

Revista Médica

Ano XVI, Nº 35, Julho - Dezembro de 2004

ÍNDICE

Instruções aos Autores 07

Artigo Original

Auditoria: implante de Prótese Valvar em mulheres atendidas pelo SUS em Hospital de grande porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul 07
Deloni dos Santos & Fernanda Eloisa Damiani.

Prevalência da Síndrome de Eagle na Faculdade de Odontologia da UPF 12
Gisele Rovani, Mateus Ericson Flores, Melissa Feres Damian, Ferdinando de Conto

Freqüência do Vírus da Hepatite C na região de abrangência do Hemopasso – Hemocentro Regional de Passo Fundo (RS) 15
Janaina Lemos & Sérgio Augusto Benvegnú

Efeito do Hypericum perforatum LINNÉ em ratas wistar tratadas durante o período fetal no comportamento materno e no desenvolvimento neuromotor e comportamental da prole 19
Simone Manfro de Aguiar & Mara Regina Calliari-Martin.

Efeito da Metformina sobre músculo desnervado: abordagem histo-fisiológica em ratos 23
Ana Cristina Giacomini, Fernando Giacomini, Maristela Siviero, Rodrigo Iorczeski, Scheila Possebon.

Artigo de Revisão

Hiperidrose 29
Saulo C. Martins Fº & Rafael D. Annes

Artigo Especial

O Estresse e a Qualidade de Vida no Trabalho da Enfermagem em Instituição Hospitalar 34
Erika Boller

Relato de Caso

Coroideremia 37
Jeferson Polachini Skzypek, Fábio Vaccaro, Antônio Vaccaro Filho, Cristine Sarturi Mezzomo, Júlio Cesar Zanini, Paulo Roberto Marques Jr., Felipe Massignan, Odair Comin.

Linfoma Não-Hodgkin tipo Baixo Grau: apresentação com Linfadenopatia Generalizada 40
Jeanine Eggers Caramori, Luciane Miozzo, Denise Ramos de Almeida e Camila Lammel.

Tuberculose Peritoneal 45
Glauca Sarturi Três, Wagnes Borges Francheschi, Cristine Sarturi Mezzomo, Jeferson Polachini Skzypek, Paulo Roberto Marques Júnior, Júlio César Zanini, Felipe Massignan.

Leiomiossarcoma Hepático Gigante 48
Claudio A. Sallet, Cristine S. Mezzomo, Douglas P. Uggeri, Fabiano Daniluk, Jeferson P. Skzypek, Júlio C. Zanini, Lucas D. Schmidt, Paulo R. Marques Jr., Rubens Rodriguez.

A Revista Médica do Hospital São Vicente de Paulo publica artigos enviados espontaneamente ou por solicitação e aprovados pela Editoria Científica que expressam, prioritariamente, a produção científica na área de saúde em nosso meio. Estrutura suas edições com conteúdos de aplicação prática e de utilidade na rotina diária da maioria dos que a recebem, além de conteúdos científicos que sejam relevantes e relacionados. O aceite subentende a publicação exclusiva do artigo neste periódico. As afirmações contidas nos trabalhos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

As normas editoriais da Revista Médica seguem as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *N Engl J Med* 1997; 336:309-315). Também, podem ser obtidas na Internet (<http://www.acponline.org>).

Os trabalhos deverão ser digitados em um editor de textos eletrônico (preferencialmente Word), dispensando-se formatação. Deverá ser enviada cópia impressa e em disquete 3^{1/2"}. Os disquetes não serão devolvidos. Os autores devem manter cópias de todo material enviado (inclusive fotos e figuras). Os artigos enviados deverão, obrigatoriamente, incluir os seguintes itens:

• **Página Título:** deverá conter título conciso e informativo; primeiro nome e sobrenome principal por extenso, com inicial de sobrenome secundário dos autores; instituição onde se realizou o trabalho (não deve constar a titulação dos autores); nome de um autor com endereço e telefone para correspondência.

• **Resumo e Summary:** o resumo deverá ser apresentado em único parágrafo de não mais que 150 palavras, devendo ser informativo, trazendo, nos artigos originais, o objetivo, a metodologia, os resultados e as conclusões, enfatizando aspectos novos e importantes. O summary deverá ser uma tradução do resumo para a língua inglesa, devendo trazer também o título do trabalho e os unitermos em inglês.

• **Unitermos:** fornecer ao final do resumo uma lista de 3 a 10 palavras ou frases curtas, que identifiquem os temas revisados com vistas à indexação. Procurar utilizar termos listados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), editado anualmente pela BIREME/OPAS/OMS, São Paulo.

Os trabalhos que não se ajustem a estas diretrizes não serão aceitos.

Observar a redação e organização dos artigos conforme padrão da revista, como segue:

Artigo Original: organização com Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Referências. Evitar parágrafos muito curtos (2 ou 3 linhas) e procurar reunir uma linha de pensamento em um único parágrafo.

Artigo de Revisão: organização com Introdução, Discussão, Conclusões e Referências.

Relato de Caso: breve Introdução, Relato do Caso, Comentários e Conclusões e Referências.

Referências Bibliográficas: trabalhos publicados citados no texto deverão ser numerados, uma referência para cada número, ordenados conforme ordem de aparecimento no texto.

Os seguintes modelos devem ser adotados:

Referências de Revistas:

Palma L A S, Pilau J, Borges F G, Eickhoff C M. Pneumopatia por Fármacos. *Rev Médica HSVP* 1999; 11(24): 65-68.

O nome do periódico deve ser abreviado segundo a edição do List of Journals do Index Medicus (publicado anualmente na edição de janeiro do Index Medicus) ou segundo o Index Medicus Latino-Americano.

Referências de Resumos:

Coleman RJ. Current drug therapy for Parkinson disease -a review (resumo ou "abstract"). *Drugs Ag* 1992; 2(2): 112-24.

