Neste tipo de modelo, as variáveis independentes podem ser contínuas ou dicotômicas. No caso de variáveis contínuas o valor desta, em determinado caso, será multiplicado pelo valor do coeficiente e quando a variável é dicotômica o valor do coeficiente deverá ser multiplicado por 0 (zero) ou 1 (um), estando esta característica ausente ou presente respectivamente (PENHA, 2002).

O modelo final estimado da regressão logística foi o seguinte:

**Equação 1** P (Óbito = 1) é a probabilidade de o paciente evoluir a óbito (1.1)

$$P(\text{Óbito} = 1) = \frac{e^{\hat{a} + \hat{b}_1 \times \text{comorbidade} + \hat{b}_2 \times \text{alcoolismo} + \hat{b}_3 \times \text{complicação internação} + \hat{b}_4 \times \text{doença de base} + \hat{b}_5 \times \text{diag. complicação} + \hat{b}_6 \times \text{F.E}}}{1 + e^{\hat{a} + \hat{b}_1 \times \text{comorbidade} + \hat{b}_2 \times \text{alcoolismo} + \hat{b}_3 \times \text{complicação internação} + \hat{b}_4 \times \text{doença de base} + \hat{b}_5 \times \text{diag. complicação} + \hat{b}_6 \times \text{F.E}}} \quad (1.1)$$

Onde P (Óbito = 1) é a probabilidade de o paciente evoluir a óbito;  $\hat{a}$  é o intercepto;  $\hat{b}_1$ ,  $\hat{b}_2$ ,  $\hat{b}_3$ ,  $\hat{b}_4$ ,  $\hat{b}_5$  e  $\hat{b}_6$  são coeficientes estimados das variáveis comorbidade, alcoolismo, complicação durante a internação, doença de base, diagnóstico por complicações e faixa etária. E as variáveis que não foram significativas para o modelo estão no anexo A.

A tabela 24 mostra os valores estimados dos coeficientes, que serão utilizados para especificar o modelo, o erro-padrão dos coeficientes e os respectivos níveis descritivos. A tabela 24 mostra ainda a razão de chances (odds ratio) com seu respectivo intervalo de confiança para  $\alpha = 0.05$  (L.I – Limite Inferior e L.S – Limite Superior).

**Tabela 24** - Estatísticas Resultantes da Regressão Logística Binária com seis variáveis independentes.

Variáveis	Coeficientes	Erro Padrão	P	Razão de Chances	IC 95%	
					LI	LS
<b>Constante</b>	-7.94	0.17	0.012	-	-	-
<b>Comorbidade</b>	-	-	-	-	-	-
Não apresentou comorbidade*	-	-	-	-	-	-
Apresentou comorbidade	0.53	0.23	0.028	1.60	0.15	2.12
<b>Alcoolismo</b>	-	-	-	-	-	-
Não etilista*	-	-	-	-	-	-
Etilista	0.99	0.39	0.004	1.52	0.05	2.79
Ex-etilista	1.12	0.32	0.003	1.27	0.03	2.19
<b>Complicação durante a internação</b>	-	-	-	-	-	-
Sem complicação*	-	-	-	-	-	-
Com complicação	2.30	0.4	0.001	1.69	0.17	4.27
<b>Doença de base</b>	-	-	-	-	-	-
Outras doenças de base*	-	-	-	-	-	-
Alcoolismo	1.07	0.37	0.024	1.45	0.02	1.35
Vírus da Hepatite C	1.10	0.65	0.052	1.47	0.09	1.34
Vírus da Hepatite B	1.12	0.58	0.042	1.46	0.31	1.37
Hepatopatia a esclarecer	0.92	0.54	0.003	1.37	0.2	2.01
Hepatite Autoimune	1.27	0.52	0.006	1.33	0.31	2.54
Criptogênica	1.23	0.57	0.024	1.25	0.17	1.27
<b>Diagnóstico por complicação</b>	-	-	-	-	-	-
Não apresentou diagnostico*	-	-	-	-	-	-
Apresentou diagnostico	1.37	0.62	0.014	0.72	0.31	2.42
<b>Faixa etária</b>	-	-	-	-	-	-
Menor ou igual a 20 anos*	-	-	-	-	-	-
21 a 40 anos	1.25	0.53	0.042	2.27	1.02	5.28
41 a 60 anos	1.87	0.50	0.023	2.94	1.04	7.37
Maior que 60 anos	1.90	0.49	0.012	3.50	1.32	9.27

Nota: \* Representam as categorias de referencia da variável.

LI: limite inferior; LS: limite superior.

Os resultados da Tabela 24 mostram, que pacientes que apresentaram algum tipo de comorbidade tem 60% mais chance de ir a óbito em relação a um paciente que não apresenta nenhuma comorbidade, considerando as demais variáveis constantes. Quando ao fator de risco alcoolismo, pacientes etilistas tem 52% mais chance de ir a óbito em relação a paciente não

etilista. Já pacientes que apresentaram alguma complicação durante a internação tem 69% mais chance de ir a óbito em relação a pacientes que não apresentou complicação. Pacientes que apresentaram doença de base alcoolismo tem 45% mais chance de ir a óbito em relação a paciente que apresenta outras doenças de base, considerando as demais variáveis constantes. Pacientes que apresentaram diagnóstico por complicações têm 72% mais chances de evoluir a óbito em relação a pacientes que não apresentou diagnóstico por complicações. Pacientes com mais de 60 anos têm 3,5 vezes mais chances de evoluir a óbito, considerando outras faixas etárias e as demais variáveis constantes.

### 5.3.3 Ajuste do modelo

A qualidade de ajuste do modelo é apresentada na Tabela 25, que mostra os testes de ajuste *Pearson*, *Deviance* e *Hosmer-Lemeshow*. É testada a hipótese nula ( $H_0$ ) de que o ajuste dos dados é bom versus o ajuste sendo ruim ( $H_1$ ) a um nível de decisão  $\alpha = 0.05$ . Como os níveis descritivos de todas as estatísticas de teste foram não significativos não rejeitar a hipótese nula, pode-se concluir que o modelo se ajustou aos dados.

Se o nível descritivo fosse menor que o nível de decisão  $\alpha$ , o teste rejeitaria a hipótese nula de um ajuste adequado.

**Tabela 25** - Testes para verificar a validade do modelo Person, Deviance e Hosmer-Lemeshaw.

MÉTODO	QUI-QUADRADO	g.l	P-VALOR
Pearson	111.661	126	0.815
Deviance	108.222	126	0.872
Hosmer-Lemeshaw	9.419	8	0.308

A Tabela 26 apresenta a quantidade e o percentual de pares concordantes e discordantes e as estatísticas da correlação. Estes valores medem a associação entre as respostas observadas e as probabilidades previstas. Observa-se que 77,2% dos pares são concordantes e 22,1% são discordantes. As medidas estatísticas Somers' D, Goodman-Kruskal Gamma e Kendall' Tau- $\alpha$  encontram-se entre 0 e 1, onde os valores maiores indicam que o modelo tem caráter de previsão melhor. Neste caso, a escala da medida de 0,18 a 0,62 que implica a habilidade com caráter razoável.

**Tabela 26** – Estatísticas da correlação para pacientes cirróticos atendidos na FSCMPA, no período de 2005 a 2010 – Belém – PA.

MÉTODO	QUANTIDADE	%	ESTATÍSTICA	VALOR
Concordante	3015	77.2	Somers'D	0.55
Discordantes	863	22.1	Goodman - Kruskal Gamma	0.55
Empate	26	0.7	Kerdal's Tau-a	0.18
<b>TOTAL</b>	<b>3904</b>	<b>100</b>	-	-

### 5.3.4 Probabilidade estimada através do modelo de regressão logística

A probabilidade estimada da variável resposta a partir de um conjunto de variáveis independentes (exemplo:  $x_1, x_2, x_3, x_4, x_5$  e  $x_6$ ) conhecidas é obtida pela seguinte equação:

**Equação 2** probabilidade de um paciente com diagnóstico por cirrose evoluir a óbito (1.2)

$$P(\text{Óbito} = 1) = \frac{e^{\hat{\alpha} + \hat{b}_1 x_1 + \hat{b}_2 x_2 + \hat{b}_3 x_3 + \hat{b}_4 x_4 + \hat{b}_5 x_5 + \hat{b}_6 x_6}}{1 + e^{\hat{\alpha} + \hat{b}_1 x_1 + \hat{b}_2 x_2 + \hat{b}_3 x_3 + \hat{b}_4 x_4 + \hat{b}_5 x_5 + \hat{b}_6 x_6}}, \quad (1.2)$$

Para o modelo selecionado, a probabilidade de um paciente com diagnóstico de cirrose evoluir a óbito é dada pela seguinte equação:

**Equação 3** probabilidade de um paciente com diagnóstico por cirrose evoluir a óbito (1.3)

$$P(\text{Óbito} = 1) = \frac{e^{-7.94+0.53 \times \text{comorbidade} + 0.99 \times \text{alcoolismo} + 2.30 \times \text{Compl.Internação} + 1.07 \times \text{doença de base} + 1.37 \times \text{Diag.Compl.} + 1.75 \times \text{f.etaria}}}{1 + e^{-7.94+0.53 \times \text{comorbidade} + 0.99 \times \text{alcoolismo} + 2.30 \times \text{Compl.Internação} + 1.07 \times \text{doença de base} + 1.37 \times \text{Diag.Compl.} + 1.75 \times \text{f.etaria}}} \quad (1.3)$$

Por exemplo, um paciente com faixa de idade menor ou igual a 20 anos que apresenta alguma comorbidade, com histórico de alcoolismo com complicações durante a internação, apresentou doença de base e que apresentou diagnóstico de desfecho por complicações à probabilidade desse paciente evoluir a óbito é dada pela equação:

**Equação 4** probabilidade de um paciente com diagnóstico por cirrose evoluir a óbito (1.4)

$$e^{-7.94+0.53 \times 1 + 0.99 \times 1 + 2.30 \times 1 + 1.07 \times 1 + 1.37 \times 1 + 1.75 \times 1} = 1.0725.$$

$$1 + e^{-7.94+0.53 \times 1 + 0.99 \times 1 + 2.30 \times 1 + 1.07 \times 1 + 1.37 \times 1 + 1.75 \times 1} = 1 + e^{0.0700} = 2.0725$$

$$P(\text{Óbito} = 1) = \frac{e^{-7.94+0.53 \times 1 + 0.99 \times 1 + 2.30 \times 1 + 1.07 \times 1 + 1.37 \times 1 + 1.75 \times 1}}{1 + e^{-7.94+0.53 \times 1 + 0.99 \times 1 + 2.30 \times 1 + 1.07 \times 1 + 1.37 \times 1 + 1.75 \times 1}} = \frac{1.0725}{2.0725} = 0.5175. \quad (1.4)$$

$$P(\text{Óbito} = 1) = \frac{e^{-7.94+0.53 \times 1 + 0.99 \times 1 + 2.30 \times 1 + 1.07 \times 1 + 1.37 \times 1 + 1.75 \times 1}}{1 + e^{-7.94+0.53 \times 1 + 0.99 \times 1 + 2.30 \times 1 + 1.07 \times 1 + 1.37 \times 1 + 1.75 \times 1}} = \frac{1.0725}{2.0725} = 0.5175. \quad (1.4)$$

Portanto, como se trata de uma medida de probabilidade que varia entre 0 e 1, pode ser interpretada como uma percentagem, ou seja.

$$P(\text{óbito} = 1) = 0.5175 \text{ ou } 51.75\%$$

Ou seja, este paciente tem 51.75% de evoluir a óbito. A tabela 27 mostra para outras faixas de idade, pacientes, que apresenta alguma comorbidade com histórico de alcoolismo com complicação durante a internação que apresentou doença de base e apresentou diagnóstico do desfecho final por complicações. Percebe-se que: quanto maior a idade, maior será a probabilidade desses pacientes evoluírem a óbito.

**Tabela 27** - Probabilidade e um paciente que apresentou comorbidade com histórico de alcoolismo, com complicação durante a internação e apresentou doença de base de acordo com a faixa de idade.

<b>FAIXA ETARIA</b>	<b>PROBABILIIDE</b>
maior ou igual a 20 anos	51.75%
21 a 40 anos	59.84%
41 a 60 anos	67.48%
maior que 60 anos	77.41%

# DISCUSSÃO

---

## 6 DISCUSSÃO

Na caracterização das condições socioeconômicas e demográficas que é a posição que o indivíduo ocupa na sociedade, com base a uma combinação profissional, de educação e critérios econômicos (LAST, 2009 apud JEPSEN, 2009). Observou-se que o sexo masculino (tabela 2), é o mais preponderante apresentando piora do estado de saúde e alto risco de morte versus o sexo feminino. O sexo dos pacientes não se mostrou como fator associado de forma significativa para o desfecho do caso.

Nosso resultado assemelha-se a casuística de GALPERIM et al (2009), em Porto Alegre, 72% (32) dos pacientes internados do sexo masculino viveram versus 67% (12) pacientes evoluíram a óbito, ALSULTAN et al (2011), de 226 pacientes cirróticos hospitalizados/ano, 65% (148 pacientes) sobreviveram versus 35% não sobrevivente do sexo masculino, não houve diferença significativa de gênero entre sobreviventes e não sobreviventes, de POFFO et al (2009), onde 63 internações corresponderam ao sexo masculino. VANHUYSE et al (2010), na França, informa que a mortalidade ocorreu, no momento da cirurgia, em 76% pacientes do sexo masculino. E, quando observado o estudo de carga de doença no Brasil, a cirrose apresenta-se com um percentual de 1,7% no sexo masculino (BRASIL, 2004).

Tanto em nossa casuística quanto nas literaturas consultadas é notória a predominância masculina quanto ao risco de adoecimento e evolução para o óbito, evidencia-se esse sexo mais predisposto ou mais sujeito ao adoecimento por cirrose. Essa predisposição talvez possa ser explicada pela menor frequência desse sexo aos serviços de saúde de que o sexo oposto, talvez porque os homens são menos propensos a reportarem problemas de saúde que as mulheres.

Também, supõe-se que culturalmente a “masculinidade” pode está influenciando e comprometendo a saúde masculina, que talvez não tenha o devido conhecimento sobre a

importância da promoção da saúde e de prevenção de doenças. Essa “ausência” de cuidados primários com a saúde talvez esteja contribuindo para que o sexo masculino desenvolva doenças severas e crônicas, com descoberta diagnóstica tardia e de mal prognóstico, como a cirrose. Essa resistência masculina à atenção primária a saúde, aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e de qualidade de vida dessas pessoas. Além, de que muitos agravos poderiam ser evitados, se os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (BRASIL,2008).

Os achados epidemiológicos (tabela 3 e 24), neste estudo, mostram que quanto mais avançada à faixa etária mais susceptível o portador cirrótico está ao adoecimento e ao risco de morte. Os resultados evidenciam que média de idade dos pacientes cirróticos internados é de 50 anos ( $\pm 15,15$ ). Sendo que os maiores de 60 anos têm 3,5 vezes mais chance de evoluir a óbito que as demais faixas etárias.

