

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

ANA PAULA HAMER SOUSA CLARA

**O OLHAR DO PACIENTE E DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA
AS HEPATITES VIRAIS B E C**

VITÓRIA
2012

ANA PAULA HAMER SOUSA CLARA

**O OLHAR DO PACIENTE E DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA
AS HEPATITES VIRAIS B E C**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges

VITÓRIA

2012

ANA PAULA HAMER SOUSA CLARA

O OLHAR DO PACIENTE E DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA AS HEPATITES VIRAIS B E C

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 2 de agosto de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientador

Prof^a. Dr^a. Gilsa Helena Barcellos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof^a. Dr^a. Luciana Lofêgo Gonçalves
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

dedico esse trabalho

Primeiramente a Deus pelo sustento espiritual em todos os momentos.
Ao meu pai, presença fundamental em minha vida, muita saudade;
À minha mãe, grande exemplo de amor e dedicação;
Ao meu esposo Geuvane e meus filhos, Ana Luisa e Gabriel, amores da minha vida,
dedico a coautoria desse trabalho – a vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

A Deus, que tanto me abençoou colocando pessoas maravilhosas ao meu lado nessa jornada, que me deu coragem para não desistir nos piores momentos e que me proporcionou mais esse aprendizado. Ao Senhor, toda honra e toda glória!

Ao meu querido pai, Wilson Oliveira Sousa, que sempre esteve em minha lembrança, meu maior exemplo de integridade e de perseverança. Grandes ensinamentos me proporcionou. Amor eterno!

À minha amada mãe, Julia Hamer Sousa, pelo grande incentivo, dedicação e amor. Por entender que o trabalho, mesmo nos bastidores, é primordial. A sua contribuição me proporcionou segurança e acolhimento, nos momentos em que necessitei enfrentar situações difíceis durante a realização deste mestrado.

Ao meu querido e amado esposo, Geuvane Célio Clara, por ser meu maior incentivador para a realização deste Mestrado. Seu amor, incentivo, paciência, compreensão, alegria e, sobretudo, dedicação aos nossos filhos ajudaram-me a concretizar este trabalho. Agradeço a você por abdicar de outros projetos e ter feito do meu sonho o nosso sonho!

Aos meus lindos filhos Ana Luisa e Gabriel, meus grandes amores, peço perdão por tantos momentos de ausência. Os caminhos percorridos durante a execução desta dissertação não foram fáceis, entretanto, quando me lembrava do doce sorriso de vocês, o sentimento de mãe sobrepunha qualquer obstáculo à frente. Obrigada! Vocês contribuíram muito com essa vitória!

Às minhas irmãs Célia e Valéria e minhas sobrinhas Aline e Ana Julia, pelo amor, apoio e pelas palavras de acalento.

A Maria da Penha Barreto minha eterna gratidão por ter ajudado a cuidar tão bem dos meus filhos nos momentos em que precisava me ausentar.

Ao estimado Prof Dr. Luiz Henrique Borges, pelos grandes ensinamentos, pela maneira carinhosa e paciente com que me acolheu na orientação da dissertação, seriam poucas as palavras para retribuir meu agradecimento. Obrigada pelo seu enorme empenho, compromisso, tempo, incentivo e pela confiança em mim depositada, os quais serão motivo de minha eterna gratidão e, sobretudo, do meu respeito.

À querida Professora Alacir Ramos Silva, agradeço, enormemente, por sua disponibilidade, pelas sábias orientações, durante o período em que foi minha orientadora, pelo respeito, amizade, compromisso e carinho. Obrigada por sempre acreditar em meu trabalho! "Há pessoas que transformam o sol numa simples mancha amarela, mas há também aquelas que fazem de uma simples mancha amarela o próprio sol." (Pablo Picasso). Agradeço por tantas vezes transformar-se em sol na minha vida...

À estimada Professora Gilsa Helena Barcellos, pelo apoio e carinho. Foi muito especial poder compartilhar de seus preciosos ensinamentos. A sua dedicação e compromisso com o trabalho sempre foram um exemplo que guardarei para sempre comigo.

A todos os professores do Mestrado. Cada um, à sua maneira, contribuiu para a construção desse trabalho.

À querida amiga Dra Luciana Lofego Gonçalves, que foi uma das grandes incentivadoras e que me privilegia com prazerosa convivência, apoio e sabedoria por tantos anos. Não tenho palavras para agradecer por tão preciosa amizade. Minha admiração e respeito por você serão eternos.

Aos preciosos amigos Fabiano Quarto Martins, Lívia Zardo Trindade, Patrícia Lofego Gonçalves, Thaisa de Moraes Ribeiro e, novamente, Luciana Lofego Gonçalves. Desculpem-me se em alguns momentos os sobrecarreguei. Vocês sempre serão verdadeiros exemplos de amizade e de profissionalismo para mim.

A Inês Caliman Mejia pela grandiosa colaboração nas correções das referências.

A Amáveis Maria Vasconcelos pelo carinho, apoio e colaboração.