Quando não publicado em periódico: publicação. Cidade em que foi publicado: publicadora, ano, página(s).

Referência de Livros:

Gilman AG, Rall TW, Nies AS & Taylor P. *Pharmacological Basis of Therapeutics*. 8th ed. USA: Pergamon, 1990.

Referências de Capítulos de Livros:

Brow, AC. Pain and Itch. In: Patton HD, Fuchs AF, Hille B, Scheram AM & Steiner R (Eds) - *Textbook of Physiology*. 21st ed. USA: WB Saunders Company, 1989; 1(16): 346-64.

Quando existir mais de um volume, deverá ser referido imediatamente antes do número do capítulo, que ficará entre parênteses (exemplo acima).

Comunicações pessoais:

Só devem ser mencionadas no texto, entre parênteses.

Tabelas: algarismos arábicos deverão ser usados para a numeração das tabelas, na ordem de aparecimento no texto. Cada tabela deverá ter um rodapé breve. Não utilizar linhas horizontais e/ou verticais dentro das tabelas. As tabelas não deverão duplicar o material do texto ou das ilustrações.

Ilustrações: deverão ser referidas como Figuras e, para a numeração, deverão ser usados algarismos arábicos na ordem de aparecimento do texto. As figuras deverão ser desenhadas ou fotografadas de modo profissional, como aparecerão na Revista. As legendas contendo título e explicações para as Figuras deverão ser apresentadas em uma folha separada.

Cada figura deverá ser impressa de forma que a imagem fique clara. Atrás das figuras deverá ser escrito a lápis ou em etiqueta adesiva o nome do primeiro autor, o título reduzido, uma seta indicando a posição correta e o número da figura.

Agradecimentos: indivíduos ou instituições que contribuíram significativamente ao preparo do trabalho são identificados nesta seção.

OBS.: A Editoria Científica da revista reserva-se o direito de adotar medidas para aprimorar o conteúdo, estrutura e redação dos artigos.

Auditoria: implante de Prótese Valvar em mulheres atendidas pelo SUS em Hospital de grande porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul

Deloni dos Santos¹ & Fernanda Eloisa Damiani².

Serviço de Enfermagem do Centro de Atendimento Integrado à Saúde Luiz Augusto Hexsel (Rede Pública Municipal)¹ e Serviço de Enfermagem do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes², Passo Fundo(RS).

Resumo

Este trabalho teve como objetivo “analisar o número de implantes de prótese-valvar” em pacientes do sexo feminino e que foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no centro cirúrgico cardiológico de um hospital de grande porte do interior do RS. Os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2002, diretamente pelas pesquisadoras, no banco de dados do hospital, sendo analisados idade, procedência, tipo de prótese utilizada na cirurgia, tempo de internação pós-operatório e número de óbitos. Verificou-se que este tipo de cirurgia cardíaca é largamente realizado no ano. Se o Sistema Único de Saúde, direito de todo cidadão, não existisse, supõe-se que, para essas pessoas, a cirurgia seria adiada ou não realizada. O SUS é a opção de acesso aos atendimentos médico-hospitalares da grande maioria da população brasileira.

Unitermos: Auditoria, Cirurgia Cardíaca, Assistência à Saúde.

Vista como profissão especializada, a auditoria tem evoluído muito nos últimos anos, com conhecimentos em todos os campos que envolvem direta ou indiretamente a contabilidade e os outros setores de uma empresa. Com isso, a auditoria não se restringe somente aos fatores sob controle da contabilidade, mas também aos diversos segmentos da empresa que geram dados para a contabilidade. Os fatores externos que influenciam também fazem parte destes dados.

A realidade da assistência à saúde no Brasil, suas deficiências, falta de qualidade, profissionais mal remunerados, inúmeros planos de saúde, várias alternativas de assistência médica, fizeram surgir a necessidade de se aferir execução, medir os valores cobrados bem como melhorar a qualidade da assistência.

Assim, a auditoria encarregou-se de cuidar da qualidade da assistência médico-hospitalar, dos planos de saúde, do paciente, dos materiais e medicamentos utilizados, do financeiro, dos recursos humanos, enfim, de toda a empresa na sua totalidade. Segundo Ferreira¹, auditoria é “o exame analítico e pericial que segue o desenvolvimento das operações contábeis, desde o início até o balanço”.

Essa definição é usada quando referimo-nos à Auditoria Externa clássica, realizada em algumas empresas,

por imposição legal. Já segundo o Instituto de Auditoria Interna do Brasil – AUDIBRA: “A auditoria interna é uma função de avaliação independente, criada dentro da organização, para examinar e avaliar suas atividades, como um serviço a essa mesma organização”.

Para se manter o controle administrativo, a auditoria destaca fatos e informações originados dos diversos segmentos da empresa, e a contabilidade possui conexão com os modernos sistemas de auditoria com a finalidade de avaliar as informações contábeis, para que sejam confiáveis e seguras.

Segundo Attie² “a auditoria é uma especialização contábil voltada a testar a eficiência e eficácia do controle patrimonial implantado com o objetivo de expressar uma opinião sobre determinado dado”. Uma auditoria engloba a verificação documental, os livros, registros controladores, as evidências das informações internas ou externas que estejam relacionadas com o controle do patrimônio da empresa e com a exatidão dos registros e demonstrações deles decorrentes. Os exames obedecem às normas de auditoria e incluem a comprovação dos dados em estudo².

O auditor planeja seu trabalho de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade e de acordo com os prazos e demais compromissos contratualmente assumidos

com a entidade. O planejamento pressupõe adequado nível de conhecimento sobre o ramo de atividade, negócios e práticas operacionais da entidade e deve considerar todos os fatores relevantes na execução dos trabalhos, dentre os quais:

- O conhecimento detalhado do sistema contábil e de controles internos da entidade e seu grau de confiabilidade;
- Os riscos de auditoria;
- A natureza, oportunidade e extensão dos procedimentos de auditoria a serem aplicados;
- A existência de entidades associadas, filiais e partes relacionadas; e
- O uso dos trabalhos de outros auditores independentes, especialistas e auditores internos².