Provavelmente, a média da idade avançada evidencia a natureza da doença de caráter longo, lento e assintomático. Além de que, com o avançar da idade, o fígado vai perdendo sua vitalidade e tem menos força para reagir à agressão crônica aos hepatócitos. Por outro lado, há fatores culturais ou sociais, como exemplo: ingestão de bebidas alcoólica, que podem contribuir para o aumento da morbimortalidade por cirrose, quando observado a predominância do sexo masculino e a idade avançada. Esses achados epidemiológicos assemelham-se ao estudo de BUSTÍOS et al (2007) com média de idade 63,4 anos ( $\pm 12,01$ ) e com intervalo de confiança de 26-93 anos e de ASSULTAN et al (2011), com média de idade  $64,6 \pm 14,1$  vs  $59,8 \pm 11,5$  com significância maior para o grupo não sobrevivente e VANHUYSE et al (2010), onde a média de idade no momento da cirurgia foi de  $65 \pm 11$  anos.

O diagnóstico epidemiológico situacional mostra prevalência de faixa etária avançada (média de 50 anos), o que vai exigir dos serviços de saúde um processo de planejamento rápido, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde direcionada ao paciente cirrótico. A transição demográfica acelerada que vem moldando de forma significativa a composição da população brasileira, também é evidenciada no relatório da CNDSS (2008), que confirma um novo perfil na demanda dos serviços de saúde.

Quanto à raça/cor (tabela 4), as evidências apontam que pacientes de cor de pele parda estão mais expostos ao risco de adoecimento e morte por cirrose, quando analisada as demais cores. Por vez, pessoas de cor de pele branca em relação à cirrose apresentam-se menos expostos ao risco de morte e em melhores condições de saúde. Em nosso estudo, embora tenha ocorrido associação significativa a nível descritivo entre raça/cor e desfecho do caso, esta variável perde força no modelo de regressão logística binária (tabela 4 e 24).

Mas, ainda assim, consideramos a variável raça/cor um imprescindível “preditor” do status de saúde, evidenciando um importante determinante da ausência de equidade em saúde entre os grupos sociais brasileiros (SANTOS, 2011).

No Brasil, são os poucos estudos que tratam da identificação racial em relação à cirrose. Segundo PARANÁ et al (2000). no estudo realizado em prontuários de pacientes atendidos em uma unidade de saúde de referência para tratamento de doenças do fígado em Salvador-BA, foi observado que 61% dos pacientes eram caucasoides, enquanto 39% eram pardos/mulatos.

Outras literaturas consultadas, sobre a identificação raça/cor declarada, foram a de MAIA (2006), em Feira de Santana na Bahia, onde em 66,9% de pessoas doentes de hepatite tipo C se declaram pardas/mulatas, e de acordo com o Censo Nacional de 2010, 43,13% das pessoas se declaram de cor da pele pardas (IBGE, 2011).

Como na revisão literária, principalmente, na Região Amazônica não há informação a respeito da identificação racial de pacientes internados, nosso estudo fica limitado e com dificuldade na construção de indicadores para aferir a distribuição racial quanto à mortalidade intra-hospitalar. Todavia, como perspectivas de novos conhecimentos, esperamos que futuras pesquisas sejam realizadas visualizando a distribuição racial considerando o processo de miscigenação de nosso país e a exposição aos riscos à saúde em cada grupo, em especial da Amazônia.

Em relação à procedência (tabela 5), os registros hospitalares mostram que a maioria dos pacientes é proveniente da RMB. Comparamos nossos resultados epidemiológicos a literatura de MOIA et al (2004), realizado no programa de hepatopatia da FSCMPA, que mostra 616 (67%) pacientes procedentes de Belém, 276 (30%) pacientes de outros municípios do Pará e 24 (3%) pacientes de outros estado.

Em pacientes provindos da RMB a taxa de mortalidade ficou em torno de 18,37%. E, os que declararam sua residência provinda do interior paraense tem uma taxa de mortalidade de 25,45% (tabela 5). Considera-se uma taxa elevada em pacientes residentes no interior de nosso Estado, justificar essa taxa elevada não é possível mediante um estudo retrospectivo como é o nosso. As características demográficas não mostram associação estatística a nível descritivo com o desfecho do caso.

Observa-se que a maioria dos óbitos provém dos que declararam residência no interior paraense. Faz-nos refletir quanto ao acesso aos serviços de saúde local, uma vez que a cirrose é uma doença crônica grave que evoluir lentamente e quando instalada requer assistência continua em virtude das complicações que poderão surgir ao longo da vida do portador cirrótico. E, com base em um dos princípios do SUS que é a acessibilidade dos serviços de saúde que ressalta uma descentralização com decisão mais próxima da população alvo (NOAS, 2002), o portador

cirrótico – neste caso considerado população alvo – necessita de cuidados para controle de sua saúde e aumento da sobrevida, tanto na rede hospitalar municipal quanto na atenção primária. Ambos os acessos devem apresentar uma estrutura de atendimento de forma a oferecer os serviços de saúde adequados com qualidade para esse portador crônico ou mesmo para a prevenção.

Segundo CUNHA, VIEIRA-DA-SILVA (2010) e SILVA (2006), o fortalecimento da atenção primária na promoção a saúde e prevenção de doenças, a implementação de serviços primários e o acesso aos serviços de saúde, representam importantes componentes de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção de cuidados.

Outro fato importante, é o atendimento aos portadores de cirrose provindos de outros Estados para continuarem o tratamento no Pará, reforça-se a necessidade de continuidade desse tratamento a nível local, preferencialmente pela equipe saúde família. A identificação desses pacientes, o local de origem, unidade de saúde e os procedimentos realizados descritos na contra-referência são instrumentos imprescindíveis para o serviço de saúde fluir com maior rapidez no atendimento a esses portadores dentro das estratégias dos serviços de saúde primária, secundária e terciária, com efeitos na atenção individual, no planejamento das ações de saúde e na transferência dos recursos financeiros realizado pelo MS para desenvolvimentos das ações no Estado/Município. Também é importante destacar que os registros gerados são ferramentas de compreensão da realidade local, que irão permitir a reorientação das ações desenvolvidas.

É necessários descentralizar os atendimentos mais sem perder o olhar de qualidade nos serviços de saúde, talvez seja esse o caminho para diminuir a sobrecarga do sistema de saúde pública na capital paraense. É importante que este olhar esteja associado ao princípio da universalidade, regido na Lei 8080/90, que diz que não se pode negar atendimento a qualquer pessoa que procura o serviço de saúde pública, independente de sua origem.

Sobre a renda familiar mensal (tabela 6), as informações foram coletadas do questionário socioeconômico que estava anexado nos prontuários dos pacientes, pelo que se pôde apurar a entrevista foi realizada pela equipe de Assistentes Sociais do hospital. A maioria dos pacientes informou renda familiar mensal entre 1 a 2 salários mínimos.

Não se encontraram estudos no Brasil, referentes à renda familiar mensal de pacientes internados por cirrose, limitando nossa análise sobre essa variável. A renda familiar mensal foi encontrada em literatura extra-hospitalar e direcionada a pacientes portadores do VHC, como em MAIA (2006), no Pará, onde a renda familiar média varia entre menos de dois a cinco salários mínimos e MONTEIRO et al (2004), também no Pará, na qual a renda familiar, a posse de imóvel e de alguns bens de consumo durável, também não se encontrou associação significativa quando observada a análise univariada.

Apesar da renda familiar mensal não se apresentar associada ao desfecho do caso, considera-se que uma baixa renda familiar é um fator social importante para o agravamento da saúde do paciente cirrótico uma vez que essa doença traz algumas limitações no decorrer dos anos, principalmente a limitação para as atividades laborativas, fato constatado na leitura dos dados secundários, onde pacientes com o decorrer dos anos e agravamento do seu estado de saúde estavam afastados do trabalho. Alguns pacientes cirróticos informaram um valor mínimo de cinquenta reais como renda familiar mensal, o que evidencia um baixo poder aquisitivo que poderá comprometer a qualidade de vida desses pacientes.

Estudos recentes realizados, no Brasil, mostraram que cerca de 16,27 milhões de brasileiros, representando 8,5% de nossa população, estão vivendo abaixo da linha de pobreza ou em extrema pobreza, levando em consideração a renda declarada no censo de 2010 (IBGE, 2011). VULCANO (2010) relata há pacientes que sobrevivem com menos de um salário mínimo por mês. Segundo KINGSTON, SMITH (2002), as doenças crônicas são encontradas em todos

os grupos socioeconômicos, étnicos, culturais e raciais, porém são mais comuns nos indivíduos do grupo econômico baixo. Ou seja, os mais pobres têm níveis piores de saúde do que aqueles na camada social imediatamente superior (CNDSS, 2008), reafirmando as evidências de pior acesso aos serviços de saúde. E, que o fator socioeconômico informa as diversas iniquidades e diferença na distribuição de renda e outros DSS que afetam a saúde dos portadores cirróticos.

Na análise da série histórica (tabela 7, figura 2), o ano de 2010 registra a maior ocorrência de óbito em relação aos demais anos. Tendo este ano como causas de óbito o alcoolismo, VHB, VHC, VHC + álcool, criptogênica e SHR.

Em nosso estudo, a taxa de mortalidade intra-hospitalar é de 20,65% (32 pacientes). No primeiro instante considerou-se uma taxa elevada, mas quando comparada a outros estudos realizados dentro e fora do Brasil essa taxa tem o mesmo comportamento, ou seja, aproxima-se ao estudo de ALSULTAN et al (2011), na Arábia Saudita, que apresentou mortalidade intra-hospitalar de 35%. Esse mesmo autor informa que, na Tunísia, a taxa de mortalidade foi de 20% a 48% num período médio de 22 meses. Assemelhando-se a literatura de VANHUYSE et al (2010), na França, com mortalidade 26% dos pacientes cirróticos internados pós-cirurgia cardíaca. No Brasil, um estudo realizado por POFFO (2009), no sul do país, observou que a mortalidade em pacientes cirróticos internados apresentou uma taxa de 21,6%. GALPERIM et al (2009), em Porto Alegre, mostra uma mortalidade de 29% em pacientes cirróticos hospitalizado e ROCO, SOARES (2010), quando realizam o estudo em pacientes internados em um hospital no Rio de Janeiro, destaca que a mortalidade global no CTI e no hospital foi de 29,3 e 39,8% respectivamente. Nosso achado, também, mostra uma taxa de mortalidade no sexo masculino de 23,28% (27 pacientes) diferenciando-se da literatura de GALPERIM et al (2009), onde o gênero masculino apresenta uma taxa de mortalidade de 67% (12 paciente) dos pacientes internados.

Na busca literária sobre perfil epidemiológico de pacientes cirróticos internados, na Amazônia, não foram encontrados estudos anteriores, tornando-se difícil traçar um perfil epidemiológico paralelo para aferir os dados encontrados nesta casuística. Também, torna-se difícil traçar um paralelo do atual momento coberto por este estudo com a mortalidade registrada no Brasil no período de 1991 a 2001 e 2002 e no Pará em 2002 que trata de dados realizados na população geral e este estudo trata de pacientes internados.

Na análise dos dados clínicos, o alcoolismo (tabelas 8, 13, 14, 21 e 24) é a doença mais frequente e apresenta-se como o fator mais importante para a progressão da doença e evolução para o óbito.

As evidências epidemiológicas, deste estudo, apontam uma alta prevalência e tendência de cronicidade para as doenças de base alcoolismo e hepatites crônicas. As bebidas alcoólicas são reconhecidamente nocivas à saúde, mas tem grande aceitação social. Consumido de modo excessivo ou de pequenas doses diárias, inflama e destrói gradualmente as células do fígado ao longo dos anos (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Paralelamente a estes achados, as infecções pelo vírus das hepatites crônicas ( tabelas 8, 13, 21 e 24) agridem os hepatócitos e causam lesões graves e irreversíveis ao fígado, também, aparecem com grande frequência. Provavelmente, estamos frente a pacientes portadores do VHC que se infectaram por transfusão sanguínea que ocorreu antes da criação do banco de sangue ou por outra fonte de infecção, como exemplo, drogas injetáveis, provavelmente esse paciente são usuários de drogas ilícitas.

Em se tratando de nosso país e região os portadores que apresentam doença de base pelo VHB, possivelmente, infectaram-se antes da oferta do imunobiológico. As literaturas destacam VHB e VHC como mais incidente e prevalente nos países da Ásia, Pacífico e África. No Brasil, o cerne do problema está na região amazônica, em especial na Amazônia Ocidental, segundo FONSECA et al (2002).

Os resultados obtidos, nesta casuística, estão coerentes com o estudo como de POFFO et al (2009), BUSTIOS et al (2006) e MATTOS et al (2003), onde o principal agente etiológico foi o álcool, seguido do VHB e VHC. Diferencia-se, na literatura, de ARAÚJO (2004), com prevalência para VHB em pacientes ambulatorialmente tratados.

A prevalência do fator de risco alcoolismo, com 41,29% (64 pacientes) dos casos, em pacientes cirróticos internados encontrada em nosso estudo, assemelha-se a literatura de FIGLIE et al (2000), que detectou uma prevalência de 12,4% (34 pacientes) em pacientes brasileiros hospitalizado diagnosticado como tendo um transtorno no uso de álcool e de BARROS et al (2008), no estudo populacional realizado na Região Sudeste do Brasil, onde consumo de álcool foi detectado em 50% da população.

Corroborando os achados epidemiológicos de nosso estudo e demais literatura, que apontam evidências de que o álcool é um fator desencadeador para a cirrose, assumindo uma posição de “indicador” de fator de risco. Mas, para que se torne um bom indicador há necessidade de associá-lo ao consumo diário. Acredita-se que a dose/dia ingerida, seja excessiva ou em doses fracionadas em dia típico, é o fator desencadeador e prejudicial às células hepática chegando ao ponto de causar lesões irreversíveis e limitações funcionais do fígado levando ao agravamento do estado de saúde do indivíduo e até o óbito por cirrose alcoólica.

Por ocasião da investigação epidemiológica, em alguns prontuários havia relato de pacientes com ingestão alcoólica desde os 12 anos. Em nossa reflexão sobre os DSS, buscamos como ponto de partida as circunstâncias socioeconômicas e ambientais na infância que vão influenciar as condições de vida em todas as fases do indivíduo. Ou seja, menores que vivenciam condições desfavoráveis têm mais chance de sofrerem influências em sua formação social e alterações em suas condutas levando ao alcoolismo. Outro ponto importante são os conflitos no seio familiar. Talvez esses sejam os grandes desafios para a saúde pública ao identificar esse

menor em risco. E, principalmente, detectar a fase inicial da doença hepática e associá-la ao diagnóstico precoce, evitando sua evolução a um estágio avançado e irreversível que desencadeia para a cirrose.