Às acadêmicas de Medicina Amanda Rodrigues de Moreto, Julia Fadini Margon e Maira da Costa Pereira Azeredo, pelo grande carinho e incentivo. O sorriso de vocês e cada palavra de afeto nos períodos de maior fragilidade e também naqueles de alegria foram muito valiosos, especialmente nos momentos finais da realização de minha dissertação.

Aos colegas de Mestrado, em especial a Elry Christine Nickel Valério, pela amizade, confiança e apoio.

Às secretárias Patrícia Sant'Ana Rodrigues e Yára Musiello Barcellos por todos os seus encaminhamentos e esclarecimentos necessários para a conclusão desta dissertação, pelo carinho e incentivo.

Aos meus mestres Dr Álvaro Armando Carvalho de Moraes e Dr. José Joaquim de Almeida Figueiredo pelos ensinamentos, incentivo e amizade. Vocês foram e sempre serão grandes exemplos para mim.

A Dra. Regina Célia Tonini pela amizade, carinho e incentivo.

Às amigas Beatriz Helena Teixeira Conceição, Fernanda Helena Guimarães, e Rosivane Lima da Costa pelo grande apoio, amizade, pelas mensagens de incentivo para realização deste Mestrado e especialmente pelas orações. E, aos demais participantes do meu grupo de relacionamentos da 1ªIBPC, agradeço o carinho.

A Daniela Guimarães Nahssen pela amizade de tantos anos, inestimável apoio e carinho com os meus filhos, naqueles momentos em que necessitava me ausentar.

A todos os pacientes que espontaneamente participaram das entrevistas, pela grande colaboração e disponibilidade, sem as quais este estudo não seria concluído.

A todos os profissionais de saúde que participaram das entrevistas, pelo compromisso e tempo disponibilizados, que foram primordiais para a realização deste estudo.

A Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pela qual tenho um imenso carinho e respeito, pela contribuição com o meu desenvolvimento profissional.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, auxiliando nessa trajetória, com uma oração, com uma palavra de afeto ou simplesmente com um sorriso.

Entrega o teu caminho ao Senhor; confia nele, e ele tudo fará.

Salmos 37:5

RESUMO

O presente trabalho é de caráter qualitativo e possuiu o objetivo de estudar como um serviço de referência em hepatites virais atua, no sentido de prevenção e controle da doença, como elemento de análise da aplicação local da Política Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde. Para a coleta de dados, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais de saúde – que trabalham no serviço de referência que atua com as hepatites virais – e aos usuários portadores de hepatites B ou C. Os dados foram analisados fazendo uso da temática de conteúdo, segundo categorias de sentido, abordando o conhecimento das políticas e estrutura de atenção à saúde, voltadas às hepatites virais pelos profissionais de saúde e à aplicação das políticas públicas relacionadas às hepatites virais em um hospital filantrópico, bem como os efeitos desse atendimento no conhecimento expresso pelos seus usuários. Os resultados evidenciam que os profissionais de saúde entrevistados apresentam conhecimento sobre as diretrizes emanadas pelo Ministério de Saúde, porém enfatizam que há poucos serviços capacitados plenamente para o atendimento e com estrutura laboratorial ainda inadequada para esse suporte. E que os usuários possuem algumas informações relacionadas à aplicação das políticas voltadas às hepatites crônicas virais nesse serviço estudado, embora isso não ocorra de forma satisfatória, no que diz respeito às formas de transmissão do vírus e à prevenção, pois ainda apresentam equívocos, mitos e preconceitos relacionados a tais quesitos, o que repercute nos laços interpessoais. A grande maioria reconhece os vírus A, B e C das hepatites, assim como possui algum membro da família portador de hepatite crônica viral, seja B ou C. A questão do preconceito foi abordada por alguns usuários sob a forma de um “auto-preconceito”, ao justificarem o medo que outras pessoas têm de se exporem ao contágio. A vida conjugal e familiar de alguns usuários encontra-se desestruturada, com prevalecimento da solidão, do isolamento e conseqüentemente da depressão; por outro lado, para outros, a doença foi motivo de união e resultado de um maior cuidado e atenção por parte dos familiares. Por fim, considerou-se relevante neste estudo a preocupação em gerar conhecimento, com a finalidade de produzir e divulgar informação de forma mais efetiva e, com isso, reduzir a vulnerabilidade entre os usuários portadores de hepatites virais crônicas, oriundos, em sua maioria, de classes sociais menos favorecidas economicamente.

Palavras Chave: Hepatite crônica. Hepatite B. Hepatite C. Políticas Públicas. Pessoal de Saúde. Hepatites - Prevenção & controle.