O auditor aplica os procedimentos de auditoria adequados a cada caso, para que se obtenha as provas materiais ou informações satisfatórias, comprobatórias dos fatos investigados.

Esta "auditoria" foi sobre cirurgias cardíacas realizadas pelo SUS em um hospital de grande porte, tornando-se, portanto, necessário fazer-se um breve estudo sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de se compreender a legislação que ampara este sistema público.

O Sistema Único de Saúde está consolidado na Constituição Federal de 1988, sendo um direito do cidadão brasileiro, assegurando-lhe o atendimento universal, igualitário e integral, quando houver necessidade, sem custos ao usuário³.

O processo de descentralização das ações e serviços de saúde iniciou na década de 70 e teve continuidade na década de 80, com as ações integradas de saúde (AIS) e, em seguida, com o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS).

Em 1990, o SUDS passou a se chamar SUS, e foi aprovada a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8080), que estabelece no segundo artigo de seu primeiro parágrafo:

Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; promover assistência a pessoas por intermédio de ações de proteção, promoção e recuperação da saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas³.

O SUS agrega todos os serviços estatais (esferas federal, estadual e municipal) e os serviços privados (desde que conveniados ou contratados, com prioridade para entidades filantrópicas). Os municípios possuem competência para planejar, organizar, controlar e avaliar, gerir e executar as ações e serviços públicos de saúde. Os estados prestam apoio técnico e financeiro aos municípios e executam, supletivamente, as ações e serviços de saúde (Brasil, Lei Orgânica da saúde: lei nº 8080, 1990).

Em 1977, ocorreu a IV Reunião de Ministros de Saúde das Américas e na Reunião de Alma-Ata foram elaboradas as Estratégias e o Plano de Ação para alcançar a saúde para todos no ano 2000 (SPT/2000), com adoção da atenção primária à saúde, e a diminuição das desigualdades de acesso ao sistema de saúde que afeta toda a população que se serve desse sistema .

Lei 8080, Art.284- A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurar mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem a prevenção de doenças físicas e mentais, e outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações de saúde e a soberana liberdade de escolha dos serviços, quando esses constituírem ou complementarem o sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, guardada e regionalização para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 285- As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita com prioridade, diretamente ou através de terceiros, preferencialmente por entidades filantrópicas e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado⁴.

A atenção à saúde, compreende três campos:

- a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas à pessoa, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar.
- b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e às condições sanitárias nos ambientes de vida e trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesse , as normalizações, as fiscalizações e outros);
- c) o da política externa ao setor saúde , que interfere nos determinantes sociais do processo saúde/doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Nesses três campos situam-se as ações compreendidas nos níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, aos quais deve-se sempre priorizar o caráter preventivo³.

Diante da situação social, política e econômica atual em nosso país, é enorme o acesso da clientela ao SUS em busca de saúde. O SUS atende sob a perspectiva de humanizar e acolher a todos que procuram o serviço, com alternativas de atenção, dentro de cada área, sempre que o usuário sentir necessidade.

Breve histórico da cirurgia cardíaca

As primeiras tentativas de tratamento cirúrgico das valvopatias foram conservadoras, realizadas no início do século XX, bem antes do advento da circulação extracorpórea⁵. Muitos procedimentos cirúrgicos cardíacos são possíveis em virtude de derivação cardiopulmonar (circulação extracorpórea). O procedimento oferece ao organismo uma forma mecânica de circulação e oxigenação sanguínea "contornando" o coração e os pulmões.

A derivação cardiopulmonar mantém a circulação sanguínea e a perfusão tecidual, enquanto o paciente é submetido à cirurgia cardíaca, oxigenando o sangue e

regulando a temperatura, ao mesmo tempo em que proporciona ao cirurgião “coração sem sangue” durante a cirurgia⁶.

- As cirurgias conservadoras são realizadas em pacientes com lesões valvares de etiologia congênita, reumática, degenerativas, tais como a degeneração mixomatosa da valva mitral e valvulite aórtica calcificada.
- Tratamento cirúrgico conservador da insuficiência mitral ou dupla lesão mitral – plástica da valva mitral.
- Tratamento cirúrgico conservador da valva tricúspide.
- Tratamento cirúrgico conservador da valva aórtica.
- Insuficiência aórtica – dupla lesão aórtica.

Cirurgia Cardíaca Estrutural

Reposição Valvular:

A reposição valvular é realizada em caso de estenose ou regurgitação, quando a valvuloplastia não é uma alternativa. Podem ser utilizadas próteses mecânicas, xenoenxertos e hemoenxertos. A súbita mudança hemodinâmica, bem como a cirurgia, expõe o paciente ao risco de inúmeras complicações pós-operatórias, tais como hemorragia, tromboembolia, infecção, insuficiência cardíaca congestiva, hipotensão, arritmias, hemólise ou obstrução mecânica.

Dependendo do tipo de cirurgia cardíaca, e da evolução pós-operatória, o paciente poderá receber a alta hospitalar em 5 a 10 dias após a cirurgia. Mesmo ansioso em retornar para casa, geralmente o paciente e familiares têm apreensões sobre essa transição. Às vezes a família expressa medo, despreparo e incapacidade para cuidar do paciente no domicílio. O paciente submetido a tal cirurgia torna-se frustrado quando procura reassumir suas atividades normais e aprender as formas de autocuidado no lar. É necessário, portanto, orientação, para que o familiar e paciente assumam a responsabilidade de assegurar que o regime pós-operatório prescrito será seguido.