Neste estudo a doença de base e fator de risco alcoolismo (tabelas 8 e 14), mostra que houve significância a nível descritivo,  $p$ -valor = 0,047 e 0,032 respectivamente, na associação com o desfecho do caso. Enquanto que, na análise de regressão binária (tabela 24), a chance de pacientes que apresentam uma doença de base evoluir a óbito é de 45%,. E, quando observado que esse paciente é etilista a chance de evoluir a óbito aumenta para 52%.

Os Resultados obtidos nesta casuística remete-nos ao estudo de MATTOS et al (2003) e BUSTÍOS et al (2007) onde a maior frequência de ingestão de álcool correlaciona-se com a doença alcoólica na hepatopatia e com maior evolução para óbito.

Os dados disponibilizados sobre a situação epidemiológica do alcoolismo e das hepatites virais B e C, parecem-nos não refletir a realidade, apesar das literaturas nacionais e internacionais apontarem taxas de prevalência similares e mortalidade elevada. Porém, as informações existentes sobre a saúde para a Amazônia em particular, formou um quadro bastante preocupante segundo SILVA (2006). Em especial, quando relacionadas às condições de saúde que envolvem as doenças crônicas (HAS, DM, alcoolismo) mais as doenças transmissíveis de curso lento e longo (hepatites virais, HIV/Aids e outras).

Os dados relacionados com a duração do diagnóstico da cirrose em anos (tabela 9) evidenciados, neste estudo, têm como tempo diagnóstico mais frequente de 1 a 5 anos, com 52,85% (65 pacientes) de alta hospitalar por melhora do quadro clínico versus 40,63% (13 pacientes) de óbitos, apresentando o pior prognóstico em relação às demais categorias ou estratos. O tempo de diagnóstico da doença não apresenta significância de associação com o desfecho do caso. Evidentemente, ser portador cirrótico por longos anos não expõe de forma

direta o paciente ao óbito, provavelmente o tempo do diagnóstico da doença, associado ao desenvolvimento de uma ou mais complicações, deixa o portador cirrótico mais propenso à progressão da doença e o risco de morte em um intervalo de tempo mais curto. Quando comparado o nosso achado aos de MIZPUTEN (2007), que diz que 50% dos pacientes cirróticos desenvolvem ascite em um período de 10 anos e a mortalidade pode alcançar 50% em dois anos após sua instalação e, também, ALMEIDA et al (2007), que discorre sobre a recorrência de PBE que é de 43% em seis meses e que a sobrevida após seu desenvolvimento é de 50%, em dois anos. Fica bem evidenciado por esses autores que há forte relação entre as complicações cirróticas para a evolução e morte por cirrose.

Segundo a comorbidade (tabela 10) a que se faz mais frequente é a VGE com 41,69% dos registros hospitalares, sendo que 15,63% (5 pacientes) que evoluíram a óbito em relação as demais comorbidades. Para o nível descritivo, foi detectada a existência efetiva de forte associação (p-valor = 0,002) entre a comorbidade e o desfecho do caso.

Em nosso estudo, a taxa de mortalidade hospitalar que envolve a VGE é de 15,63% (5 pacientes), concordante com a encontrada por GARCIA-TSAO et al (2009) que evidenciou a taxa de 15% a 20% por VGE. Mas, ressalta que a terapia farmacológica e a escleroterapia são modalidades terapêuticas que tem prolongado a sobrevida dos pacientes. Destaca-se que a descompensação por sangramento do VGE quando irreversível diminui de forma drástica a qualidade de vida do paciente. Segundo RAMIRES et al (2000), a VGE apresenta-se com risco médio de sangramento de 32% em 2 anos. Este mesmo autor descreve a taxa de mortalidade total e a taxa de ressangramento que podem ocorrer em 30% e 42,5%, respectivamente, em pacientes que apresentam a VGE, enquanto que FONSECA (2010), diz que 60% das mortes ocorrem por incapacidade de controlar a hemorragia ou por nova hemorragia.

Nosso estudo é discordantes daqueles observados na literatura de POFFO et al (2009), que apresentaram como comorbidade principal a HAS (23,5%) em relação as demais doenças, e BUSTÍOS et al (2007) que apresentam maior morbidade associada a DM com 19,3% (91 pacientes) dos casos em relação as outras doenças por eles pesquisadas.

É importante relatar que por ocasião da pesquisa, observou-se que alguns pacientes vivenciam a VGE há até 22 anos, o que nos permitiu considerá-la uma comorbidade, não sendo possível aprofundar a pesquisa sobre tempo de detecção da VGE em virtude da maioria dos prontuários omitirem essa informação.

No que diz respeito ao prognóstico (tabela 11), utilizamos a classificação CTP para avaliar o fator de risco ao agravamento da doença e o risco de morte. Segundo CHO et al, (2011) esse score foi inicialmente desenvolvido para avaliar o risco de procedimentos cirúrgicos ligados a anastomose portossistêmica e foi posteriormente utilizado para prever a sobrevivência em longo prazo de pacientes cirróticos. Ressaltamos que tomamos por base duas variáveis objetivas (ascite e encefalite) e três exames laboratoriais (bilirrubina, albumina e INR).

Observou-se que da amostra total, o prognóstico mais frequente foi o Child-Pugh B com 46,45% (72 pacientes) dos registros em prontuários, mas quando avaliados os prognósticos ao agravamento da saúde e evolução para óbito dos pacientes, o Child-Pugh C tem pior prognóstico, aparecendo com 50% (16 pacientes) dos casos de óbito. Com um nível de significância de  $p=0,002$  com forte associação entre prognóstico e desfecho do caso.

Ratifica-se que a história natural da doença deve ser cuidadosamente observada para uma melhor avaliação clínica visando possível aumento da sobrevida do paciente cirrótico. Os resultados obtidos em nossa investigação assemelha-se ao de POFFO et al (2009) e MATTOS et al (2003) nos quais, o Child-Pugh B é o mais prevalente, seguido de Child-Pugh C e A. No estudo de BUSTÍOS et al (2007), como neste estudo, a mortalidade foi maior em pacientes que

se encontravam em Child-Pugh C. Ressalta-se a importância do monitoramento e avaliação contínua dos pacientes com cirrose para que se possa realizar a intervenção necessária para prolongar a vida.

Na temática, fatores de risco, a história familiar (tabela 12), apresenta o DM mais frequente com 12,26% (19 pacientes) dos registros em prontuários e tendo um percentual de 13,82% (17 pacientes) com melhora clínica recebendo alta hospitalar. Mas a HAS apresenta-se em terceiro lugar de fator de risco, sendo que é a mais frequente para o óbito, correspondendo a 12,50% (4 pacientes) dos registros de óbitos. Quanto ao nível descritivo nenhuma associação significativa foi observada entre a história familiar e o desfecho do caso. Mas, este nível de associação pode ter sido influenciado por alguns fatores, o primeiro a considerar é a ausência de informação (categoria sem resposta) no prontuário de número bastante representativo de pacientes que evoluíram a óbito no período do estudo, o segundo fator é a ausência de diagnóstico direcionado as doenças hereditárias ligadas ao eixo familiar que poderá cursar com cirrose. Estes fatores podem ter influenciado a estatística da real condição do paciente e da família em relação ao desfecho do caso. Como relata BRASIL et al (2003), que na análise dos contatos de pacientes infectados pelo VHB, observou uma proporção elevada de familiares cujos prováveis fatores de risco estavam com associação de história pregressa de infecção familiar e da procedência de área endêmica, onde o grau de parentesco somente entre irmãos e filhos apresentou-se estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Não foi possível aprofundar a avaliação referente à história familiar – fator de risco - em virtude dos dados secundários relatarem outras histórias familiares com pouca relevância para o assunto em questão. Supõe-se que uma história familiar positiva, quando observado a doença de base, é um fator desencadeador para desenvolvimento da cirrose. Seria de grande valia, uma anamnese mais minuciosa e estudos prospectivos para se conhecer a prevalência deste fator de risco.

No presente estudo, a doença hepática associada (DHA) mais frequente é a malária, destacamos relatos de que alguns pacientes que sofreram até 6 a 8 episódios de malária anualmente, em nosso Estado. Dentre as DHA, a hepatite registra o maior percentual de óbito dos pacientes internados. Também, destacamos que a categoria sem resposta apresenta um número bastante expressivo de casos (tabela 13). Não se alcançou significância estatística na associação entre a variável doença hepática associada e desfecho do caso ( $p$ -valor = 0,352). A significância pode ter sido prejudicada em virtude da categoria sem resposta.

O conhecimento da história natural das doenças hepáticas associadas torna-se uma ferramenta importante para avaliar a progressão da cirrose ao longo do tempo, pois o curso natural da cirrose é individual e complexo, varia conforme as condições clínicas do portador até o óbito decorrente das complicações que porventura essas doenças hepáticas associadas venham a apresentar.

Na presente investigação, no que tange a hemotransfusão (tabela 15), a maioria dos pacientes internados nunca foram transfundidos. No entanto, nossa análise pode ter sido influenciada pela categoria sem resposta que representa 25,16% (39 pacientes), do total da amostra estudada.

O prontuário do paciente é um instrumento que deve conter informações a respeito da atenção à saúde prestada ao paciente de forma contínua e integral, coordenada à recuperação da saúde e busca de possível exposição ao risco por transmissão de agentes infecto-contagiosos, por ocasião da hemotransfusão. Ausência de informação (categoria sem resposta) revela uma falha nesta fase do atendimento, principalmente, quando se deve ter um olhar voltado à busca de casos de soroconversão, imunematológico, erros na triagem sorológica e outros eventos que possivelmente venha implicar em risco à saúde ou de morte do paciente.

Os dados obtidos apontam evidências de que indivíduos transfundidos até 1992 ficaram mais expostos à contaminação de doenças transmitidas por transfusão de sangue e derivados que aqueles indivíduos que relataram hemotransfusão a partir de 1993 ou que nunca realizaram transfusão. Acredita-se que os recursos tecnológicos existentes, possivelmente, não eram suficientes para garantir a qualidade de um teste sorológico com segurança diagnóstica, ou seja, que garantisse detectar uma doença transmitida pelo sangue e seus derivados. Razão pela qual, acredita-se que indivíduos transfundidos até 1992 podem ter sido contaminados por doença transmitida pelo sangue e componentes, como por exemplo, as hepatites B e C, ambas, também, transmitidas sexualmente. Não foi possível comparar nosso achado epidemiológico a outra literatura que trata de pacientes cirróticos internados, haja vista que os estudos que trataram deste fator de risco são de pacientes não hospitalizados e com cadeia de transmissão relacionada à doença de base da cirrose. Como é o caso do estudo de MAIA (2006), considerando a totalidade de fatores de risco a transfusão representa 14,9% de casos antes de 1993 e de MONTEIRO et al (2004), a taxa de infecção pelo VHC, no grupo que refere antecedentes de transfusão de sangue e/ou hemoderivados de 22,1% .

A partir de 1993, a hemotransfusão passou a ter um controle maior através das triagens sorológicas que são realizadas para detectar possíveis infecções de transmissão sanguínea, sendo que essa triagem é realizada de forma efetiva nos bancos de sangue do setor público, seguindo critério regido na legislação brasileira através da resolução n° 343/2002-MS que trata da obrigatoriedade da realização de exames laboratoriais de alta sensibilidade em todas as doações, para identificação das doenças transmissíveis pelo sangue. A resolução destaca a importância do cadastramento do doador com os dados de identificação armazenados eletronicamente e que devem permanecer nos registros por 10 anos. Com efeito, de rastreamento em casos de um receptor desenvolver uma ou mais doenças transmitidas, por ventura, pela hemotransfusão.

A rede de hemoterapia com informações sobre os doadores se interligada com as demais redes de informações existentes na atenção primária, secundária e terciária, ajudará a identificar contatos de agravos à saúde, como os agravos compulsórios (hepatites virais, HIV/Aids, dentre outros). Acreditamos ser necessárias a reestruturação e reorganização dos sistemas de informações, para que se possa prestar uma atenção à saúde de qualidade e contínua aos pacientes do SUS.

Na investigação a respeito da medicina complementar (tabela 16), os dados apurados apontam um percentual mínimo de pacientes que faziam uso deste tipo de prática. A utilização de práticas terapêuticas não alopáticas implica na associação com tratamento terapêutico ou a substituição de medicamento prescrito, o que provavelmente expõe o portador cirrótico ao risco de agravamento da doença e do óbito. Apesar da categoria sem resposta estar apresentando uma alta frequência em relação às demais categoria, houve significância entre a variável medicina complementar e desfecho do caso ( $p$ -valor = 0,035).

As ervas registradas nos prontuários foram: alcachofra, boldo, canarana, quebra-pedra, folha do abacate, cidreira, folha do pirarucu, unha de gato, sacaca, erva doce e capim marinho, além do uso da garrafada.

Para o estudo a utilização das ervas/garrafas confirma as raízes históricas e culturais de nossa população em seu uso. O preocupante é a utilização dessa prática alternativa, uma vez que nos prontuários investigados de dois pacientes havia a informação que essa prática era a associada ao tratamento ou substituíria o medicamento alopático. Segundo SOUZA (2011), a sacaca (croton cajucara) utilizada em forma de chá causa hepatite aguda, crônica e fulminante. Já na literatura médica da SBH houve relato de toxicidade por parte da unha de gato. Para BITTENCOURT (2011), não há dados epidemiológicos disponíveis sobre todo o espectro de manifestações das lesões hepáticas induzidas por drogas ou produtos nativos.

Por ser tratar de uma pesquisa retrospectiva não foi possível avaliar o nível de conhecimento dos pacientes hospitalizados a respeito das ervas medicinais, o que limitou avaliar melhor esta variável.

No presente estudo, o comportamento sexual (tabela 17), mostra que a maioria dos pacientes não usa preservativos em sua relação sexual com parceiros de sexo oposto (masculino e feminino). Uma pequena parcela dos pacientes declarou manter relação sexual com pessoa do mesmo sexo. As variáveis “uso de preservativo”, “frequência sexual” e “orientação sexual” não influenciaram o desfecho do caso. No entanto, a categoria sem resposta pode ter exercido influência, evidenciando falha nos registros hospitalares, especialmente, na busca epidemiológica de agravos compulsórios, como no caso do vírus da hepatite B, HIV/Aids e das doenças transmitidas sexualmente.

Nesta casuística, há predominância de pacientes internados do sexo masculino e faixa etária avançada, culturalmente com maior dificuldade de aceitar o uso do preservativo durante a relação sexual. Esquecendo que a preocupação maior é com preservação da saúde, especialmente, para quem declarou vida sexual ativa, o uso do preservativo é indispensável uma vez que uma das causas da cirrose hepática é o VHB e C. Para o portador cirrótico o não uso do preservativo, não influencia na gravidade da doença, no entanto, o preocupante da não valorização dessa barreira durante a relação sexual é a contaminação do (da) companheiro (a). Saber o porquê do não uso do preservativo não foi possível, haja vista as limitações da pesquisa por se tratar de levantamento de dados secundários. Acredita-se que desmitificar as concepções arraigadas sobre o uso de preservativo e que as doenças sexualmente transmitidas ocorrem ajudará a diminuir a transmissão da hepatite B e C, uma vez que adquirida e crônica o indivíduo poderá desenvolver a cirrose.