ABSTRACT

This is a qualitative study. Its objective is to study the forms a reference service in viral hepatitis prevent and control these diseases. This study is an analysis of local application of the National Guidelines for the Prevention and Control of Viral Hepatitis issued by the Ministry of Health. In order to collect data, we used semi-structured interviews performed with health care workers at the reference service for viral hepatitis and with the users harboring hepatitis B or C viruses. Data were analyzed using thematic content analysis, according to meaning categories, analyzing the health care workers' knowledge of the guidelines and the infra-structure of health care focused on viral hepatitis, the implementation of guidelines to viral hepatitis at a philanthropic hospital and the effects of this reference service expressed in the users's knowledge. The results showed that the health care workers interviewed have knowledge of the guidelines issued by the Ministry of Health, but emphasized that there are few services with complete capacity to attend patients with viral hepatitis. In addition, the laboratory structure is still inadequate to support this service. The users have some information related to the implementation of the guidelines for chronic viral hepatitis studied in this reference service. However, the implementation is not satisfactory in relation to the categories of virus transmission and prevention, because there are still misconceptions, myths and biases related to these issues, which affect the interpersonal relations. The majority recognizes A, B and C hepatitis viruses and has a family member with chronic viral hepatitis, either B or C. The issue of bias was categorized by some users as a "self-bias". They justify the fear that other people have to expose themselves to contagion. The conjugal and familiar relations of some users are impaired leading to loneliness, isolation and, consequently, depression. On the other hand, for other users, the disease was the cause of union and familiar extra care and attention. At last, in this study it was considered important to generate knowledge in order to produce and disseminate information more effectively and hence reduce vulnerability among users suffering from chronic viral hepatitis, coming mostly from economically disadvantaged social classes.

Keywords: Hepatitis Chronic. Hepatitis B. Hepatitis C. Public policies. Health personnel. Hepatitis – Prevention & controle.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anti HBc	Anticorpo contra o antígeno do core do vírus da hepatite B
Anti HBe	Anticorpo contra o antígeno e do vírus da hepatite B
Anti HBs	Anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B
Anti-VHC	Anticorpo contra o vírus da hepatite C
CRE	Centro Regional de Especialidades
CRIE	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
CTA	Centros de Testagem e Acolhimento
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELISA	Ensaio Imunoenzimático (enzyme linked imunoabsorbent assay)
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HBcAg	Antígeno do core do vírus da hepatite B
HBeAg	Antígeno e do vírus da hepatite B
HBsAg	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HEMOES	Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
HSH	Homem que faz sexo com homem
HUCAM	Hospital Universitário Carlos Antônio de Moraes
INPS	Instituto Nacional da Previdência Nacional
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNHV	Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais
PCR	Reação em cadeia de polimerase
RNA	Ácido ribonucleico
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDI	Usuário de drogas ilícitas
VHB	Vírus da hepatite B
VHC	Vírus da hepatite C

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	18
3 POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTROLE AO ATENDIMENTO ÀS HEPATITES VIRAIS.....	19
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	20
3.2 PROGRAMA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS.....	25
3.3 O ATENDIMENTO DAS HEPATITES VIRAIS NO SUS.....	27
4 AS HEPATITES VIRAIS	31
4.1 HEPATITES VIRAIS CRÔNICAS.....	31
4.2 HEPATITE B.....	36
4.2.1 Prevalência da hepatite B.....	36
4.2.2 O vírus da hepatite B.....	37
4.2.3 Vias de transmissão do VHB.....	38
4.2.4 História natural da hepatite B	39
4.2.5 Diagnóstico da hepatite B.....	44
4.3 HEPATITE C.....	45
4.3.1 Prevalência da hepatite C.....	46
4.3.2 O vírus da hepatite C.....	47
4.3.3 Vias de transmissão do VHC.....	48
4.3.4 História natural da hepatite C.....	49
4.3.5 Diagnóstico da hepatite C.....	51
5 A PESQUISA: ADENTRANDO PELO UNIVERSO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS.....	53
5.1 DESENHO DO ESTUDO.....	53
5.2 CAMPO DE PESQUISA.....	54
5.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	55
5.3.1 Profissionais de saúde	55

5.3.2 Usuários.....	56
5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	59
5.5 ANÁLISE DE DADOS.....	61
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	62
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
6.1 CONHECIMENTO DAS POLÍTICAS E ESTRUTURA DE ATENÇÃO À SAÚDE VOLTADAS ÀS HEPATITES VIRAIS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE....	63
6.2 APLICAÇÃO DAS POLÍTICAS VOLTADAS ÀS HEPATITES VIRAIS NO HSCMV.....	69
6.2.1 Conhecimento dos usuários sobre as hepatites virais.....	69
6.2.2 O atendimento aos usuários cronicamente infectados pelos vírus das hepatites virais.....	76
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
8 REFERÊNCIAS.....	91
ANEXOS.....	98
ANEXO A.....	99
ANEXO B.....	106
APÊNDICES.....	107
APÊNDICE A.....	108
APÊNDICE B.....	110
APÊNDICE C.....	112
APÊNDICE D.....	113

1 INTRODUÇÃO

As hepatites crônicas compreendem as doenças que levam a um processo de atividade necroinflamatória crônica do fígado, que se perpetua por mais de seis meses. Destacam-se, como a principal etiologia das hepatites crônicas, as hepatites virais B, C e D, este em co-infecção¹ ou superinfecção² com o vírus da hepatite B (FOCACCIA et al., 1998).