Delimitadas algumas inquietações, os objetivos foram tornando-se mais claros; como objetivo geral, investigar o número de próteses cardíacas implantadas em pacientes do sexo feminino no ano de 2002; e, como objetivos específicos, conhecer a procedência, idade e tipo/marca de prótese utilizada, bem como identificar o tempo de permanência hospitalar no pós-operatório e óbitos.

MÉTODO

A pesquisa apresenta um conjunto de dados que se complementam no sentido de melhor articular as informações adquiridas com a análise e a interpretação que deles fazemos. O período de realização das cirurgias de implante de prótese valvar foi o ano de 2002, o qual é o objeto de estudo e constituiu o espaço de investigação.

Os dados referentes às cirurgias cardíacas foram buscados e fornecidos nos setores administrativos, arquivo, estatística, faturamento e através de busca no prontuário de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Ao selecionar e ordenar os dados obtidos no hospital,

tornou-se possível extrair deles elementos necessários à investigação do tema Implante de prótese valvar em pacientes femininas submetidas à cirurgia, neste hospital, utilizando o método “análise temática” de Minayo⁹ e Lakatos e Marconi¹⁰.

A quantidade de dados coletados significou transformá-los em tabelas, em dados numéricos, para além disso, tornar-se possível analisar o processo de implantação de próteses valvulares realizadas no período de 2002, tomando como base à prática de uma das pesquisadoras como enfermeira-chefe do centro cirúrgico cardiológico da instituição no período de realização da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A auditoria realizada baseou-se em 95 pacientes do sexo feminino que utilizaram o SUS para cirurgia cardíaca. As tabelas a seguir referem a idade, procedência, tipo de prótese utilizada, mês de ocorrência, dias de internação.

Idade	Frequência	Porcentagem
15 – 20 anos	3	3,15%
20 – 25 anos	1	1,05%
30 – 35 anos	3	3,15%
35 – 40 anos	8	8,42%
40 – 45 anos	9	9,47%
45 – 50 anos	8	8,42%
50 – 55 anos	9	9,47%
50 – 60 anos	17	17,89%
60 - 65 anos	11	11,60%
65 ou + anos	26	27,37%
Total	95	100,0%

Tabela 1. Idade das pacientes submetidas à cirurgia cardíaca.

A faixa etária onde há maior número de pacientes submetidas à implantação de prótese valvar é a acima de 65 anos, totalizando 28 pacientes. Em segundo lugar a faixa etária abrange as mulheres com idade entre 55 e 60 anos, totalizando 17 pacientes. Isso demonstra, conforme a literatura apontada, que a partir dos 45 anos de idade e, principalmente, após a menopausa, é quando ocorre a maioria dos casos de problemas cardíacos.

Procedência	Frequência	Porcentagem
Passo Fundo(RS)	12	12,7%
Municípios vizinhos até 300 Km de distância	41	43,1%
Municípios distantes mais de 300 Km	20	21,05%
Estado de SC	21	22,10%
Outros Estados	1	1,05%
Total	95	100,0%

Tabela 2. Procedência das pacientes femininas.

Os dados da tabela demonstram que o maior número de pacientes é proveniente de municípios vizinhos e do Estado de Santa Catarina, significando a importância da cidade de Passo Fundo como centro de referência para a população dessas regiões do Rio Grande do Sul e do Estado de Santa Catarina.

Mês de Ocorrência	Frequência	Porcentagem
Janeiro	6	6,31%
Fevereiro	4	4,2%
Março	6	6,3%
Abril	4	4,2%
Maio	6	6,31%
Junho	8	8,42%
Julho	11	11,6%
Agosto	12	12,6%
Setembro	9	9,47%
Outubro	8	8,42%
Novembro	10	10,52%
Dezembro	11	11,6%
Total	95	100,0%

Tabela 3. Mês de ocorrência das cirurgias cardíacas no período de 2002

Observamos, na tabela 3, uma distribuição semelhante entre os meses, sendo os meses de fevereiro e abril os de menor frequência, porque estão relacionados com o período de férias dos profissionais da área médica.

Dias de Internação	Frequência	Porcentagem
05 – 10 dias	33	34,7%
10 – 15 dias	30	31,6%
15 – 20 dias	19	20,0%
20 – 25 dias	2	2,1%
25 – 30 dias	2	2,1%
30 ou + dias	2	2,1%
Óbitos	7	7,4%
Total	95	100,0%

Tabela 4. Dias de internação das pacientes submetidas a implante valvar

A média de internação, segundo a literatura, é de cinco a dez dias. Verificou-se que nas pacientes pesquisadas os dados confirmaram; porém há um número expressivo de pacientes que permaneceram hospitalizadas entre dez e quinze dias.

CONCLUSÃO

A doença cardíaca tornou-se a maior causa isolada de mortalidade em países industrializados e já é uma preocupação dos países em desenvolvimento. Através de sofisticados exames, que permitem o diagnóstico precoce e mais acurado, o tratamento pode iniciar-se muito antes da ocorrência de debilitação significativa. Novas tecnologias de tratamento, cirúrgicas e farmacoterápicas, estão sendo desenvolvidas rapidamente e com margem de segurança.

Mas, até então nenhuma intervenção terapêutica tenha contribuído tanto, como a cirurgia cardíaca de implante de prótese valvar para a melhora na qualidade de vida do paciente portador de doença cardíaca valvar.

A auditoria, por sua vez, pelo trabalho de investigação e análise, vem contribuindo significativamente para o desenvolvimento interno e externo das empresas, para que estas obtenham lucros e não déficits. Esse trabalho envolve uma equipe coordenada por pessoas experientes, com habilidades específicas e outras em processo de aprendizado no ramo auditado ou iniciantes da carreira.