No presente estudo, as complicações mais relevantes às quais os pacientes estiveram sujeitos no momento, no decorrer da internação e diagnóstico de desfecho por complicações, incluem ascite e EH como mais frequentes, seguida demais complicações (tabela 18, 19 e 22). Na análise dos achados epidemiológicos, as evidências apontam que as complicações são as maiores causas de descompensação hepática que agravam o estado de saúde do paciente de forma irreversível diminuindo a qualidade de vida do portador de cirrose. As variáveis que envolvem as complicações e desfecho do caso a nível descritivo apresentam-se significante (tabelas 18, 19 e 22), mantendo-se no modelo de regressão logística binária, onde pacientes que apresentaram alguma complicação durante a internação e diagnóstico de desfecho por complicação têm 69% e 72%, respectivamente, mais chance de evoluírem a óbito (tabela 24).

Dentre as principais manifestações clínicas que envolvem as complicações, os resultados obtidos, neste estudo, assemelham-se as literaturas consultadas, como a POFFO et al, 2009; CAMPOLLO et al, 1997), que apresentaram a ascite, com 28,4% e 29%, respectivamente, de BUSTÍOS et al (2007) onde a hemorragia digestiva por varizes apresenta-se 38% e ALSULTAN et al (2011), que indica a infecção como principal complicação em pacientes internados por cirrose hepática.

Evidencia-se em nossa pesquisa, também, as questões abordadas por KAMINI et al (2008) que destacam a infecção pelo líquido ascítico como uma complicação grave e potencialmente fatal da cirrose hepática e MIZPUTEN (2007), ressalta que cerca de 50% dos pacientes cirróticos desenvolverão desenvolver essa complicação e a mortalidade pode alcançar 50% em 2 anos. Por LIDA et al (2005), onde a HP é a causa intra-hepática predominante da cirrose. Esta complicação tem importância clínica devido à formação de curto-circuito porto-sistêmico, ascite, hemorragia digestiva por ruptura de varizes esofágicas, infecções e a encefalopatia. E, por RAMIRES et al (2000), que afirma a HDA ronda 35% por cada episódio de hemorragia, implicando em um aumento significativo da mortalidade nesses pacientes.

A ascite é um quadro comum em pacientes com doenças hepáticas crônicas, tal como a cirrose. Os pacientes podem acumular até 25 litros na cavidade peritoneal (FLYNN, 2003). Segundo BITTENCOURT (2006), a ascite é secundária à sobrecarga de volume devido à maior retenção de sódio e água, conseqüentemente levando ao acúmulo de líquido na cavidade peritoneal.

Na PBE o paciente pode apresentar febre, calafrio, dor abdominal, encefalite, deteriorização abrupta da função hepática e renal, é uma infecção bacteriana. Segundo GÓIS (2010), a insuficiência hepática gera maior suscetibilidade às infecções bacterianas, desde a diminuição da remoção de endotoxinas e bactérias até quadros de imunodepressão. E, segundo ALMEIDA et al (2007), as infecções bacterianas são problemas clínicos importantes em pacientes com cirrose descompensada. Podem estar presentes na admissão e desenvolver-se durante a hospitalização em 20% a 60% dos casos. Ao mesmo tempo são causa comuns de morte.

Enfim, pela SHR, definida como uma condição clínica que se desenvolve em pacientes com doenças hepáticas crônicas (CAMPOS, 2006), cerca de 8% dos pacientes cirróticos com ascite e função renal normal desenvolvem SHR no primeiro ano de acompanhamento. E, dentre as causas que levaram a mortalidade intra-hospitalar, a CH por SHR mostrou-se ser a causa que propicia maior agravamento do estado de saúde e com evolução rápida para o óbito.

Na literatura alguns estudos como de GARCIA-TSAO et al (2009); destacam que a taxa de mortalidade a cada episódio de hemorragia por varizes é de 15% a 20%. De MARTINELLI et al (2003), descrevem que o episódio de EH, nos pacientes cirróticos, caracteriza-se pela síndrome de confusão aguda com prejuízo do estado mental, alterações neuromusculares.

Mediante os dados obtidos, neste estudo, podemos dizer que as complicações ocorrem na fase tardia da evolução da cirrose, resultando de alterações fisiológicas que contribuem para a

progressão da doença e aumentam exposição do portador cirrótico ao risco de morte. Outro fato importante, que poderá estar contribuindo para a descompensação hepática, é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde local, a ausência do profissional de saúde habilitado na rede de serviço local para reconhecer a descompensação hepática e realizar a intervenção imediata para seu controle até que este paciente seja referenciado ao serviço especializado e principalmente o próprio comportamento do paciente frente à doença.

Ressaltamos a importância de uma assistência contínua realizada pela equipe de saúde mais próxima da residência desse portador, no caso a equipe de saúde da familiar que é bem aceita pela comunidade e exerce o poder de porta de entrada no sistema de saúde, cabendo a essa equipe a responsabilidade de assistência prestada ao indivíduo, à família no meio em que vive e em área de abrangência definida. Reforçamos a necessidade de acesso aos serviços locais para que se possam atenuar as complicações e evitar a morte prematura desses portadores.

Em relação ao tempo de permanência hospitalar (tabela 20), avaliado nos seis anos de estudo, observou-se que o período de 6 a 15 dias hospitalizado é o mais frequente, com o tempo mínimo de permanência hospitalar é de 2 dias e o tempo máximo é de 77 dias. O tempo de permanência hospitalar e o desfecho do caso analisado a nível descritivo apresentou significância estatística com  $p=0,002$ .

Considerando o tempo de permanência de maior frequência em nosso estudo, o mesmo aproxima-se do estudo de ALSULTAN et al (2011), onde houve um aumento na estadia hospitalar no grupo sobrevivente em relação ao não sobreviventes (11 dias vs 14,7 dias,  $P < 0,06$ ). Mas discordante do estudo de BUSTÍOS et al (2007), onde a média de internações por ano foi 1,54 (intervalo de 1-6 dias), acreditamos que essa discordância seja devido a análise temporal, o nosso estudo considerou os últimos seis anos e o desses autores foi em um ano.

Em nosso estudo, foi descartadas as variáveis fatores de riscos como doenças auto-imune e medicamentos hepatotóxicos, pois estas variáveis apresentaram insuficiência de registros, ou seja, não alcançaram 50% das variáveis preenchidas. Apesar de alguns prontuários apresentarem registros sobre medicamentos hepatotóxicos, como alfa-metildopa, butasona, isoniazida e clorpromazina considerados hepatotóxicos. As informações foram insuficiente para análise estatística, o que novamente se evidencia a falha na atenção a saúde do paciente que deve ser conhecida plenamente e registrada no prontuário. A ausência investigatória destes fatores de riscos, pode inviabilizar uma análise epidemiológica mais minuciosa com implementação, avaliação de intervenções e de promoção aos cuidados à saúde dos pacientes cirróticos.

Dentre os pacientes que foram identificados com hepatite medicamentosa, um desenvolveu essa doença de base em virtude do uso de medicamento clorpromazina. Segundo DANI (2006), diferentes fármacos e seus metabólicos podem produzir hepatite crônica ativa e cirrose.

Não se detectou associação, conforme apêndice B e tabela A, na análise pelo modelo de regressão binária simples, entre variáveis introduzidas para investigação epidemiológica, como as variáveis: socioeconômica-demográfica (sexo, raça/cor, procedência, renda familiar), clínica (prognóstico e duração do diagnóstico), fatores de risco (história familiar, doença hepática associada e hemotransfusão), internação (motivo de internação, tempo de permanência e diagnóstico de desfecho etiológico).

É importante destacar que ausências de informações (categoria sem resposta) no prontuário desencadeia perda de credibilidade, pode implicar em erro diagnóstico e comprometer o tratamento. Salientamos que a categoria sem resposta, constituiu-se um obstáculo para o estabelecimento de um real panorama epidemiológico de pacientes cirrótico. Seu nível elevado

limitou a qualidade das informações e a análise da situação demográfica, epidemiológica e dos DSS em pacientes internados no período determinado no estudo.

Ressaltamos que os registros nos prontuários reúnem informações e auxiliam na investigação sobre o estado de saúde e todos os cuidados recebidos pelo paciente durante toda a sua vida, além de permitir o impacto que possa ocasionar a qualidade de vida, trazendo a tona elementos de casualidade das doenças e os porquês de sua ocorrência. Espelha uma linha de cuidados direcionados na abordagem inicial da doença, além de permitir a visualização de possíveis alterações clínicas. A informação é chave no processo diagnóstico-tratamento. Haja vista, que uma história clínica bem delineada é uma ferramenta mestra e indispensável para a recuperação da saúde do paciente.

Para TOMMASI (1989) E GENOVENE (1992), “é necessário um exame sistemático, ordenado e completo, através de um prontuário bem elaborado, cada profissional ou instituição utiliza um prontuário ou uma ficha clínica que julgar conveniente”.

A história clínica do paciente descrita minuciosamente tem um caráter complementar investigatório, pois quantifica uma possível exposição e conseqüentemente a identificação de um agente patogênico e por fim um caráter epidemiológico. Permitindo de forma mais aprofundada encontrar as possíveis causas de uma doença instalada.

O prontuário, também, é uma ferramenta imprescindível para as pesquisas científicas, pois ele concentra informações importantes sobre morbidades, mortalidade, carga de doenças, estado clínico da saúde do paciente e o acesso aos serviços de saúde. Tornando-se um bom instrumento para a assistência prestada aos pacientes hospitalizados, assim como os dados gerados durante a internação, tem grande importância para a criação de indicadores de saúde hospitalar. Esses dados quando aferidos podem avaliar a qualidade de ações realizadas buscando a equidade do acesso aos serviços de saúde.

# CONCLUSÃO

---

## 7 CONCLUSÃO

De acordo com a análise das informações contidas nos prontuários, os achados epidemiológicos foram apresentados de acordo com os objetivos específicos traçados.

O primeiro objetivo era avaliar segundo as condições socioeconômica e demográfica o agravamento da saúde e demais condições da doença. Observou-se que o sexo masculino é mais predisposto ao adoecimento e ao óbito por cirrose. A faixa etária avançada que se apresenta entre os pacientes cirróticos internados está relacionada à natureza da doença que é de caráter longo, lento e assintomático. Indivíduos de raça/cor de pele branca apresentam-se menos expostos ao risco de morte e conseqüentemente apresentam maior probabilidade de sobreviver e em melhores condições de saúde que os de cor de pele parda e preta. Segundo COSTA et al (2004) os homens, de pele preta ou parda, com pior nível socioeconômico, fumantes pesados apresentam, também, consumo abusivo de álcool, e, portanto, estão mais susceptíveis à morbimortalidade relacionada ao alcoolismo, inclusive a cirrose. A taxa de mortalidade intra-hospitalar apresenta-se maior em pacientes provindo do interior paraense. E, por fim a renda familiar mensal não apresentou significância de associação para o desfechos dos casos, mas tem grande importância por estar associada a outras condições sociais com implicações na saúde.

O segundo objetivo proposto foi analisar as etiologias e complicações cirróticas associadas ao risco de morte. Os resultados apontam uma alta prevalência e tendência de cronicidade para as doenças de base alcoolismo e hepatites crônicas. O alcoolismo apresenta-se como a doença mais frequente e com maior evolução para o óbito. A duração diagnóstica está entre de 1 a 5 anos. A comorbidade VGE é a mais preponderante. Dentre as complicações, a ascite é o principal motivo de internação e a complicação durante a internação mais frequente é a EH.

O terceiro objetivo proposto foi analisar os fatores de risco associados à progressão da doença ao longo do seguimento. A história familiar mais frequente, neste estudo, é o DM. Não foi possível aprofundar a avaliação referente à história familiar, mas supõe-se que uma história familiar positiva é um fator coadjuvante para desenvolver a cirrose (SOUZA, 2001). A doença hepática associada mais frequência, neste estudo, é a malária, mas as hepatites representaram maior taxa de mortalidade. Sobre o fator de risco alcoolismo, pacientes etilistas evoluíram mais a óbito quando comparados a demais categorias. No passado a hemotransfusão, pode ter contribuído para a contaminação por doenças transmitidas por hemoderivados, como as hepatites B e C, com possível evolução para cirrose e óbito. A medicina complementar provavelmente expõe o portador cirrótico ao risco de agravamento da doença e do óbito, mas os dados disponíveis não são suficientes para confirmarem isto. Sobre o comportamento sexual, o não uso do preservativo não influencia a gravidade da doença nem aumenta o risco de morte. No entanto, a não valorização dessa barreira durante a relação sexual promove a contaminação do (a) companheiro (a), que está exposto (a) ao risco de contrair uma doença transmissível como é o caso das hepatites B ou C.

O quarto objetivo proposto foi determinar o fator de risco potencial para o agravamento da doença e para o óbito, o CTP mais frequente foi o Child-Pugh B, mas quando avaliados os prognóstico para o agravamento da saúde e evolução para óbito, o Child-Pugh C tem pior prognóstico nesta casuística.

O quinto objetivo proposto foi fornecer dados para subsidiar o planejamento e a organização, através do conhecimento das características, da progressão da doença do paciente internado, sendo útil para que se possa planejar as ações de saúde para os pacientes cirróticos. A primeira sugestão para o planejamento consiste em mudanças profundas de atitude dos profissionais em relação aos registros nos prontuários, apresentando uma história clínica clara e concisa, de caráter complementar investigatório, que quantifique possíveis exposições e

consequentemente a absorção de agentes patogênicos e por fim sirva para gerar dados epidemiológicos e científicos.

A segunda sugestão está relacionada à importância de um sistema informatizado que consolide todas as informações do paciente, como exemplo um prontuário único para cada indivíduo onde diferentes profissionais de saúde ao cuidar do paciente acessariam este mesmo prontuário fazendo novas anotações com decisões e ações desse profissional em relação ao paciente (BRASIL, 2008).

Esse prontuário permitirá agilidade e um melhor atendimento aos serviços de saúde, sendo, portanto, indispensável, para a comunicação entre os profissionais e o paciente, para a continuidade, a segurança, a legibilidade dos dados, eliminação de redundância, a eficácia, a qualidade da prestação dos serviços realizados com resultados mais adequados em termos de diagnóstico e tratamento do paciente assistido.

A terceira sugestão, de nosso estudo, refere-se a necessidade de reestruturar as redes de saúde locais para que o portador cirrótico tenha acesso aos serviços de saúde. Há necessidade de ações de saúde ou intensificação das ações locais direcionadas as hepatites crônicas e alcoolismo, objetivando a redução das morbidades preveníveis que cursam para cirrose e para morte precoce e evitável.