A Assembléia Mundial de Saúde, órgão de maior instância deliberativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhece o impacto global das Hepatites B e C que, juntas, matam cerca de um milhão de pessoas por ano em todo o mundo. Só no Brasil, a média anual de casos notificados é de 6,9 por 100 mil habitantes para hepatite B e de 6,6 casos por 100 mil para a hepatite C. A Assembléia Mundial de Saúde também reconhece o dia 28 de julho como o Dia Mundial de Combate às Hepatites Virais (BRASIL, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica o Brasil como um país de elevada prevalência para hepatite B e de intermediária endemicidade para hepatite C (BRASIL, 2008). A maioria das pessoas desconhece seu estado de portador, o que constitui um elo importante na cadeia de transmissão do vírus da hepatite B e do vírus da hepatite C. Por essa razão, tais doenças acabam se perpetuando (BRASIL, 2008).

As hepatites causadas pelos vírus das hepatites B e C são um grande problema de saúde pública, pois, somadas, acometem mais de 520 milhões de pessoas em todo o mundo que, ao serem expostas ao vírus, podem desenvolver hepatites crônicas. Entretanto, um percentual considerável dos indivíduos infectados desconhece sua condição por encontrar-se assintomática. O diagnóstico dessas hepatites, frequentemente, ocorre de forma ocasional, especialmente após doações

¹ A transmissão do vírus da hepatite D ocorre junto com o vírus da hepatite B

² Portador crônico do vírus da hepatite B contamina-se com o vírus da hepatite D

voluntárias de sangue ou após a realização de procedimentos clínicos rotineiros (BRASIL, 2008).

A alta taxa de infecção pelos vírus das hepatites B (VHB) e C (VHC) tem sido um importante desafio no contexto da saúde pública, particularmente para a vigilância epidemiológica. Trata-se de um agravo à saúde da população, uma vez que o indivíduo, ao se infectar pelo VHB e/ou pelo VHC, na maioria dos casos, não apresenta sintomas clínicos, e o diagnóstico, quando ocorre, dá-se na fase crônica da infecção (BRASIL, 2008).

Em 2002, o Ministério da Saúde considerou a necessidade de criar uma política relacionada às hepatites virais. Com isso, deu-se início ao Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV), a fim de propiciar um melhor enfrentamento ao desafio dessas hepatites (BRASIL, 2002, 2005).

Em 2009, o PNHV integrou-se ao Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, o qual passou a denominar-se Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. As ações de enfrentamento deste novo departamento começaram a buscar também a implementação de atividades como a prevenção e o controle das hepatites virais no Brasil (BRASIL, 2011b).

O planejamento estratégico de um programa de âmbito nacional implica no conhecimento aprofundado do problema e em seus impactos sobre a sociedade (BRASIL, 2005). O PNHV apresenta, como objetivo principal, a promoção, a prevenção e a assistência à saúde, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, as Secretarias Municipais de Saúde e a integração das ações da Secretaria de Políticas de Saúde, da Secretaria de Assistência à Saúde, da Fundação Nacional de Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2002, 2005).

Em seus objetivos específicos, o PNHV tem como base o conhecimento da realidade epidemiológica das hepatites virais no Brasil e a realização do diagnóstico situacional da rede de assistência laboratorial e ambulatorial. E, além disso, o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção e assistência

aos pacientes com hepatites virais; a promoção da vigilância epidemiológica e sanitária; a ampliação do acesso e a melhora da qualidade dos serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade; a organização, a regulamentação, o acompanhamento e a avaliação do conjunto das ações de saúde (BRASIL, 2002, 2005).

A Promoção da Saúde desponta-se como uma opção de controle dos problemas de saúde, por intermédio do entendimento amplificado da situação, que extrapola o pensamento simplesmente biomédico. O desejo de integração de ações de prevenção, educação, recuperação e reabilitação, com o propósito de reunir os distintos setores da sociedade, tem as políticas intersetoriais em seus papéis (BRASIL, 2002, 2005).

Na busca de maior integração entre os componentes do PNHV e os outros órgãos do Ministério da Saúde, o programa de capacitação de recursos humanos tem-se incluído na Promoção da Saúde. Inicialmente organizaram-se três programas de capacitação, dirigidos para os diferentes níveis da assistência: o Aconselhamento e Prevenção – Centros de Testagem e Aconselhamento; o Diagnóstico e Acompanhamento – Atenção Básica; e o Tratamento e Acompanhamento – Centros de Referência (BRASIL, 2002, 2005).

Esta dissertação de Mestrado abrange toda contextualização das políticas públicas relacionadas às hepatites virais no Brasil, bem como o olhar dos profissionais da área de saúde e dos pacientes sobre essa doença. Realizou-se em um serviço de referência para as hepatites virais, localizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV).

A realização deste mestrado e a escolha do tema são frutos de interesse desde a época da minha especialização, quando deu início um maior contato com pacientes hepatopatas, incluindo-se os cronicamente infectados pelos vírus das hepatites B e C, durante os ambulatórios de hepatologia na Universidade Federal de Minas Gerais, o que despertou entusiasmo e interesse crescentes de estudo nessa temática, bem como o interesse pelas Políticas Públicas voltadas para a saúde, visto que as hepatites virais são consideradas um grande problema de saúde

pública no Brasil e no mundo. A escolha do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória se deve ao fato de possuir um serviço de referência para o atendimento dos usuários com hepatites virais e por ser o hospital-escola de minha formação médica.