A auditoria tem grande valia como instrumento administrativo. O auditor inicia seu trabalho pela análise do controle interno. A existência de deficiências determina a quantidade de exames a realizar. A não padronização de procedimentos demonstra as deficiências existentes em uma empresa. Visando implantar normas para o controle de patrimônio, administrativo e de procedimentos, as empresas vêm adotando auditoria interna como instrumento de avaliação e controle.

Com base nos dados pesquisados, a auditoria realizada no bloco cirúrgico cardiológico do hospital, demonstra que as cirurgias são de altíssimo custo, e que as constantes exclusão e inclusão de materiais de órtese e prótese nas tabelas de compatibilidade, dos procedimentos realizados pelo SUS, trazem a necessidade de um maior controle dos gastos hospitalares nestas cirurgias, bem como dos materiais solicitados e utilizados pelos profissionais. As frequentes mudanças nas tabelas exigem do profissional

enfermeiro do centro cirúrgico a administração criteriosa dos materiais utilizados, o que inclui a cobrança destes na conta hospitalar. Assegurando ao hospital condições de prestar o serviço aos usuários do SUS pelos valores repassados por este.

A cirurgia cardíaca foi largamente realizada no ano de 2002. A maioria das pacientes é usuária do SUS e submete-se a uma lista de requisitos e a um atendimento em enfermarias de 4 a 6 leitos. Se este procedimento não constasse nas tabelas do Sistema Único de Saúde, devido ao alto custo do procedimento e complexidade, pensamos que, para essas pacientes, a cirurgia seria adiada ou não realizada.

Os dados também mostraram que essas pacientes são, na sua maioria, procedentes de municípios vizinhos, da

região norte do Rio Grande do Sul e do Estado de Santa Catarina. Fica evidente que o município de Passo Fundo – RS, torna-se pólo técnico-científico nessa região e um referencial de atendimento.

A atuação do enfermeiro auditor passa a ser uma necessidade indispensável aos setores que realizam procedimentos utilizando materiais de alto custo. A não cobrança de materiais nas contas hospitalares e/ou erros de cobrança poderão dificultar ainda mais a situação financeira dos hospitais que atendem os pacientes pelos valores repassados pelo SUS.

É através do cotidiano que se trabalha a realidade e seus problemas, com o intuito de se criar o novo em defesa da saúde, como direito humano universal e com condições de acesso aos serviços em busca da defesa da vida com dignidade.

Summary

AUDIT ABOUT IMPLANTATION OF VALVAR IN PATIENTS ATTENDED BY SUS

The object of this research was “to analyse the number of valvar prosthesis implantation of any valve” realized in female patients assisted by the System of Health in the Brazil (SUS) in the cardiac surgery center of a big hospital in RS. The data were collected between january and december, 2002 directly by the researchers in the hospital database. It was analysed the age, origin, kind of prosthesis used in the surgery, time of internment and death number. It has been analysed, after the research, that this type of surgery is broadly accomplished during the year. If the “SUS”, right of all the citizens, wouldn’t exist, it is assumed that for the these people the surgery would be postponed or not accomplished. “SUS” is the access option for medical assistance for the greatest part of the population.

Uniterms: Audit, Cardiac Surgery, Health Assistance.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira, Aurélio B. de H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
2. Attie, William. *Auditoria: conceitos e aplicações*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1998.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Conasems. *Constituição Federal – Seção II, Lei Orgânica da Saúde, nº 8080, Lei nº 8.142*. Publicações Técnicas, nº 2 Porto alegre, 1990.
4. Cosems- RJ. Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Manual do Gestor SUS*. Ed. Lidador Ltda. Rio de Janeiro, 1997.
5. Sant’Anna, João Ricardo M.; Lucchese, Fernando A. Circulação extracorpórea: assistência mecânica à circulação, medidas de preservação miocárdica. In: *Cardiologia/organização - SOCESP*. São Paulo: Atheneu, 1996.
6. Sneltzer, Suzanne C.; Bare, Brenda G. Brunner/Suddarth. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 7 ed. Rio de Janeiro: Koogan, 1994.
7. Pomerantzeff et al. Tratamento cirúrgico conservador das valvopatias. In: *Cardiologia/organização - SOCESP*. São Paulo: Atheneu, 1996.
8. Meltzer, Lawrence E. *Enfermagem na unidade coronária: bases, treinamento, prática*. São Paulo: Atheneu, 2000.
9. Minayo, Maria C. de. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
10. Lakatos, Eva M.; Marconi, Marina de A. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 1988.
11. Loverdos, Adrianos. *Auditoria e análise de contas médico-hospitalares*. São Paulo: STS, 1999.

Prevalência da Síndrome de Eagle na Faculdade de Odontologia da UPF

Gisele Rovani¹, Mateus Ericson Flores¹, Melissa Feres Damian¹, Ferdinando de Conto^{1,2}.
Faculdade de Odontologia, Universidade de Passo Fundo (RS)¹ e
Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo (RS)².

Resumo

A síndrome de Eagle também conhecida como síndrome do processo estilóide alongado, pode ser uma das causas das dores cervicais e crânio-faciais; os sintomas podem ainda serem confundidos com nevralgias faciais ou disfunções da ATM. A sintomatologia não chega ser específica para a síndrome, mas dependente de exame clínico completo e de achados em radiografias panorâmicas.

Unitermos: Síncopa, Ligamento, Hióide.

Usualmente o paciente queixa-se de dificuldades de engolir e mastigar (dor na região da articulação temporomandibular, sialorréia, otalgia, cefaléia, tontura, dor ao girar a cabeça e até mesmo simular odotalgias¹. A palpação digital do processo estilóide deve ser realizada na fossa tonsilar onde haverá a exacerbação da sintomatologia.

Na radiografia panorâmica ou lateral oblíqua da mandíbula observa-se mineralização do complexo do ligamento estilo-hioideo completo ou incompleto, uni ou bilateral². O diagnóstico diferencial inclui próteses dentárias mal adaptadas, enxaqueca, artrite e enfermidades da ATM, nevralgia glossofaríngea^{3,4}.