A quarta sugestão está relacionada reestruturação e reorganização das redes dos sistemas de informação de saúde interligados e comunicantes que possibilite a gestão dos dados gerados a nível primário, secundário e terciário. A união, ou a comunicação, dos sistemas de informação permitirá conhecer o paciente em todos os âmbitos de atendimento aos serviços públicos e da saúde complementar. Isto será de grande avalia para o paciente cirrótico quando o tratamento for realizado fora de sua residência ou contra-referenciado para sua localidade de origem.

A quinta sugestão diz respeito à necessidade de se realizar a avaliação dos registros de saúde para que se possa compreender as desigualdades regionais no atendimento. Realizar o monitoramento local para avaliar se os serviços de saúde estão trazendo benefício aos pacientes é uma necessidade permanente. Boa medida avaliação permite construir bons indicadores que ajuda na tomada de decisão. A equidade dos bens públicos, em especial da saúde, é um grande desafio para o SUS, pois exige reflexões constantes com vistas para o planejamento, implementação e monitoramento das ações.

A sexta sugestão é a intensificação das estratégias de saúde, como cartão SUS que permite uma melhor integração entre Municípios/Município/Estados/Estado, garantindo o acesso aos serviços de saúde visualizando o portador de cirrose em todos os seus contatos com o SUS e o acompanhamento de sua evolução dentro do sistema de saúde.

Nosso estudo direcionado aos portadores cirróticos mostra um número elevado de mortes prematuras e de incapacidade mediante uma condição crônica. As doenças crônicas devem ser consideradas e visualizadas em face uma transição demográfica acelerada e fazem com que o enfrentamento de novas epidemias, demande significativos investimentos em pesquisas científicas, vigilância, prevenção de doenças, promoção da saúde e equidade aos acessos de saúde (BRASIL, 2030).

Acreditamos que esta pesquisa é uma ferramenta que poderá subsidiar o planejamento de futuras estratégias no processo saúde-doença e na organização dos serviços locais, da referencia/contra-referência. E, principalmente, garantir que os portadores cirróticos sejam assistidos em todos os níveis de atenção conforme preconizado pelo SUS.

Apesar do número de prontuários utilizados na investigação ser adequado, deve-se considerar algumas limitações desta pesquisa. Tomamos como principal a escassez literária na

região amazônica, que conseqüentemente não permitiu a confecção adequada de indicadores epidemiológicos sobre o assunto em questão.

Uma questão metodológica importante, quando observado a estimativa geral de prevalência, é que algumas categorias como “sem resposta” tiveram um quantitativo bastante elevado, comprometendo o nível de significância de algumas variáveis. Isto pode ter ocorrido devido os prontuários dos pacientes cirróticos apresentarem lacunas como: histórias clínicas que não ofereciam dados suficientes para preencher o critério de definição e inclusão de caso, caligrafia ilegível no prontuário, a ausência de dados referentes à classificação do grau ascite e encefalopatia, ou mesmo o valor de escores relacionados à classificação de Child-Pugh; o mau preenchimento das certidões de óbitos e da ficha de notificação compulsórias (quando existente) relacionada às hepatites crônicas B e C com progressão para cirrose; a ausência dos resultados das sorologias para as hepatites virais e as inferências causais como exposição e desfecho do caso coletados em um mesmo instante.

Provavelmente, a ausência de registros (categoria sem resposta) nos prontuários pode ter influenciando na interpretação e avaliação do comportamento da doença ao longo do seguimento e mortalidade intra-hospitalar. Por isso, recomenda-se cautela na extrapolação deste estudo.

Conclui-se que a cirrose é uma doença progressiva e implica em aumento de diversas morbidades. Sua progressão lenta vai agravando ao longo dos anos atingindo de forma mais rápida portadores que se encontram em faixa etária mais avançada e que possuem outros fatores de agressão hepática, como exemplo o álcool.

A cirrose continua sendo sério problema de saúde pública porque seu desenvolvimento ocorre com mais frequência por doenças evitáveis e preveníveis e mostra-se com forte tendência de risco de morte por complicações. As evidências, também, apontam a importância do

planejamento de ações de saúde que venham ao encontro das necessidades de saúde/doença do portador cirrótico e que visem reduzir as comorbidade e a mortalidade precoce e evitável.

A pesquisa em questão contribuiu, também, no sentido de incentivar novas pesquisas sobre o assunto, que possa enriquecer mais os estudos sobre esta ferramenta. Além de apontar problemas de registro nos prontuários e falha na prevenção. Quando avaliamos a maioria das mortes que poderia ter sido evitada mediante as ações preventivas. Haja vista, que consideramos prevenção um fator cultural, uma vez que a maior frequência de óbito foi devido ao álcool e seguido das hepatites. Leva-nos a reflexão que o álcool é um problema mais sério que a AIDS, por ser uma droga legalizada, onde o estímulo ao consumo é imenso. E, cada vez mais os jovens estão ingerindo essa droga mais cedo. O envolvimento com essa droga expõe o indivíduo a fatores de risco, tipo relação sexual onde não se conhece bem o parceiro ou compartilhamento de objeto, como as seringas para administração de drogas ilícitas injetáveis, ficando o indivíduo exposto às hepatites crônicas B e C. Certamente que o investimento na prevenção resolveria grande parte do problema. Também, o registro adequado no prontuário gerencia os cuidados de saúde e propicia uma conduta terapêutica mais adequada com diagnóstico mais rápido e tratamento imediato. Espera-se que esta pesquisa propicie proposta de novas metas e estratégias para melhoria da assistência prestada ao portador cirrótico.

## **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA**

---

## 8 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, André Guerra de. **Correlações entre achados laboratoriais e doença hepática gordurosa não alcoólica em pacientes portadores de obesidade mórbida**. 2005. 116 fl. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ALMEIDA, Paulo Roberto Lérias de.; CAMARGO, Nutriane Schneider; ARENZ, Maximiliano; TOVO, Cristiane Valle; GALPERIM, Bruno; BEHAR, Paulo. **Peritonite bacteriana espontânea: impacto das mudanças da microbiologia**. Arq Gastroenterol v. 44, n° 1. Jan./Mar. 2007.

ALMEIDA-FILHO; Naomar, LESSA, Ines; MAGALHÃES, Lucélia; ARAÚJO, Jenny Maria; AQUINO, Estela; KAWACHIB, Ichiro, JAMES, A. Sherman. **Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.38, n.1, pp. 45-54. ISSN 0034-8910

ALONSO, Faustino Tomás; GARMENDIA, Maria Luisa; DE AGUIRRE, Magdalena; SEARLE, Javier. **Análisis de la tendencia de la mortalidad por cirrosis hepática en Chile: Años 1990 a 2006**. *Rev. Med. Chile* [on line]. 2010, vol. 138, n. 10, pp. 1253-1258. ISSN 0034-9887.

ALSULTAN, Mohammad A.; ALRSHEH, Rashed S.; ALJUMAH, Abdulrahman A.; BAHAROON, Salim A.; ARABI, Yassen M.; ALDAWOOD, Abdulaziz S. **In-hospital mortality among a cohort of cirrhotic patients admitted to a tertiary care hospital**. *Arábia J Gastroenterol* 2011; 17:387-90.

ARAÚJO, Ruth Silva de. **Hepatites B e C em Manaus: Perfil clínico-epidemiológico e distribuição espacial de casos conhecidos desde 1997 a 2001**. Manaus, 2004.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE HEPATOLOGÍA. **Consenso Mexicano Sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Cirrosis Hepática**. Informe Preeliminar 10 junio 2007.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; MARIN-LEON, Letícia; OLIVEIRA, Helenice Bosco de; DELGALARRRONDONO, Paulo, BOTEGA, José Neury. **Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003**. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 259-270. ISSN 1679-4974.

BEATON, Melaine D.; ADAMS, Paul C. **Prognostic factors and survival in patients with hereditary hemochromatosis and cirrhosis**. *Can J Gastroenterol* 2006; 20 (4): 257 – 260.

BITTENCOURT, Paulo Lisboa. **Epidemiologia da hepatotoxicidade por drogas**. *GED gastroenterol. endosc. dig.* 2011; 30 (supl. 1): 06-47.

BITTENCOURT, Paulo Lisboa. **Patogênese da cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária**. *Gaz. méd. Bahia* 2006;76:Suplemento 1:S19-S22.

BRANDÃO, ABM; MARRONI, CA; FLECK, Júnior AM; MARIANTE, Neto G. Cirrose. In: Lopes AC. Tratado de clínica médica. São Paulo (SP): Roca; 2006. p. 1344-7.

BRASIL. Lei n. 474, de 11 de dezembro de 2008. Altera a Lei 8080, 19 setembro de 1990, para dispor sobre a informatização dos serviços de saúde. Brasília, 2008, p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. **Indicador de Mortalidade por Cirrose Hepática.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/capituloC>. Acessado: em 1 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa.** Brasília, 2004, p. 306.

BRASIL. Portaria MS/GM nº. 95. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso.** Norma operacional da assistência à saúde NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial - N° - 40 – Seção 1, quinta-feira, 28 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Federal n.º. 8.080 - 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** *Diário Oficial da União.* 19 set.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.** Resolução 196. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **A Saúde em 2030: diretrizes para a prospecção do sistema de saúde brasileiro.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/

BOSETTI, Cristina; LEVI, Fabio; LUCCINI, Franca; ZATONSKI, Witold A; NEGRI, Eva; LA VECCHIA, Carlo. **Worldwide mortality from cirrhosis: an update to 2002.** *J Hepatol* 2007; 46(5): 827-39.

BUSTÍOS, Sánchez Carla; DÁVALOS, Moscol Milagros; ROMÁN, Vargas Rosana; ZUMAETA Eduardo Villena. **Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud.** *Rev. gastroenterol. Perú,* jul./set. 2007, vol.27, n.3, p.238-245. ISSN 1022-5129.

CAVALCANTI, Andréa Ribeiro. **Manual de Cuidados Intensivos em Gastroenterologia e Hepatologia: Cirrose Descompensada.** Modulo IV. Capítulo 24 . Editora Manole Ltda, 2009, p. 119-123.

CAMPOS, Aline Peixoto. **Evolução dos pacientes cirróticos com Síndrome Hepato-Renal tratado com terlipressina e albumina**. Rio de Janeiro: UFF, Faculdade de Medicina, 2006.

CAMPOLLO OCTAVIO, VALENCIA-SALINAS JUAN JOSÉ, BERUMEN-ARELLANO ARACELI, PÉREZ-ARANDA MIGUEL ANGEL, PANDURO-CERDA ARTURO, SEGURA-ORTEGA JORGE. **Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara**. Salud pública Méx [serial on the Internet]. 1997 May [cited 2012 July 25]; 39(3): 195-200. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341997000300004&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000300004&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341997000300004>. access on 02 May 2012.

COSTA, Juvenal S. Dias da; SILVEIRA, Mariângela F.; GAZALLE, Fernando K.; OLIVEIRA, Sandro S.; HALLAL, Pedro C.; MENEZES, Ana Maria B.; GIGANTE, Denise P.; OLINTO, Maria T. A.; MACEDO, Silvia. **Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional**. Rev. Saúde Pública [on line]. 2004, vol. 38, n.2, pp. 284-291.

CHO, Hyun Chin; JUNG, Han Young; SINN, Dong Hyun; CHOI, Moon Seok; KOH, Kwang Cheol; PAIK, Seung Woon. **Mortality after surgery in patients with liver cirrhosis: comparison of Child-Turcotte-Pugh, MELD and MELDNa score**. Eur J Gastroenterol Hepatol 2011;. 23:51-9.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, abr. 2010 . Disponível em <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000400015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400015&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>.

DANI, Renato. **Gastroenterologia Essencial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 573-593.

ERSKINE, Sally; MAHESWARAN, Ravi; PEARSON, Tim; GLEESON, Dermot. **Socioeconomic deprivation, urban-rural and alcohol-related mortality in England and Wales**, 2010.

FERNÁNDEZ, Javier; BAUER, Tilman; NAVASA, Miguel; RODÉS Juan. **Diagnosis, treatment and prevention of spontaneous bacterial peritonitis**. Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol.2000;14:975-90.

FERNÁNDEZ, Javier; NAVASA, Miguel; GÓMEZ, Juliá; COLMENERO, Jordi; VILA, Jordi; ARROYO Vicente; RODÉS, Juan. **Bacterial infections in cirrhosis: epidemiological changes with invasive procedures and norfloxacin prophylaxis**. Hepatology. 2002;35:140-8.

FERRARI JUNIOR, Angelo Paulo. **Atlas de endoscopia digestiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009, p. 102.

FIGLIE, Neliana Buzi; PILLON, Sandra Cristina; DUNN, John; LARANJEIRA, Ronaldo. **The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil.** Sao Paulo Med. J. vol.118 n.5 São Paulo Sept. 2000 J. vol.118 n.5 São Paulo set 2000 .<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802000000500005> <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802000000500005>

FIORIO, Nathalia Modenesi; FLOR, Luisa Sorio; PADILHA, Monique; CASTRO, Denise Silveira de.; MOLINA, Maria Del Carmem Bisi. **Mortalidade raça/cor: evidência de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil.** Ver. Bras. Epidemiol. [on Lina]. 2011, vol. 14, n.3, PP. 522 – 530.

FLYNN, Bridget M. Liver Transplantation. In: Cupples SA, Ohler L, editors. **Transplantation Nursing Secrets.** Philadelphia: Hanley and Belfus, INC.; 2003. p.151-71.

FONSECA, José Carlos Ferraz da. Hepatite Delta. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 35:** 181-190, 2002.

FONSECA, José Carlos Ferraz da. **História Natural da Hepatite Crônica B.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. [S.l.] 40(6); 672-677, Nov-dez. 2007.

FONSECA, Maria da Luz Diogo da. **Mortalidade na rotura de varizes esofágicas em doentes com cirrose-factores de prognósticos.** 2010. 50 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade da Ciência da Universidade da Beira Interior, Portugal.

GALPERIM, Bruno; TOVO, Cristiane Valle; VOLPATO, Rafael; RODRIGUES, César; ALMEIDA, Paulo Roberto Lérias de; STEIN, Airton; COMPAGNARO, Guilherme; CARDOSO, Manoel. **Análise dos escores de gravidade como preditores na mortalidade em cirróticos hospitalizados.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 53 (3): 221-225, jul.-set. 2009.

GENOVESE, Walter João. **Metodologia do exame clínico em odontologia.** 2 ed. São Paulo: Pancast, 1992, p. 356-357.

GOIS, Eduardo Alexandre Souza; BARBOSA, Moana Machado; WYSZOMIRSKA, Maria de Almeida Fernandes. **Evolução da coinfeção de peritonite bacteriana espontânea e vírus da imunodeficiência humana em pacientes cirróticos.** Rev. Bras. Clin. Med. AL, 2010; 8(3): 193-97.

GÓMEZ, Armando Rangel; LÓPEZ, Gloria Angélica Patiño; RUIZ, Mauricio Alberto. **Cirrhosis.** Rev. Dolor, Foro Nacional de Investigación y Clínica Médica, 2009, Vol. VIII, n. 4, p. 4-9.