As Políticas Públicas possuem grande importância para a prevenção de agravos e, com isso, podem corroborar para a redução dos índices de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Os profissionais de saúde devem buscar uma melhor assistência à saúde, preocupando-se, no entanto, com o entendimento da doença pelos pacientes, o que auxiliaria a prevenção das hepatites virais e, a promoção à saúde.

Como o PNHV visa à implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção e o controle das hepatites virais no Brasil (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005), é importante que se estude como um dos serviços de referência para as hepatites virais atua, a partir da observação de seus profissionais de saúde e por meio do olhar dos pacientes sobre a doença que os acomete para, finalmente, avaliar o que pode ser feito para promover a saúde e a prevenção de complicações como a cirrose hepática e o carcinoma hepatocelular.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar como um serviço de referência em hepatites virais atua, no sentido de prevenção e controle da doença.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estudar o conhecimento dos usuários cronicamente infectados pelos vírus das hepatites B e C sobre a doença.
- b) Estudar o conhecimento dos profissionais de saúde de um serviço de referência sobre as políticas públicas em relação às hepatites virais B e C.
- c) Estudar a operacionalização das políticas públicas no atendimento aos portadores de hepatites B e C.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTROLE AO ATENDIMENTO ÀS HEPATITES VIRAIS

Segundo Lucchese (2004, p. 1),

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

Em relação às outras políticas públicas de âmbito social, as políticas públicas em saúde visam melhorar a saúde da população, por meio do acesso às ações e aos serviços de saúde (LUCCHESE, 2004).

O Brasil passou por extensas mudanças no decorrer das últimas cinco décadas. Anteriormente, grande parte da população brasileira vivia na região rural (cerca de 70%, conforme avaliação de censos anteriores), e pequena parcela da população na zona urbana. Esse panorama se modificou a partir de 1950, com a urbanização e conseqüente migração de parte da população do campo para a cidade. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 1980, a taxa de urbanização no Brasil alcançava quase 70%, taxa inversamente proporcional à de cinquenta anos anteriores (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002).

Na década de 80, o Brasil destacava-se pelo objetivo de se tornar uma grande potência, por intermédio da consolidação do processo de industrialização. As Políticas Públicas voltavam-se para a promoção do crescimento econômico, sem a transformação das relações de propriedade na sociedade brasileira (ARAÚJO, 2000). Com isso, aprofundou-se o abismo que separava a maior parte da população do usufruto da riqueza produzida, acessível somente a uma minoria.

Mesmo às políticas que caracterizaram o *Welfare State* na Europa, nas décadas de 60 a 80, que propunham políticas sociais no campo da seguridade social, da

educação, dentre outros, os trabalhadores brasileiros jamais tiveram acesso. A ampliação das políticas de interesse do povo brasileiro, como a Constituição Brasileira de 1988, que elevou a abrangência dos direitos sociais, foi atropelada pela chegada do neoliberalismo no fim dos anos 80. A implantação desse modelo econômico ocorre concomitantemente ao processo de globalização, visto com a internacionalização do capital, como uma forma de superar sua crise cíclica (ARAÚJO, 2000).

O acúmulo dos oligopólios internacionais, mesmo que levem ao desenvolvimento de atividades produtivas em territórios de países em desenvolvimento, transportam, por meio de remessas financeiras, o lucro obtido para os seus países de origem, contribuindo para a melhoria das condições de vida nos países desenvolvidos, em detrimento de uma maior desigualdade social nos países pobres (ARAÚJO, 2000).

Os recursos públicos são insuficientes para garantir a total satisfação das diversificadas e, por vezes, contraditórias necessidades de interesse público. Mais frequentemente, observa-se uma tendência a se priorizar os interesses econômicos em detrimento daqueles sociais, entre os quais, o direito à saúde.

As políticas públicas de saúde integram o campo de ação social de um Estado e visam fornecer melhorias às condições de saúde da população e dos ambientes, sejam eles, natural, social ou de trabalho. Outrossim, elas têm como atuação específica, em relação às outras políticas públicas da área social, a organização das funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto dos indivíduos como da coletividade (LUCCHESI, 2004).

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Atualmente, há um razoável consenso internacional sobre os determinantes sociais de saúde, em se tratando das condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos populacionais em relação às suas situações de saúde (BUSS; PELLEGRINI

FILHO, 2007). Portanto, é sobre eles que devem voltar-se as intervenções individuais ou coletivas visando promover saúde, ou seja, objetos das políticas de saúde. Entretanto, esse consenso foi construído através da história, com a proposição e superação de diferentes paradigmas sobre o processo saúde-doença.