O ligamento estilo-hioideo é uma faixa de tecido conjuntivo que está conectado a extremidade livre do processo estilóide até o osso hióide. A mineralização recebe duas classificações: pelo tipo de processo (alongado, pseudoarticular e segmentado) e pelo padrão de mineralização (homogêneo, externo, nodular e parcial); pode ainda ser uni ou bilateral. As causas dessa calcificação têm várias teorias. Balbuena et al¹ em 1997, concluíram que a mineralização pode ter ocorrido por metaplasia histológica a partir das células do periosteio na base da inserção do ligamento do osso temporal. Também os autores atribuem a dor devido à compressão nervosa pela presença de fibrose pós tonsilectomia.

Para Resnick⁵, 1995, a síndrome de Eagle pode estar associada a DISH (*Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostose*), na qual as calcificações, além do ligamento estilóide, também acometem outras regiões do corpo como a articulação do ombro, joelho, coluna cervical (excrescências ósseas entre a C4 a C7).

O tratamento indicado para os casos de maior severidade sintomatológica é a remoção cirúrgica do

processo calcificado ou então a injeção de corticóide abaixo da fossa tonsilar causando alívio da sintomatologia^{1,2,6}.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisadas 4.012 radiografias panorâmicas realizadas no aparelho Ortophos-Siemens dos pacientes agendados para o exame de triagem na Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, durante 3 anos (1999 a 2001), buscando a prevalência da calcificação do ligamento estilo-hióide entre os sexos e a faixa etária de distribuição.

As radiografias que possuem ligamento estilo-hioideo calcificado classificou-se conforme os tipos de processo e padrão de mineralização segundo preconizado por Watanabe et al². A sintomatologia foi coletada a partir dos prontuários da anamnese, preenchidos durante o exame clínico do paciente, que respondem sobre tontura, desmaio, dores faciais ou na ATM, cefaléia, que estão relacionados com a síndrome.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 4.012 radiografias examinadas, encontrou-se 242 com ligamento estilo-hioideo calcificado, que foram separadas pelo gênero (tabela 1).

	População Total	Amostra com Ligamento Calcificado
feminino	2.297	149 (6,5 %)
masculino	1.715	93 (5,4 %)
total	4.012	242 (6 %)

Tabela 1.

A calcificação do ligamento estilo-hioideo ocorre em 6 % da população e é ligeiramente mais frequente no sexo feminino; também, pode ser encontrada na segunda década; a idade mais precocemente encontrada foi de 15 anos, em ambos os sexos, mostrando que a puberdade pode revelar um possível candidato ao desenvolvimento da síndrome.

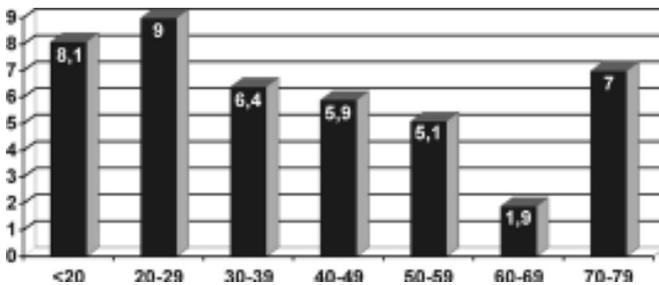


Gráfico 1. Prevalência de calcificação do ligamento estilo-hioideo em relação ao sexo feminino e faixa etária. (Passo Fundo, 2002).

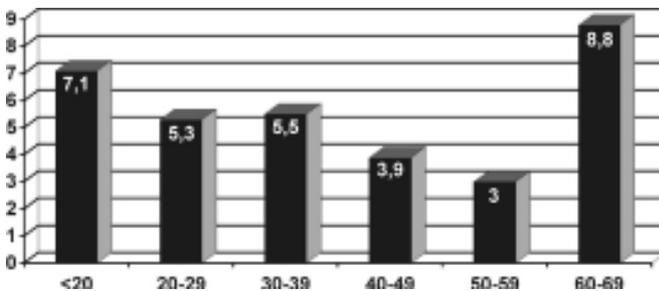


Gráfico 2. Prevalência de calcificação do ligamento estilo-hioideo em relação ao sexo masculino e faixa etária. (Passo Fundo, 2002).

	Externo	Homogêneo	Parcial	Nodular	Total
Total	40 (16,5%)	196 (81%)	3 (1,2%)	3 (1,2%)	242

Tabela 2. Resultado do padrão de mineralização encontrado. (Passo Fundo, 2002).

	Alongado	Pseudoarticular	Segmentado	Total
Total	140 (58%)	70 (29%)	32 (13,2%)	242

Tabela 3. Resultado do tipo de processo encontrado. (Passo Fundo, 2002).

	Dor na ATM	Tontura	Desmaio	Cefaléia
Feminino	5 (3,4 8%)	39 (26,2 %)	3 (2 %)	2 (1,3%)
Masculino	4 (4,3 %)	19 (20,4 %)	3 (3,2 %)	0
Total	9 (3,7 %)	58 (24 %)	6 (2,5 %)	2 (0,8 %)

Tabela 4. Sintomatologia encontrada nos pacientes com ligamento calcificado (Passo Fundo, 2002).

Em relação a sintomatologia, em 3,7% dos pacientes com calcificação foi encontrado dor na ATM, sendo que todos possuíam mortalidade dentária, podendo-se relacionar esse sintoma com desequilíbrios oclusais. Porém, dos 2,5 % que relataram desmaios e 24 % que sofriam de tontura, a maioria possuía calcificação bilateral e do tipo alongado, isto é, a calcificação era contínua, sem interrupções anatômicas; portanto, indivíduos que relatam desmaios ou tonturas sem

causa sistêmica ou neurológica devem ser investigados quanto a presença de mineralização total do ligamento estilo-hioideo.