GONÇALVES, Lisa Isabel Baptista. **Alcoolismo e Cirrose Hepática** 2009. 173 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade da Ciência da Universidade da Beira Interior, Portugal.

GARCIA-TSAO, Guadalupe; LIM, Joseph. **Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension.** Am J. Gastroenterol, 2009; 104:1802-1829.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo.** IBGE, 2011.

ISHITANI, Lenice Harumi; FRANCA, Elisabeth. **Desigualdades socioespaciais e mortes precoces de adultos na Região Centro-Sul do município de Belo Horizonte em 1996**. Inf. Epidemiol. Sus [online]. 2000, vol.9, n.4, pp. 229-239. ISSN 0104-1673.

JEPSEN, Peter; VILSTRUP, Hendrik; ANDERSON, Per Kragh; SORENSEN, Henrik Toft. **Socioeconomic status and survival of patients: A Danish nationwide cohort**. BMC Gastroenterol [on line]. 2009; 9:35.

STUART, Kingston Raynard; SMITH, Jill P. Doenças crônicas. In: SMELTZER S. C; BARE, B.G. Brunner e Suddarth: **Tratado de enfermagem em médico cirúrgico**. 9 ed. Rio de Janeiro, 2002.

KAMINI, Lubna; MUMTAZ, Khalid; ASMED, Umair S.; ALI, Ailia W.; JAFRI, Wasmim. **Outcomes in culture positive and culture negative ascetic fluid infection in patients with viral cirrhosis: cohort study**. BMC Gastroenterol, 2008, 8:59.

LAST, John Murray: **A dictionary of public health**. 1st edition. New York: Oxford University Press; 2007.

LARREY, Dominique. Hepatotoxicity of Herbal remedies .Therapy on Liver Disease The Pathophysiological Basis of Therapy. In: ARROYO, V., BOSCH, J., BRUGUERA, M., RODÉS, J. 2 ed., Barcelona, Masson, 1997:233-38.

LEON, Mccambridge da. **Liver cirrhosis mortality ratesin Britain, 1950 to 2002**. Lancet 2006; 367:645.

LIDA, Vivian Helena; SILVA, Thiago Junqueira A. da; SILVA Aloísio Souza F. da; SILVA, Luis Fernando Ferreira da; ALVES, Venâncio A. F. **Cirrose Hepática: aspectos morfológicos relacionados às suas possíveis complicações: um estudo centrado em necropsias**. J Bras. Patol. Med. Lab. 2005, v 41, n. 1, p. 29-36.

MAIA, Karina Souza Ferreira. **Aspectos epidemiológicos e clínicos da hepatite C no município de Feira de Santana-BA**. 2006. 102 f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual de Feira de Santana. Bahia.

MARIN-LEON, Leticia; OLIVEIRA, Helenice Bosco de; BOTEAGA, Neury José. **Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998 - 2002**. *Psicol. estud.* [online]. 2007, vol.12, n.1, pp. 115-121. ISSN 1413-7372.

MARTINELLI, Ana Lourdes C; CARNEIRO, Marcos de Vasconcelos; LESCANO, Manoel Antônio L; SOUZA, Fernando F; TEIXEIRA, Andreza C. **Complicações agudas das doenças hepáticas crônicas**. Medicina, Ribeirão Preto, 36: 294-306, abr./dez. 2003.

MARCELLIN, Patrick. Hepatitis C: the clinical spectrum of the disease. Journal of hepatology. Vol. 31 (suppl.1), p. 9-16, 1999.

MATTOS, Angelo Alves de; CORAL, Gabriela; MENTI, Eduardo; VALIATTI, Fabiana; KRAMER, Caroline. **Bacterial infection in cirrhotic patients**. Arq. Gastoenterol 2003; 40 (1):11-15.

MENEZES, Érica Godinho. **Evolução da Hepatite C em pacientes submetidos a transplante hepático: estudo clínico laboratorial com ênfase na recorrência da hepatite C pós-transplante**. 2006. 166 f. Doutorado (Mestre em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (princípios e Diretrizes)**. Brasília, 2008.

MIZPUTEN, Stender JanKiel. **Guia de Gastroenterologia**. 2ª ed. Barueri, SP: Mendes, p 171-187, 2007.

MOIA, Lizomar de Jesus Maués Pereira; AMARAL, Ivanete do Socorro Abraçado; CONDE, Simone Regina Souza da Silva; BRITO, Maria Sílvia Barbosa de; MIRANDA, Esther Castelo Mello; MACEDO, Zilvana Pinheiro de; ARAÚJO, Marialva Tereza Ferreira de; DERMACHKI, Sâmia; SOARES, Manoel do Carmo Pereira. **Programa de Hepatopatias do Hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – Infraestrutura e epidemiologia clínica em 10 anos de atendimento**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 37 (suplemento II), 2004, p.57-62.

MONTEIRO, Maria Rita de Cássia Castro; NASCIMENTO, Margarida Passeri do; PASSOS, Afonso Dinis Costa; FIGUEIRDO, José Fernando de Castro. **Hepatite C: prevalência e fatores de Risco entre portadores do VIH/SIDA em Belém, Pará, na Amazônia brasileira**. Rev. Soc. Bras. de Medicina Tropical, n.37(II), 2004.

NEZAM, Afdhal H. *The Natural History of Hepatitis C. Liver Disease*, New York, v.24, supplement 2, p. 3-8, 2004.

NGUYEN, Geoffrey C; THULUVATH, Paul J. **Disparidade racial na doença de fígado: fatores biológicos, culturais ou socioeconômicos**. Hepatologia, 47: 1058-1066.

PARANA, Raymundo; VITVITSKI, Ludmila; BERBY, Françoise, PORTUGAL, Marcelo; COTRIM, Helma P; CAVALCANTE, Andrea; LYRA, Luiz; TREPO, Christian. **HCV infection in northeastern Brazil: unexpected high prevalence of genotype 3a and absence of African genotypes**. *Arq. Gastroenterol.* [online]. 2000, vol.37, n.4, pp. 213-216. ISSN 0004-2803.

PENHA, Renata Neves. **Um Estudo Sobre Regressão Logística Binária**. Minas Gerais, 2002.

POFFO, Milton Ricardo; SAKAE, Thiago Menôru; MOTA, Arthur; SOUZA, Andrea Ribeiro de. **Perfil epidemiológico e fatores prognósticos de mortalidade intra-hospitalar de pacientes cirróticos internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição**. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 38, no. 3, 2009.

RAMIRES, Renata Pereira; ZILZ, Cristiane Kopacek; MATTOS, Angelo Alves de. **Escleroterapia versus somatostatina na hemorragia digestiva alta por ruptura de varizes esofágicas**. *Arq Gastroenterol*, v. 37, n° 3. Jul./set. 2000.

RESENDE, Coelho, *Doppler Hepático*. In: SANTOS, Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos; NACIF, Marcelo Souto; **Radiologia e Diagnóstico por Imagem: Abdome – Sociedade Brasileira de Radiologia**. Livraria e Editora Rubio Ltda., Rio de Janeiro – RJ, p 73-101, 2005.

RIBEIRO, Tarsila; CHEBLI Julio; KONDO, Mario. **Spontaneous bacterial peritonitis: How to deal with this life-threatening cirrhosis complications?** Ther clin Risk Manag, 2008;4(5):919-25.

ROCCO, José Rodolfo; SOARES, Márcio. **Prognóstico de paciente cirrótico admitido na terapia.** Rev. bras. ter. intensiva vol.22 no.1 São Paulo Mar.2010.

SILVA, Hilton Pereira da. **A Saúde Humana e a Amazônia No Século XXI: Reflexões Sobre Os Objetivos Do Milênio.** Novos Cadernos do NAEA/UFPA, 9(1):77-94, jun. 2006. ISSN 1516-6481.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. **Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil.** *Dados* [online]. 2011, vol.54, n.1, pp. 05-40. ISSN 0011-5258.

SOUZA, Aécio Flávio Meirelles de. **Hepatotoxicidade por chás.** GED gastroenterol. Endosc. dig. Rev. Suplemento, fev. 2011, vol.30, n.1, pp. 22-24.

SOUZA, Aécio Flávio Meirelles de; CARVALHO-FILHO, Roberto J. and CHEBLI, Júlio Fonseca. **Hemocromatose hereditária: relato de caso e revisão da literatura.** *Arq. Gastroenterol.* [online]. 2001, vol.38, n.3, pp. 194-202. ISSN 0004-2803.

VANHUYSE, Fabrice; MAUREIRA, Pablo; PORTOCARRERO, Eric; LAURENT, Nicolas; LEKEHAL, Malik; CARTEAUX, Jean-Pierre ; VILLEMOT, Jean-Pierre. **A cirurgia cardíaca em pacientes cirróticos resultados e avaliação de fatores de risco.** European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 0 (2012) 1-7 doi: 10.1093/ejcts/ezr320. Acesso em 10/03/2012.

VASCONCELOS, Romes Rufino; TENGAN, Fátima Mitiko; CAVALHEIRO, Norma de Paula; IBRAHIM, Karim; PEREIRA, Hayde; BARONE, Antonio Alci. **Fatores associados às formas evolutivas graves da infecção crônica pelo vírus da hepatite C.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [online]. 2006, vol.39, n.5, pp. 433-438. ISSN 0037-8682.

VULCANO, Daniela Salate Biagioni. **Avaliação dos indicadores nutricionais em Hepatopatas crônicos e a relação com a etiologia e gravidade da doença.** Botucatu: [s.n.], 2010.

WEINBAUN, Cindy; WILLIAMS, Ian; ERIC, E. Mast; WANG, Susan; FINNE, Lyn; WASLEY, Annemarie; NEITZEL, Stephanie; WARD, John. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Recommendations for Identification and Public Health Management of Persons with Chronic Hepatitis B Virus Infection.** MMWR Recomm Rep 2008 19 setembro, 57 (RR-8):1-20 [145 referências].

YAO-CHUN Hsu; CHEN Shuan Chung; HSIU-PO Wang. **Application of Endoscopy in Improving Survival of Cirrhosis Patients with Acute Variceal Hemorrhage.** International Journal of Hepatology, vol. 2011, Article ID 893973, 8 pages, 2011. Doi: 10.4061/2011/893973.

YEUNG, Elaine; YONG, Elaine; WONG, Florence. **Renal dysfunction in cirrhosis: diagnosis, treatment and prevention.** MedGenMed. 2004; 6 (4) : 9.

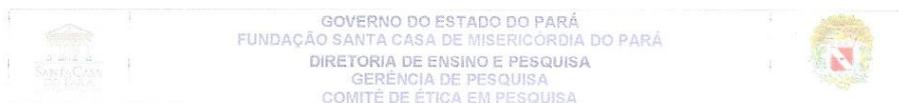
STEWART, Charmaine; ENDERS, Felicity; MITCHELL, Mary; FELMLEE-DEVINE, Donna; SMITH, GLEN E. Smith. **The cognitive profile of depressed patients with cirrhosis.** [journal article] Prim Care Companion CNS Disord 2011; 13 (3).

TOMMASI, Antônio Fernando. **Diagnóstico em patologia bucal.** 2. ed. São Paulo: Pancast, 1989.

TOVO, Cristiane Valle; GALPERIM, Bruno; LARDI, Gianfranco; SANTOS, Gilberto Ordovás; HOCSMAN, Julio; SOARES, Paulo Roberto Barbosa, ALMEIDA, Paulo Roberto Lérias de. **Diagnóstico e manejo da ascite em paciente cirrótico.** Mom. & Perspec. Saúde, Porto Alegre, v. 14, nº 1/2, p.10-13, jan/dez, 2001.

ANEXO A: Termo de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FSCMPA

---



### TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará analisou no dia 28 de junho de 2011 o Projeto de Pesquisa intitulado **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CIRRÓTICOS INTERNADOS E ACOMPANHADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM NÍVEL TERCIÁRIO LOCALIZADO NA REGIÃO AMAZÔNICA NA CIDADE DE BELÉM - PARÁ”** de CAAE- 0075.0.440.000-11 e protocolo nº. 092/11-CEP, sob responsabilidade de Kleimara Lopes Dias obtendo **APROVAÇÃO** com autorização para desenvolvê-lo nesta Instituição.

Belém, 28 de junho de 2011.

Informamos ainda, que V. S. deverá apresentar relatório semestral (previsto para 31/08/2011), anual e/ ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto (item VII. 13.d. da Resolução nº 196/96 – CNS / MS).

  
 Mara Lucinda Gomes de Lima  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa / FSCMPA

## ANEXO B: Quadro de Classificação prognóstica e severidade da cirrose

---

Quadro1 de Classificação prognóstica e severidade da cirrose

	<b>1 pontos</b>	<b>2 pontos</b>	<b>3 pontos</b>
Ascite	Ausente	Leve/moderada (responde a diuréticos)	Refratária
Encefalite	Ausente	Grau 1 e 2	Grau 3 e 4
Bilirrubina (mg/dL)	< 2.0	2-3	> 3
Albumina (g/dL)	> 3.5	2.8-3.5	< 2.8
TP (prolongado uns segundos)	<4	4-6	>6
INR	<1,7	1,7-2,20	>2,20
<p>A classe de cirrose é baseada na pontuação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Classe A: pontuação total 5-:</li> <li>✓ Classe B: pontuação total 7-9</li> <li>✓ Classe C: pontuação total 10 ou mais</li> </ul> <p>O prognóstico está relacionado com a pontuação</p> <p>INR: quociente internacional normalizado; TP: tempo de protombina</p> <p>A sobrevida conforme a classe</p> <p>1 ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Classe A: 100%</li> <li>✓ Classe B: 85%</li> <li>✓ Classe C: 45%</li> </ul> <p>2 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Classe A: 85%</li> <li>✓ Classe B: 57%</li> <li>✓ Classe C: 35%</li> </ul>			

Fontes: guia prática da organização mundial de gastroenterologia e Flynn, 2003

## APÊNDICE A: Formulário de pesquisa

---

# FORMULÁRIO DE PESQUISA

PACIENTE

REGISTRO

ANO

## VARIÁVEL SOCIOECONOMICO-DEMOGRAFICO

**GENERO**

1. masculino

2. feminino

**IDADE**

1. ≤ 20 anos

2. 21 a 40 anos

3. 41 a 60 anos

4. > 60 anos

5. Sr (sem resposta)

**COR/RAÇA**

1. Branca

2. parda

3. Preta

4. amarela.