No século XIX, Koch e Pasteur destacavam-se como bacteriologistas renomados e contribuíram para a propagação do paradigma explicativo de causalidade da doença por um agente etiológico, o que determinou, posteriormente, a adoção do conceito de saúde pública orientada ao controle de doenças específicas, por ocasião da criação da primeira escola de saúde pública dos Estados Unidos, na Universidade Johns Hopkins. Iniciava-se, assim, o conflito entre os prismas social e biológico, no que se referia à saúde pública e à medicina dentro do processo saúde-doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Inicialmente, no século XX, houve predomínio do enfoque médico biológico no campo científico, em detrimento dos enfoques sociopolíticos da Saúde Pública. Ainda em 1948, por ocasião da fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS), predominava a definição de saúde como a ausência de doença, ou seja, simplesmente focava-se na enfermidade. Entretanto, hoje, esse conceito ampliou-se, para se considerar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, devido à importância dos determinantes sociais de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No Brasil, no final do século XIX e início do século XX, as preocupações do Estado em intervir para proporcionar saúde à população orientava-se pelas necessidades de uma economia agrário-exportadora. Para tanto, baseado no enfoque causalista acima identificado, desenvolveu-se o chamado sanitário-campanhista, visando garantir condições mínimas de saúde para os trabalhadores empregados na produção agrária e na exportação, mediante ações de saneamento dos portos e combate às endemias (como a peste, a cólera e a varíola) (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

Essa política prevaleceu até o final da década de 40, quando, com o incremento do processo de industrialização e urbanização da população, principalmente com o governo do presidente Kubitscheck, novas necessidades surgiram para a manutenção da saúde da nova força de trabalho que entrava em cena. Desde então, incrementou-se o enfoque da assistência médica individualizada e o desenvolvimento das atividades hospitalares, Por meio de uma política de privatização desses serviços (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

Na década de 70, as políticas de saúde tinham um caráter híbrido: de um lado, havia aquelas que atuavam em ações de caráter coletivo, como os programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo dos minguados recursos do Ministério da Saúde; de outro, existiam as políticas relacionadas à assistência médica individual, centrada no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974, que recebia a maior parte dos recursos (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

O acesso aos serviços de saúde não era universal, tendo em vista a fragmentação da ação pública em saúde entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social. Somente as pessoas que contribuíam com a Previdência Social possuíam direito aos serviços médicos, correspondendo aos trabalhadores com carteira assinada, militares e funcionários públicos (BRASIL, 2000).

A crítica a esse modelo toma corpo com o questionamento da sociedade contra os governos ditatoriais militares, pela democratização e ampliação dos direitos de todos os cidadãos. Com as reivindicações da sociedade (sindicatos e entidades representativas de categorias profissionais da saúde, movimentos eclesiais de base, movimentos de moradores de periferias, de centrais sindicais, movimento dos secretários municipais de saúde, etc.), desenvolveu-se o movimento da Reforma Sanitária, cuja atuação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, levou a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), para a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000).

No Brasil, as atuais políticas públicas de saúde são determinadas pela Constituição Federal, orientada pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e aos serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional (LUCCHESI, 2004).

Segundo a Constituição Federal (BRASIL, 1999), conhecida como Constituição Cidadã, por estabelecer direitos sociais de longo alcance, pelo artigo 196,

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O direito à saúde, direito essencial de qualquer cidadão, passou a ser reconhecido como responsabilidade do Estado, de maneira igualitária, a partir de 1988, por meio da Constituição Federal e criação do SUS (BRASIL, 2003).

O SUS foi regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, com a finalidade de que qualquer indivíduo obrigatoriamente tivesse atendimento público gratuito e que não mais houvesse desigualdade na assistência à saúde da população (BRASIL, 2003).

Pelo princípio da universalidade, a saúde é um direito de todos, sendo a garantia de provisão de serviços e ações, inclusive as preventivas, um dever do Poder Público. O princípio da integralidade avalia a atenção à saúde com base nas necessidades específicas das pessoas ou de grupos de pessoas, mesmo que pequenos se comparados ao todo da população, incluindo-se níveis de complexidade distintos (promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação). O princípio da equidade (dar mais àqueles que mais precisam) manifesta-se pela necessidade de redução das diferenças sociais e sócio-regionais no Brasil, procurando-se, com isso um maior equilíbrio (BRASIL, 2000).

Do SUS, participam os centros e postos de saúde, hospitais (inclusive os universitários), laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e

institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Vital Brasil (BRASIL, 2003).

Esse sistema é destinado a todos os cidadãos, financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõe os recursos do governo federal, estadual e municipal. Todos os cidadãos têm direito a usufruir de consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, estas, contratadas pelo gestor público de saúde. (BRASIL, 2003).

O SUS tem como propósito ser promotor da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, com a finalidade de ofertar serviços qualificados às necessidades, independentemente do poder aquisitivo do cidadão. Propõe-se a promover a saúde, com prioridades em ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde (BRASIL, 2003).

O setor privado participa do SUS somente de forma complementar, através de contratos e convênios de prestação de serviços ao Estado no momento em que as unidades públicas de assistência à saúde não sejam suficientes para garantir o atendimento a toda à população de uma determinada região (BRASIL, 2003).

Igualmente, o SUS tem como diretrizes a descentralização na gestão de serviços, a integralização das ações, a regionalização e a hierarquização das unidades prestadoras de serviços, a participação da população (na formulação, no planejamento, na execução, na avaliação e na fiscalização das ações de saúde) e o fortalecimento do papel do município. Do mesmo modo, baseia-se no pressuposto de que o acesso à saúde deve ser universal e gratuito, com a necessidade de práticas mais humanizadas em saúde (PUPIN; CARDOSO, 2008).