Dos 102 pacientes que foram encontrados o tipo de processo pseudoarticular e segmentado, apenas 4 (3,9 %) possuíam tontura ou desmaios, sendo a maioria assintomático podendo-se então associar a presença de interrupções na calcificação do ligamento com alguma mobilidade ligamentar, o que não causaria compressão extrínseca à artéria carótida ou outras terminações nervosas locais.



Figura 1. Radiografia panorâmica mostrando calcificação do ligamento estilo-hioideo do tipo alongado e mineralização homogênea.

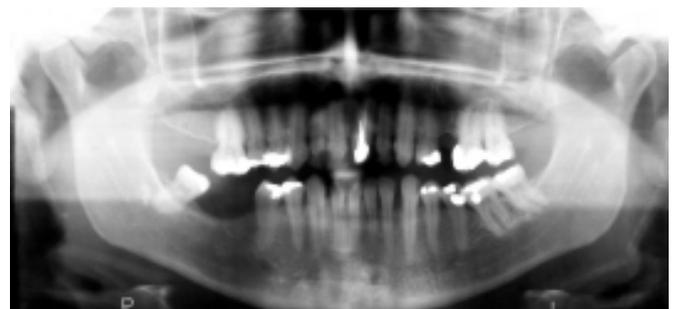


Figura 2. Radiografia panorâmica mostrando calcificação do ligamento estilo-hioideo do tipo pseudoarticular e mineralização homogênea.



Figura 3. Radiografia panorâmica mostrando calcificação do ligamento estilo-hioideo do tipo segmentado e mineralização homogênea.

CONCLUSÃO

A presença de ligamento estilo-hioideo do tipo alongado pode provocar maior prevalência de tontura e desmaio nos pacientes.

As pessoas que possuem o ligamento estilo-hioideo com calcificação do tipo pseudoarticular e segmentado mostraram reduzida sintomatologia da síndrome de Eagle.

Summary

EAGLE SYNDROME PREVALENCE IN DENTISTRY FACULTY OF PASSO FUNDO UNIVERSITY(RS)-BRAZIL.

The eagle syndrome as knowleged alongated stiloid proess syndrome; causa cervical pain and cranio-facial pain; the syndrome are confused with facial neuralgias and temporo-mandibular. Joint disfunctions. Is necessary complete clinical exam and panoramic radiograms.

Uniterms: Syncope, Ligament, Hyoid bone.

REFERÊNCIA

1. Balbuena L, et al. Eagle's syndrome (elargatrol styloid processes). **Southern Medical J** 1997;90(3):331-334.
2. Watanabe P A C. et al. Síndrome do processo estilóide alongado (síndrome de eagle). **Revista da APCD** 1998;52(6):487-490.
3. Barrett AW. et al. Osteoarthrosis, the temporomandibular joint and Eagle's syndrome. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1993; 75(3):273-275.
4. Souza EA. et al. Association of a temporomandibular disorder and Eagle's syndrome: Case report. **Braz Dent J** 1996; 7(1):53-58.
5. Herbert S. et al. **Ortopedia e traumatologia. Princípios e prática**; 2 ed. Artes Médicas: Porto Alegre, 1999.
6. Resnick M D. **Diagnosis of bone and joint disorders**. 3ed. Saunders: Philadelphia, 1995.
7. Aral L I, et al. Eagle's syndrome masquerading as pain of dental origin. **Australian Dental J** 1997;42(1):18-19.

Freqüência do Vírus da Hepatite C na região de abrangência do Hemopasso – Hemocentro Regional de Passo Fundo (RS)

Janaina Lemos¹ & Sérgio Augusto Benvegnú².
Curso de Ciências Biológicas¹ & Disciplina de Microbiologia e Micologia²,
Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Passo Fundo (RS).

Resumo

Foi realizado um estudo no Hemocentro de Passo Fundo para analisar a freqüência do Vírus da Hepatite C (VHC) em doadores voluntários de sangue. As amostras de sangue foram centrifugadas antes dos testes, onde todos os soros foram então testados através do teste de ELISA, com a finalidade de determinar anticorpos contra o VHC. Com base nos dados analisados o ano de 2003 apresentou uma freqüência de 87 casos com 13.319 doadores. O VHC tem constituído uma das causas mais importantes de hepatite crônica que conduzem a cirrose hepática e ao carcinoma hepatocelular em todo o mundo.

Unitermos: Hepatite C, Carcinoma, Hepatite Viral C, Interferon α .

Em 1989, cientistas da Chiron Corporation e dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC), identificaram um agente da hepatite não-A, não-B, ao qual designaram vírus C.

O vírus da hepatite C é o vírus de RNA, que pertence à família Flaviviridae e ao gênero Hepacivirus. O vírus foi identificado por técnicas moleculares não tendo sido, porém, visualizado.

A infecção pelo vírus da hepatite C (VHC), tende a ser persistente na maioria dos indivíduos infectados, refletindo a inabilidade do sistema imunológico em montar resposta antiviral efetiva.

O VHC é isolado no sangue, urina, saliva, sêmen, líquido ascítico e outras secreções. Entretanto, é a transmissão parenteral o principal meio de disseminação viral, tornando fundamental o controle na qualidade do sangue oferecido à transfusão.

O VHC é causador de 90% das hepatites não A não B, transmitido pela via parenteral constituindo os principais grupos de risco os hemofílicos, hemodializados, usuários de drogas, homossexuais, profissionais da área da saúde, e além destes, existem infectados que adquiriram o vírus de maneira desconhecida.

A infecção é geralmente assintomática, lentamente progressiva, produzindo hepatites agudas e crônicas, que conduzem freqüentemente à cirrose e ao carcinoma

hepatocelular sendo considerada pela Organização Mundial da Saúde, o mal do século.