5. Sr

**PROCEDÊNCIA**

1. capital (Belém)

2. Município Pará

3. Outro Estado

1. < 1

2. 1 a 2 s.m

3. >2 a ≤ 5s.m

**RENDA FAMILIAR**

4. > 5 a ≤ 10 sm

5. > 10 s.m

6. sem renda

7. SR

## VARIÁVEL DA CLÍNICA

**DOENÇA DE BASE (ETIOLOGIA)**

Álcool

HAI

Galactosemia

D. Vascular

**Criptogênica**

VHB

SHR

Tirosinemia

CEP (Colite ucerativa)

VHC

SHP

NSA

DHNA/EHNA

VHD

Sind. Budd-Chiari

SR

Hepatite Medicamentosa

VHB+Álcool

Sínd. da Superposição (CEP+ HAI)

Deficiêncai alfa-1-antripsina

VHC+ Álcool

EHNA

Esquistossomose

HP a esclarecer

VHB+VHC

**DURAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA CIRROSE**

1.< 1 ANO

2. 1-5 ANOS

3. 6-10 ANOS

4.>10ANOS

5. SR

**COMORBIDADE**

AVC

DM

Dislipidemia

Talassemia

Cardiopatia

DPOC

NSA

VGE

Cirrose

D. de Wilson

HAS

SR

CHC

Def. de alta 1 antitripsina

Hemocromatose

Nefropatia

**PROGNÓSTICO: CHILD-PUGH**

A (5-6 pontos)

B (7-9 pontos)

C (10-15 pontos)

SP (Sem parâmetro)

## VARIÁVEL DOS FATORES DE RISCO

**HISTÓRIA FAMILIAR**

AVC

Cardiopatia

Cirrose

DM

DPOC

Doenças pulmonares

D. de Wilson

Def. de alta 1 antitripsina

Dislipidemia Fibrose Cistica

H.A.S

hemocromatose

Talassemia

SR

NSA

**DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA**

Cirurgia hepatobiliar(Estenose ductos biliares)

Colite ulcerativa

Dislipidemia

Doença biliar

Esteatose hepática

Hepatite alcoólica

Hiperlidemia

Hepatite

Malária

NSA

SR

alcool

**ALCOOLISMO**

1. Etilista    2. Etilista Social/moderado    3. Ex-Etilista    4. Ex- Etilista Social/moderado    5. Não

**HEMOTRANSFUSÕES**

1. Nunca    2. até 1992    3. A partir de 1993    4. NSA    5. SR

**COMPORTAMENTO SEXUAL  
USO DE PRESERVATIVO**

usa preservativo  
Não usa preservativo  
NSA  
SR

**FRQ. SEXUAL:**

Promiscuidade sexual  
Vida sexual regular  
Sem vida sexual  
NSA  
SR

**ORIENTAÇÃO SEXUAL**

Relação pessoa do mesmo sexo  
Relação pessoa sexo oposto  
Ambos os sexos  
NSA  
SR

**DOENÇAS AUTO-IMUNE**

1. Hepatite autoimune    2. Cirrose Biliar Primária    3. C.Esclerosante Primária  
4. NSA    5. SR

**MEDICAMENTOS HEPATOTÓXICOS**

1. Alfa-metildopa    2. Clorpormazina    3. Bussulfan    4. Carmustin  
5. Cetominofem    6. Ciclofosfamida    7. Ecoposide    8. Isoniazida  
9. Methotrexate    10. Nitrofurantoína    11. Nitrofurantoína  
12. NSA    13. SR

**MEDICINA COMPLEMENTAR**

1. Sim    2. Não    3. NSA    4. SR

**TIPO DE ERVAS**

Alcachofra	Carvalinha/Camédrio	Folha do Pirarucu	Unha de gato
Arnica	Chá verde	Maconha	NSA
Boldo	Cidreira	Quebra pedra	SR
Canarana	Erva doce	Sacaca ou cajuçara	
Confrei	Erva são João	Sálvia	
Cocaína	Folha do abacate	Sena	

**MEDICAMENTOS HEPATOTÓXICOS**

1. Alfa-metildopa    2. Clorpormazina    3. Bussulfan    4. Carmustin  
5. Cetominofem    6. Ciclofosfamida    7. Ecoposide    8. Isoniazida  
9. Methotrexate    10. Nitrofurantoína    11. Nitrofurantoína  
12. NSA    13. SR

**MEDICINA COMPLEMENTAR**

1. Sim    2. Não    3. NSA    4. SR

**TIPO DE ERVAS**

Alcachofra	Carvalinha/Camédrio	Folha do Pirarucu	Unha de gato
Arnica	Chá verde	Maconha	NSA
Boldo	Cidreira	Quebra pedra	SR
Canarana	Erva doce	Sacaca ou cajuçara	
Confrei	Erva são João	Sálvia	
Cocaína	Folha do abacate	Sena	

**VARIÁVEL DA INTERNAÇÃO****MOTIVO DA INTERNAÇÃO (COMPLICAÇÃO)**

ANÚRIA ASCITE ANASARCA ANEMIA LEUCOCITOSE  
 COAGULOPATIA EH EMAGRECIMENTO ASTENIA ANOREXIA  
 COLÚRIA CHC DISARTRIA RESP. CHYNE STORES DOR PRECORDIAL  
 PRESENÇA DE TUMORAÇÃO ABDOMINAL DRENAGEM ABCESSO VÔMITO  
 P. CIRÚRGICO CEFALÉIA ORTOPNÉIA DISÚRIA DIF. DE DEAMBULAR  
 IH HEMOPTISE DOR LOMBAR PÓLIPO INTESTINAL ALTERAÇÃO VISUAL  
 XERODERMIA HIPOTENSÃO ESPLENOMEGALIA HP HEPATOMEGALIA  
 HAS TONTURA DISFAGIA EPISTAXE CH DESCOMPENSADA VGE DIARRÉIA  
 METRORRAGIA DM HIPERSONOLÊNCIA CRISE HIPERTENSIVA CONVULSÃO ICTERÍCIA  
 PBE CRISES CONVULSIVAS HEMATEQUIZIA AGITAÇÃO INS. RENAL  
 PLAQUETOPENIA INS. RESP. AGUDA TOSSE SECA ITU HIPOXEMIA  
 TELANGIECTASIA DOR EPIGÁSTRICA HEMOESTÁVEL OLIGÚRIA TOSSE  
 PRODUTIVA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA DOR ABDOMINAL SINAIS DE  
 SHUNT ESPLENO-RENAL RESP. CHYNE STORES NEOPLASIA DE MAMA PBE  
 PLEINITUDE GÁSTRICA ORTOPNÉIA OUTROS \_\_\_\_\_

**COMPLICAÇÕES DURANTE A INTERNAÇÃO (exceto a complicação da internação)**

ANÚRIA ASCITE ANASARCA ANEMIA LEUCOCITOSE  
 COAGULOPATIA EH EMAGRECIMENTO ASTENIA ANOREXIA  
 COLÚRIA CHC DISARTRIA RESP. CHYNE STORES DOR PRECORDIAL  
 PRESENÇA DE TUMORAÇÃO ABDOMINAL DRENAGEM ABCESSO VÔMITO  
 P. CIRÚRGICO CEFALÉIA ORTOPNÉIA DISÚRIA DIF. DE DEAMBULAR  
 IH HEMOPTISE DOR LOMBAR PÓLIPO INTESTINAL ALTERAÇÃO VISUAL  
 XERODERMIA HIPOTENSÃO ESPLENOMEGALIA HP HEPATOMEGALIA  
 HAS TONTURA DISFAGIA EPISTAXE CH DESCOMPENSADA VGE DIARRÉIA  
 METRORRAGIA DM HIPERSONOLÊNCIA CRISE HIPERTENSIVA CONVULSÃO ICTERÍCIA  
 PBE CRISES CONVULSIVAS HEMATEQUIZIA AGITAÇÃO INS. RENAL  
 PLAQUETOPENIA INS. RESP. AGUDA TOSSE SECA ITU HIPOXEMIA  
 TELANGIECTASIA DOR EPIGÁSTRICA HEMOESTÁVEL OLIGÚRIA TOSSE  
 PRODUTIVA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA DOR ABDOMINAL SINAIS DE  
 SHUNT ESPLENO-RENAL RESP. CHYNE STORES NEOPLASIA DE MAMA PBE  
 PLEINITUDE GÁSTRICA SIND. CONSUMPTIVA SIND. ICTÉRICA A ESCLARECER  
 ORTOPNÉIA OUTROS \_\_\_\_\_

**TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR**

1. ≤ 5 d      2. 6 a 15 d      3. 16 a 25      4. 26 a 35 d  
 5. 36 a 45 d      6. ≥ 45 d      7. NSA      12 SR

**DIAGNÓSTICO DO DESFECHO**

CH ALCOÓLICA      CH PELO VHD      CH POR ESQUISTOSSOMOSE HEPATO-ESPLÊNICA  
 CH BILIAR PRIMÁRIA      CH PELO VHB E VHD      CH A ESCLARECER      CH BILIAR  
 SECUNDÁRIA      CH PELO VHB E VHC      CH POR HEPATITE PÓS-NECRÓTICA  
 CH CRIPTOGÊNICA      CH PELO VHB E VHC+ÁLCOOL      CH VASCULAR      CH PELO VHC  
 CH POR COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA      CH PELO VHB+VHD+ÁLCOOL  
 CH POR SHR      CH POR DOENÇA METABÓLICA      CH PELO VHB+ÁLCOOL  
 CH DOENÇA METABOLICA      CH POR HAI      CH PELO VHC+ÁLCOOL  
 CH PELO VHB      CH MEDICAMENTOSA

**DESFECHO DO CASO**

1. Alta      2. Óbito

**APÊNDICE B: Tabelas Estatísticas para consultar**

---

**ABELA A:** Estatísticas Resultantes da Regressão Logística Binária simples para variáveis não significativas para o modelo (1.1).

Variáveis	Coeficientes	Erro Padrão	P	Razão de Chances	IC 95%	
					LI	LS
<b>Constante</b>	1.9169	0.4789	0	-	-	-
<b>Sexo</b>	-	-	-	-	-	-
Masculino*	-	-	-	-	-	-
Feminino	-0.7241	0.5269	0.169	0.48	0.17	1.36
<b>Constante</b>	2.2335	0.6074	0.0001	-	-	-
<b>Raça</b>	-	-	-	-	-	-
Parda*	-	-	-	-	-	-
Branca	-1.047	0.6435	0.104	0.35	0.12	1.24
Negra	-1.2934	0.2394	0.239	0.43	0.22	1.21
<b>Constante</b>	1.6959	0.5739	0.0003	-	-	-
<b>Procedência</b>	-	-	-	-	-	-
RMB*	-	-	-	-	-	-
Município do Pará	-1.2032	0.2039	0.2939	0.42	0.11	1.39
<b>Constante</b>	1.3952	0.4016	0.0001	-	-	-
<b>Renda familiar</b>	-	-	-	-	-	-
< 1 sm*	-	-	-	-	-	-
1 a 2 sm	0.0805	0.0971	0.4075	1.08	0.9	1.31
>2 a ≤ 5s.m	0.8932	0.4321	0.4215	1.03	0.21	2.17
> 5 a ≤ 10 sm	-0.6342	0.3283	0.4444	0.94	0.15	2.05
> 10 s.m	1.8321	0.492	0.7142	0.57	0.04	1.92
Sem renda	0.4821	0.4912	0.4282	0.59	0.03	1.32
<b>Constante</b>	-0.2146	0.216	0.4072	-	-	-
<b>Duração do diagnóstico</b>	-	-	-	-	-	-
< 1 ano*	-	-	-	-	-	-
1-5 anos	0.0805	0.0971	0.4075	1.08	0.9	1.31
6-10 anos	0.8932	0.4321	0.4215	1.03	0.21	2.17
>10 anos	-0.6342	0.3283	0.4444	0.94	0.15	2.05
<b>Constante</b>	-2.304	0.216	0.4072	-	-	-
<b>Prognóstico de Child</b>	-	-	-	-	-	-
A (5 - 6 pontos)*	-	-	-	-	-	-
B (7 - 9 pontos)	0.3092	0.4203	0.4134	1.23	0.12	2.35
C (a partir de 10 pontos)	0.0482	0.3094	0.5092	0.93	0,07	1.57
<b>Constante</b>	0.9371	0.4929	0.5928	-	-	-
<b>História familiar</b>	-	-	-	-	-	-
Outros*	-	-	-	-	-	-
Diabetes Melitus	0.3984	0.4952	0.3209	1,21	0.23	2.12
Diabetes Melitus + HAS	0.4955	0.4022	0.2034	1.29	0.27	2.34
Hipertensão Arterial Sistêmica	0.7045	0.3548	0.2495	1.54	0.32	2.72
Cardiopatía	0.5062	0.5982	0,2394	0.97	0.17	1.37
Cirrose	0.7948	0.4223	0.3408	0.85	0.12	1.22
Dislipidemia+DM	0.7984	0.3048	0.3094	0.92	0.15	1.35
<b>Constante</b>	0.0951	0.3494	0.6377	-	-	-
<b>Doença hepática associada</b>	-	-	-	-	-	-
Álcool	-	-	-	-	-	-
Doença biliar	-0.0418	0.0887	0.6379	0.96	0.81	1.14
Esteatose hepática	7.874	3.9287	0.832	2.44	0.7	3.75
Hepatite	3.324	3.2973	0.472	1.65	0.44	3.01
Hepatite alcoólica	-3.341	2.4193	0.749	1.87	0.61	3.23
Malária	-5.9476	0.9374	0.482	1.48	0.55	3.48
<b>Constante</b>	0.1503	0.2242	0.979	-	-	-
<b>Hemotransfusões</b>	-	-	-	-	-	-
Nunca*	-	-	-	-	-	-
Antes de 1992	-0.2795	0.2578	0.2784	0.76	0.46	1.25
Após 1992	0.0678	0.2469	0.7836	1.07	0.66	1.74

**TABELA A:** Estatísticas Resultantes da Regressão Logística Binária simples para variáveis não significativas para o modelo (1.1). *Continuação.*

Variáveis	Coeficientes	Erro Padrão	P	Razão de Chances	IC 95%	
					LI	LS
<b>Constante</b>	-0.0436	0.1117	0.2782	-	-	-
<b>Motivo da internação (complicações)</b>	-	-	-	-	-	-
Outros motivos*	-	-	-	-	-	-
Ascite	0.1283	0.7283	0.0001	1.87	0.07	4.27
Encefalite Hepática	1.393	0.3941	0.4281	0.52	0.01	1.36
Hemorragia Digestiva Alta	0.9991	0.3912	0.2914	0.42	0.02	1.21
Dor abdominal	1.8321	0.492	0.7142	0.57	0.04	1.92
Edema	0.4821	0.4912	0.4282	0.59	0.03	1.32
Dispneia	-0.2	0.5165	0.6986	0.82	0.3	2.25
Anorexia	0.114	0.2504	0.6488	1.12	0.69	1.83
Hematequizia	10.8762	45.5579	0.8112	4.52	-	-
<b>Constante</b>	1.0394	2.4958	0.942	-	-	-
<b>Tempo de permanência hospitalar</b>	-	-	-	-	-	-
5 dias*	-	-	-	-	-	-
6 a 15 dias	1.3956	1.9372	0.7322	0.73	0.02	1.97
16 a 25 dias	-2.485	0.9203	0.0602	1.39	0.17	2.24
26 a 35 dias	1.3853	0.5829	0.0572	0.67	0.07	1.78
36 a 45 dias	-1.606	0.7649	0.342	4.98	1.11	22.31
> 45 dias	0.1167	0.6809	0.8639	0.89	0.23	3.38
<b>Constante</b>	-2.3042	0.3921	0.3041	-	-	-
<b>Diagnóstico do desfecho</b>	-	-	-	-	-	-
Outros*	-	-	-	-	-	-
Cirrose hepática Alcoólica	0.114	0.2504	0.6488	1.12	0.69	1.83
Cirrose hepática a esclarecer	10.8762	45.5579	0.8112	4.52	0.99	7.27
Cirrose hepática pelo VHC	-0.6377	1.2298	0.604	0.53	0.05	5.89
Cirrose hepática pelo VHB	-0.7472	0.4208	0.0758	0.47	0.21	1.08
Cirrose hepática pelo VHB e VHC	-0.7604	0.5967	0.2026	0.47	0.15	1.5
Cirrose hepática por HAI	11.2765	116.14	0.9227	1.78	0.32	2.2
Cirrose hepática Criptogênica	0.0621	0.8241	0.9138	1.06	0.21	5.35
Cirrose hepática pelo VHC+Álcool	0.5424	0.4967	0.2748	1.72	0.65	4.55
Cirrose hepática Medicamentosa	-0.8727	0.8441	0.3012	0.42	0.08	2.19
Cirrose hepática por Doença metabólica	0.0678	0.2469	0.7836	1.07	0.66	1.74
CH por SHR	0.9973	0.8441	0.2374	2.71	0.52	14.18

Nota: \* Representam as categorias de referencia da variável.