Além disso, é um sistema que veio representar uma mudança na concepção de saúde no nosso país, saúde que outrora entendia-se como *estado de não doença*, passou a relacionar-se mais especificamente a uma nova concepção, de

prevenção, promoção à saúde e, conseqüentemente, à qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

Dessa forma, pelo exposto, os determinantes sociais de saúde expressam o conceito de que as condições de vida e trabalho das pessoas e de grupos da população estão estreitamente relacionadas com a sua situação de saúde. E, mais ainda, introduz um elemento de intervenção, ao acrescentar-se a definição a dimensão de fatores e mecanismos pelos quais as condições sociais interferem na saúde e que podem ser transformados por meio de ações baseadas em informação (KRIEGER, 2001 apud BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

3.2 PROGRAMA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS

O Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PNHV) foi criado em fevereiro de 2002, pelo Ministério da Saúde, posteriormente, no ano de 2003, integrou-se ao Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde. O PNHV tem como metas estabelecer diretrizes e estratégias junto às diversas áreas programáticas do setor Saúde e aos níveis do SUS, com o objetivo de sistematizar os esforços empreendidos pelos profissionais ao longo dos anos, como a identificação das hepatites e sua inserção na temática dentro das políticas públicas de saúde. Ele visou o controle efetivo das infecções em nosso meio. Como visto anteriormente, em 2009, passou a compor o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, 2011b).

Na sexagésima terceira Assembléia Mundial da Saúde, em 2010, aprovou-se a resolução apresentada à Organização Mundial de Saúde, que estabeleceu o dia 28 de julho como Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais (BRASIL, 2011b).

A humanização dos serviços no SUS percorre necessariamente o incremento de um sistema de aconselhamento que leve informação e especialmente um serviço que escute as necessidades e as dúvidas dos usuários que recorrem a esses

serviços (BRASIL, 2005). Com esse propósito, o PNHV visa contribuir para a consolidação desse sistema de atendimento nos diversos serviços que atendem aos usuários que estiveram sob risco de ter adquirido hepatites virais ou aqueles já cronicamente infectados (BRASIL, 2008).

O ser humano continua sendo o elo mais importante em todo o sistema público de saúde e sua valorização e a ampliação das formas de atendimento e compreensão devem ser sempre aperfeiçoadas (BRASIL, 2005). À medida que o PNHV define a promoção de ações de aconselhamento nas diversas ações, o que inclui o atendimento médico, ele se aproxima da revisão e do aprimoramento de suas metas, o que gera um trabalho eficiente e humano (BRASIL, 2005, 2008).

A ampliação da testagem sorológica para as hepatites virais é estratégia fundamental para o equacionamento dessa situação, pois proporciona a detecção precoce dos pacientes com infecção crônica e permite o acesso às medidas para a manutenção da saúde dos possíveis casos (BRASIL, 2005, 2008).

Dentro dos preceitos do SUS, da descentralização do atendimento, da hierarquização de procedimentos, com complexidade crescente e mecanismos de referência e contra-referência, os serviços de atenção básica como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) figuram como de fundamental importância para a promoção à saúde, prevenção e diagnóstico de infecções (BRASIL, 2005). No Brasil, há mais de 250 CTA, que foram implantados na década de 90 pelo Ministério da Saúde, pelo Programa Nacional de DST e Aids, em resposta ao avanço da epidemia de HIV/Aids (BRASIL 1997; BRASIL, 2005). Esses serviços têm papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção e no diagnóstico precoce de infecções, especialmente as de transmissão sexual (BRASIL, 2005, 2008).

A inserção do aconselhamento e da triagem sorológica das hepatites virais na rotina dos CTA confere uma reestruturação da rede de referência, uma capacitação dos profissionais sobre os modos de transmissão e medidas de controle da doença e na interpretação dos marcadores sorológicos (BRASIL, 2005).

3.3 O ATENDIMENTO DAS HEPATITES VIRAIS NO SUS

Divide-se em três níveis a rede de assistência às hepatites virais no SUS: atenção básica, média complexidade e alta complexidade (BRASIL, 2008).

O planejamento regional da atenção deve ser realizado de forma organizada e integrada, a fim de que os serviços sejam garantidos aos pacientes, por meio de recursos necessários para a resolução dos problemas (BRASIL, 2008).

Na Atenção Básica, encontram-se os Centros de Testagem e Aconselhamento, Unidade Básica de Saúde e Programa de Saúde da Família, cujas competências são: promoção à saúde, à prevenção, à triagem sorológica e ao acompanhamento de pacientes (BRASIL, 2008).

Por sua vez, no Serviço de Média Complexidade, destacam-se a Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade. Dentre as suas competências, destacam-se os exames confirmatórios, biópsia hepática local ou referenciada, definição de necessidade de tratamento, tratamento e manejo clínico de pacientes (BRASIL, 2008).

Em se tratando do Serviço de Alta Complexidade, encontram-se a Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, cujas competências destacam todas as atividades atribuídas ao nível II para a população de sua área de abrangência, protocolos de pesquisa, acompanhamento de pacientes em situações especiais, como casos em falha terapêutica (BRASIL, 2008).