Estudos recentes mostraram que VHC infecta primeiramente hepatócitos e algumas subpopulações de monócitos (cuja importância prognostica e patogênica não é ainda conhecida).

Trata-se de uma entidade clínica distinta das demais hepatites, sendo de distribuição universal.

O diagnóstico da infecção realiza-se baseado na detecção dos anticorpos anti-HCV. É muito importante a sua detecção não só para o diagnóstico da infecção, mas também para o controle de unidades de doadores em bancos de sangue e para distinguir de outras hepatites crônicas de etiologia desconhecida.

As técnicas para detecção deste anticorpo passaram por vários estágios de desenvolvimento. Os testes de primeira geração (Eie e Riba I) detectam anticorpos contra a porção C100-3 e foram abandonados em quase todo o mundo, pois podiam demorar até 24 semanas para positivar na hepatite C aguda além de apresentar um grande número de falsos positivos. Os testes de segunda geração EIE II, detecta o anti-VHC contra as partículas C200 (mistura de C33c e C100-3) e C22-3, com sensibilidade e especificidade superiores a 90% e o Riba II, por sua vez, detecta anticorpos contra as partículas C33c, C22-3, C100-3, e 5-1-1, individualizadas numa faixa de nitrocelulose podendo ser

usada para confirmar os resultados do EIE II. Ambas as técnicas detectam anti-VHC, de um a três meses antes dos testes de primeira geração com maior especificidade. Testes de terceira geração RIBA III e o teste de ELISA (teste de imunoadsorção de enzima ligada) foram desenvolvidos e são o primeiro estágio no programa de investigação quando existe suspeita de hepatite, que pode ser causada pelo vírus C. O teste de ELISA tem a finalidade de detectar anticorpos anti-VHC no soro ou no plasma humano. O uso de diferentes antígenos recombinantes e peptídeos sintéticos do vírus mostrou-se efetivo na identificação de um grande número de hepatites agudas e crônicas, mais que o uso de testes de antígeno. Foi desenvolvido para detectar anticorpos IgG anti-VHC circulantes, que são considerados indicativos de infecção pelo vírus da hepatite C.

Neste estudo, visamos mostrar a importância do Vírus da Hepatite C, analisando a sua incidência em doadores de sangue, pois é uma doença transmissível sendo cem vezes mais infecciosa que o HIV, e no mundo mata em um dia mais pessoas que a AIDS em um ano, constituindo um grande problema de saúde pública.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo incluiu amostras de sangue referentes previamente ao Hemopasso – Hemocentro Regional de Passo Fundo, para a rotina do Vírus da Hepatite C (VHC). Amostras de sangue de doadores voluntários foram centrifugadas antes dos testes. Todos os soros foram então testados para a presença do VHC pelo teste de ELISA, que tem a finalidade de detectar anticorpos anti-HCV no soro ou no plasma humanos. O teste anti-HCV ELISA é um teste de terceira geração. Foi desenvolvido para detectar anticorpos IgG anti-HCV circulantes, que são considerados indicativos de infecção pelo vírus da hepatite C. O teste que se baseia no princípio de sandwich indireto, utilizou antígenos recombinantes de HCV (NS3, NS5) e peptídeos sintéticos (Core, NS4).

A amostra dilui-se no suporte onde se encontra imobilizada uma mistura de antígenos sintéticos e recombinantes, contendo seqüências de zonas antigênicas das proteínas estruturais (core) e não estruturais (NS3, NS4 e NS5) do HCV.

As amostras de soro que continham os anticorpos específicos formaram um complexo de antígenos e permaneceram unidos no suporte. A fração que não ficou unida foi descartada pela lavagem, logo após foram acrescentados anticorpos anti-immunoglobulina humana conjugados com peroxidase.

Sendo então produzida reação no primeiro estágio do processo, esta uniu-se ao conjugado. Logo, após a uma nova lavagem foi acrescentado o substrato enzimático e o cromogênio. No caso da união do conjugado apareceu uma coloração azul clara devido à atividade enzima presente. A intensidade da cor correlaciona-se com o nível de anticorpos anti-HCV presentes na amostra. A reação enzimática foi finalizada pela adição de ácido sulfúrico que transforma a cor azul em amarela. A absorbância é lida em 450nm.

Os resultados dos testes eram considerados válidos quando a solução da cavidade A₁ era incolor ou ligeiramente

amarelada. De outra maneira, o teste era inválido e era repetido, e o medidor dos controles positivos (MCP) e o medidor de controles negativos (MCN) fossem maiores que 0,400.

Nestes testes, como na maioria deles, não são 100% específicos e sensíveis, o diagnóstico clínico deve se basear em todas as informações disponíveis do histórico do paciente, sintomas e resultados laboratoriais. Teste positivo para a VHC deve ser confirmado por uma nova repetição do teste com uma segunda amostra do soro.

Para a amostra de soro identificada como reativa, o teste foi repetido e os resultados positivos foram confirmados pelo ensaio imunoenzimático (ELISA).

O sistema de imunensaio foi utilizado de acordo com os procedimentos do fabricante e os resultados para todas as amostras reativas para o HCV foram confirmadas pelos ensaios confirmatórios providos pelo fabricante.

RESULTADOS

Amostras de soro de 77.181 doadores de sangue, foram analisados pelo Ensaio Imunoenzimático (ELISA), para determinação de anticorpos contra o vírus da hepatite C.

Em termos de sorologia positiva para HCV, o ano de 2003 apresentou um número de 13.319 doadores, com uma freqüência de 87 casos, sendo que o ano de 2002 apresentou um número maior com 13.621 doadores, mas uma freqüência menor com 64 casos.

A análise do conjunto das amostras conduziu aos resultados comparativos expressos nas Figuras 1 e 2.