**LI:** limite inferior; **LS:** limite superior.

**TABELA A1:** Quantidade e percentual da evolução do caso de pacientes cirróticos internados na FSCMPA, no período de 2005 a 2010- Belém-PA, segundo doença de base dos pacientes.

DOENÇA DE BASE	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Álcool	45	36.59	15	46.88	60	38.71
Vírus da Hepatite C	30	24.39	6	18.75	36	23.23
Vírus da Hepatite B	16	13.01	3	9.38	19	12.26
Hepatopatia a esclarecer	13	10.57	2	6.25	15	9.68
Hepatite Auto-imune	6	4.88	-	-	6	3.87
Vírus Hepatite B+Vírus Hepatite C	3	2.44	1	3.13	4	2.58
Vírus Hepatite C+ Álcool	3	2.44	1	3.13	4	2.58
Criptogênica	1	0.81	2	6.25	3	1.94
Síndrome Hepatorenal	-	-	2	6.25	2	1.29
Síndrome de Budd-Chiari	1	0.81	-	-	1	0.65
Tirosinemia	1	0.81	-	-	1	0.65
E. Hepática não alcoólica	1	0.81	-	-	1	0.65
Esquistossomose	1	0.81	-	-	1	0.65
Hepatite Medicamentosa	1	0.81	-	-	1	0.65
Hepat. Medicamentosa+NASH	1	0.81	-	-	1	0.65
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.

**TABELA A2:** Quantidade e percentual dos pacientes cirróticos internados na FSCMPA segundo histórico familiar no período de 2005 a 2010 - Belém-PA.

HISTORICO FAMILIAR	DESFECHO DO CASO				TOTAL	%
	ALTA		ÓBITO			
	Quantidade	%	Quantidade	%		
Cardiopatia	8	6.50	0	0.00	8	5.16
Cirrose	3	2.44	0	0.00	3	1.94
<b>Cirrose +AVC</b>	<b>1</b>	<b>0.81</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>1</b>	<b>0.65</b>
Dislipidemia + Diabetes Melitus	1	0.81	1	3.13	2	1.29
Diabetes Melitus	17	13.82	2	6.25	19	12.26
Diabetes Melitus+HAS	11	8.94	3	9.38	14	9.03
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	<b>1</b>	<b>0.81</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>1</b>	<b>0.65</b>
HAS	8	6.50	4	12.50	12	7.74
Hepatite	<b>1</b>	<b>0.81</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>1</b>	<b>0.65</b>
Hemocromatose + Diabetes Melitus	<b>1</b>	<b>0.81</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>1</b>	<b>0.65</b>
Hepatite +Etilismo	<b>1</b>	<b>0.81</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>1</b>	<b>0.65</b>
<b>Sem resposta</b>	70	56.91	22	68.75	92	59.35
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>100.00</b>	<b>155</b>	<b>100.00</b>

FONTE: FSCMPA, março/2012.

AVC: Acidente Vascular Cerebral; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

**TABELA A3:** Quantidade e percentual dos pacientes cirróticos internados na FSCMPA segundo motivo da internação no período de 2005 a 2010 - Belém-PA.

<b>MOTIVO DA INTERNAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>%</b>
Ascite	5	3.23
Ascite +edema	12	7.74
Ascite +edema+dispneia	1	0.65
Ascite +edema+ anorexia	1	0.65
Ascite +edema+ icterícia	1	0.65
Ascite +edema+anemia	1	0.65
Ascite +edema+ cirrose hepática crônica	1	0.65
Ascite +edema+dispneia	6	3.87
Ascite +edema+icterícia	1	0.65
Ascite +dispnéia+ emagrecimento	1	0.65
Ascite +dispnéia+ oliguria	1	0.65
Ascite +dispnéia+ VGE	1	0.65
Ascite +dispnéia+desconforto abdominal	1	0.65
Ascite +dispnéia+Plenitude gástrica	1	0.65
Ascite +dispnéia+Edema	2	1.29
Ascite +dispnéia+Tose seca	1	0.65
Ascite + dispnéia+ Icterícia	2	1.29
Ascite +dispnéia+ cirrose hepática desconvidada	1	0.65
Ascite +dispnéia+ anasarca	2	1.29
Ascite +dor abdominal+ emagrecimento	1	0.65
Ascite +dor abdominal+edema	1	0.65
Ascite + dor abdominal+Plenitude gástrica	1	0.65
Ascite +diarréia	1	0.65
Ascite +encefalite hepática	6	3.87
Ascite +encefalite hepática+ emagrecimento	1	0.65
Ascite+encefalite hética+cirrose hepática descompensada	1	0.65
Ascite+encefalite hepática+dispnéia	1	0.65
Ascite +encefalite hepática+dor abdominal	1	0.65
Ascite +encefalite hepática+edema	1	0.65
Ascite +hemorragia dig. Alta	4	2.58
Ascite +encefalite hepática+hipertensão	1	0.65
Ascite +encefalite hepática+hemorragia dig.alta	1	0.65
Ascite +hemorragia dig.alta+aligúria	1	0.65
Ascite +hemorragia dig.alta+Dor abdominal	2	1.29
Ascite +hemorragia dig.alta+neoplasia hepática	1	0.65
Ascite+ Hemorragia Dig baixa+hemtequizia	1	0.65
Ascite+hipertemia+náuseas	3	1.94
Ascite +astenia	1	0.65
Ascite +anasarca+icterícia	1	0.65
ASCITE +peritonite bac. Espontânea +anemia	1	0.65
ASCITE +peritonite bac. Espontânea+dispnéia	1	0.65
Ascite +cirrose hepática descompensada	1	0.65
Ascite +icterícia+oliguria	1	0.65
Ascite +icterícia	1	0.65
Ascite +metrorragia	1	0.65
Ascite +pneumonia+cirrose hepática descompensada	1	0.65
Anasarca+dispnéia	1	0.65
Anorexia+ encefalite hepática+insuficiência renal	1	0.65
Anemia+astenia+cirrose hepática descompensado	1	0.65

**TABELA A3:** Quantidade e percentual dos pacientes cirróticos internados na FSCMPA segundo motivo da internação no período de 2005 a 2010 - Belém-PA. *continuação*

MOTIVO DA INTERNAÇÃO	QUANTIDADE	%
Colúria+dor lombar	1	0.65
Dispnéia+edema	1	0.65
Dispnéia+desconforto abdominal+colúria	1	0.65
Dispnéia+edema+tosse produtiva	1	0.65
Dor abdominal	8	5.16
Dor abdominal+plenitude gástrica	1	0.65
Dor abdominal+colúria+icterícia	1	0.65
Dor abdominal+hipertemia	1	0.65
Dor abdominal+icterícia+cefaléia	1	0.65
Dor abdominal+icterícia+insuficiência renal	1	0.65
Dor abdominal+oligúria+plenitude gástrica	1	0.65
Diabetes melitus+cirrose hepática descompensada	1	0.65
Edema+dispnéia+astenia	1	0.65
Edema+dispnéia+hipertemia	2	1.29
Edema+dispnéia+dor precordial	1	0.65
Edema+dor abdominal	1	0.65
Edema+icterícia+dor abdominal	1	0.65
Edema+hipertemia	1	0.65
Edema+oligúria	1	0.65
Edema+poliúria+metrorragia	1	0.65
Edema+plenitude gástricas+abst. Alcolica	1	0.65
Encefalite hepática	5	3.23
Encefalite hepática+anorexia+icterícia	1	0.65
Encefalite hepática+anasarca	1	0.65
Encefalite hepática+cirrose hepática descompensada	1	0.65
Encefalite hepática+crise convulsivas+hipertensão	1	0.65
Encefalite hepática+dor abdominal	1	0.65
Encefalite hepática+dispnéia+dor abdominal	1	0.65
Encefalite hepática+desidratação	1	0.65
Encefalite hepática+colúria	1	0.65
Encefalite hepática+edema+dispnéia	1	0.65
Encefalite hepática+edema+peritonite bac. espontânea	1	0.65
Encefalite hepática+edema+colúria	1	0.65
Encefalite hepática+hemorragia dig.alta	4	2.58
Encefalite hepática+icterícia	2	1.29
Encefalite hepática+icterícia+colúria	1	0.65
Hemorragia digestiva alta	12	7.74
Hemorragia digestiva alta+icterícia	2	1.29
Hemorragia digestiva alta+hemorragia dig.alta+ins renal	1	0.65
Hematequizia+infecção do trato urinário+SHR	1	0.65
Hematequizia+anemia	1	0.65
Hipertemia+petequiasmmii+prurido	1	0.65
Pneumonia	1	0.65
Icterícia+dor abdominal+colúria	1	0.65
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

FONTE: (FSCMPA), março/2012

**TABELA A4:** Quantidade e percentual dos pacientes cirróticos internados na FSCMPA segundo motivo da internação no período de 2005 a 2010 - Belém-PA.

<b>COMPLICAÇÃO DA INTERNAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>%</b>
Ascite	1	1.92
Ascite+ encefalite hepática+hipertemia	1	1.92
Ascite+encefalite hepática+colúria	1	1.92
Ascite+encefalite hepática+esplenomegalia	1	1.92
Ascite+encefalite hepática+astenia	1	1.92
Ascite+hematequizia+icterícia	1	1.92
Ascite+hipertemia	1	1.92
Ascite+edema+hematequizia	1	1.92
Ascite+dor abdominal	1	1.92
Ascite+anorexia+edema	1	1.92
Ascite+icterícia	1	1.92
Ascite+dispnéia+dor precordial	1	1.92
Ascite+astenia+encefalite hepática	1	1.92
Astenia+disfagia+plenitude gástrica	1	1.92
Astenia+disfagia+icterícia	1	1.92
Astenia+hipertemia	1	1.92
Astenia+edema+hipoxemia	1	1.92
Astenia+emagrecimento	1	1.92
Astenia+fraqueza	1	1.92
Astenia+encefalite hepática	1	1.92
Astenia+icterícia+anorexia	1	1.92
Anasarca+oligúria	1	1.92
Anorexia	1	1.92
Anorexia+dor abdominal+icterícia	1	1.92
Alteração visual	1	1.92
Câimbra	1	1.92
Colúria	1	1.92
Coagulopatia+icterícia+insuficiência renal	1	1.92
Colúria+hipertensa	2	3.85
Dispnéia	2	3.85
Dispnéia+Insuficiência respiratória Aguda	1	1.92
Dispnéia+hepatoesplenomegalia	2	3.85
Dispnéia+anorexia	1	1.92
Dispnéia+Insuficiência renal	1	1.92
Dispnéia+dor abdominal	1	1.92
Desconforto abdominal+diarreia	1	1.92
Desconforto abdominal	2	3.85
Dor abdominal	2	3.85
Dor epigástrica	2	3.85
Disúria	1	1.92
Edema	2	3.85
Edema+dispneia	2	3.85
Edema+icterícia	1	1.92
Edema+oligúria+plenitude gástrica	1	1.92
Encefalite hepática+Peritonite bac. Espontânea	2	3.85
Encefalite hepática+dispneia	2	3.85
Encefalite hepática+alteração visual	2	3.85
Encefalite hepática+Síndrome hepatorenal	1	1.92
Encefalite hepática+anorexia	1	1.92
Encefalite hepática+emagrecimento	1	1.92
Encefalite hepática+anúria	2	3.85
Encefalite hepática+hem.digestiva alta	1	1.92
Encefalite hepática+hepatomegalite	1	1.92
Edema+icterícia+diarreia	1	1.92
Encefalite hepática+oligúria+anúria	1	1.92

**TABELA A4:** Quantidade e percentual dos pacientes cirróticos internados na FSCMPA segundo a complicação da internação no período de 2005 a 2010 - Belém-PA. *continuação*

<b>COMPLICAÇÃO DA INTERNAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>%</b>
Encefalite hepática+PBE+hipotensão	1	1.00
Encefalite hepática+leucócito+anemia	1	1.00
Encefalite hepática+dispnéia+anemia	1	1.00
Encefalite hepática+hem.dig. Alta+hematequizia	1	1.00
Encefalite hepática+dispnéia	1	1.00
Encefalite hepática+edema+anorexia	1	1.00
Encefalite hepática+insuficiência renal	1	1.00
Hemorragia digestiva alta	1	1.00
Hemorragia digestiva alta+icterícia	1	1.00
Hematequizia+plenitude gástrica	1	1.00
Hemoptise+hepatomegalia	1	1.00
Hepatomegalia	1	1.00
Hipertensa+icterícia	1	1.00
Hipertermia	5	5.00
Hipoxemia	1	1.00
Hipertensão portal+Ins. renal+pneumonia	1	1.00
Hipertensão porta+plenitude gástrica	1	1.00
Hipertensão arterial	1	1.00
Plenitude gástrica	2	2.00
Peritonite bac. espontânea+icterícia	4	4.00
Plenitude gastrica+oligúria	1	1.00
Peritonite bac. espontânea	1	1.00
Peritonite bac. espontânea+dispnéia	1	1.00
Pneumonia+oligúria+plaquetopenia	1	1.00
Síndrome hepatopulmona+SHR	1	1.00
Síndrome hepatorenal+dispnéia	1	1.00
Oligúria	1	1.00
Ortopnéia+Resp. CHYNE STORES	1	1.00
Infecção do trato urinário+pneumonia	1	1.00
Não se aplica	51	51.00
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

**FONTE:** (FSCMPA), março/2012