Além de um diagnóstico adequado e de um tratamento eficiente para as hepatites virais crônicas, é importante que o serviço de acolhimento ao usuário seja parte integrante dos objetivos da saúde pública, em busca de um serviço humanizado no SUS, um serviço que escute as necessidades dos seus usuários, a fim de melhor informá-los com qualidade no atendimento (BRASIL, 2008).

As ações educativas por ocasião das testagens das hepatites podem ser estimuladas, com informações às pessoas sobre os riscos de exposição à infecção e os modos de transmissão das hepatites virais (BRASIL, 2008).

Informações sobre as medidas de prevenção devem ser sempre fortalecidas tanto para os pacientes como para seus comunicantes, de modo a levar ao discernimento das possíveis formas de infecção e, dessa maneira, reduzir a disseminação das hepatites virais no meio populacional (BRASIL, 2008).

Constituiu-se o Comitê Técnico Assessor em Hepatites Virais, pela Portaria 94/SVS, de 10 de outubro de 2008. Esse Comitê compõe-se por membros da comunidade científica vinculados a instituições que prestam assistência aos portadores de hepatites virais e também é composto por representantes das sociedades brasileiras de especialidades médicas. Apresenta caráter consultivo no que se refere às hepatites virais (BRASIL, 2011b).

A imunização contra a hepatite B encontra-se disponibilizada pelo SUS para faixas etárias específicas e para determinadas situações em que ocorre vulnerabilidade do paciente. Dentre as faixas etárias específicas, destacam-se os menores de um ano de idade, a partir do nascimento, preferencialmente nas primeiras doze horas após o parto, a fim de se evitar a transmissão vertical. Caso não se tenha essa possibilidade, iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível, o que poderá ocorrer em uma unidade neonatal ou na primeira visita ao Posto de Saúde (BRASIL, 2008).

Em 2011, a idade limite para vacinação passou de 19 a 24 anos, ampliando-se em 163% a quantidade de vacinas compradas. A partir de janeiro de 2012, o Ministério da Saúde estendeu a faixa etária para vacinação contra a hepatite B para até 29 anos de idade (BRASIL, 2012).

A imunização contra a hepatite B é disponibilizada nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), conforme Manual do CRIE, do MS, 2006, para as seguintes situações: vítimas de abuso sexual; vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção pelo vírus da hepatite B;

comunicantes sexuais de portadores de hepatite B crônica; profissionais de saúde; hepatopatas crônicos; portadores de hepatite C; doadores de sangue; transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea; doadores de órgãos sólidos ou de medula óssea; potenciais receptores de múltiplas transfusões ou politransfundidos; nefropatas crônicos; dialisados; pessoas com convívio domiciliar contínuo com pessoas portadoras do VHB; asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas; fibrose cística; doença de depósito; imunodeprimidos; populações indígenas; usuários de drogas injetáveis e inaláveis; pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos); instituições de menores, forças armadas; carcereiros de delegacias e penitenciárias; homens que fazem sexo com homens; profissionais do sexo; coletadores de lixo hospitalar e domiciliar; bombeiros, policiais militares, policiais civis e policiais rodoviários; profissionais envolvidos em atividades de resgate (BRASIL, 2006).

A vacina contra a hepatite B é administrada no músculo deltóide, por meio de três doses, com intervalos de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose. Depois de completado esse ciclo, a imunização induz proteção em aproximadamente 90 a 95% dos casos (BRASIL, 2006).

A imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B também se encontra disponível nos CRIE e deve ser administrada em situações especiais como prevenção da infecção perinatal pelo vírus da hepatite B; vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB, sem vacinação para hepatite B; comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B; vítimas de abuso sexual; imunodeprimido após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados. A imunoglobulina deve ser administrada em dose única, 0,5 ml para recém-nascidos ou para adultos 0,06 ml/kg de peso, máximo de 5 ml, por via intramuscular (BRASIL, 2008).

Diferentemente do que conhecemos sobre o vírus da hepatite B, não há, até o momento, uma vacina para imunização contra o vírus da hepatite C; portanto, para a prevenção da infecção pelo VHC é necessário um aconselhamento adequado

com o desenvolvimento de atitudes e orientações para diminuição dos riscos através de informações atualizadas e acessíveis aos pacientes (BRASIL, 2011b).

O reconhecimento das vulnerabilidades individuais e sociais é de fundamental importância e deve ser prioritário como meta a estabelecer o encontro de tais fatores, como o uso de álcool; o uso de drogas sejam drogas injetáveis, inaladas ou pipadas; a prática de sexo sem preservativos, com múltiplos parceiros; o compartilhamento de materiais. Entendendo-se a prevenção como de suma relevância com o aconselhamento, haverá o desenvolvimento de práticas seguras, tais como o não compartilhamento de materiais perfurocortantes, não compartilhamento de objetos de higiene pessoal, uso de preservativos, imunização para as hepatites A e/ou B, para aqueles que não estiverem imunizados, prevenindo-se, dessa forma, a possibilidade de um comprometimento hepático adicional (BRASIL, 2011b).

4 AS HEPATITES VIRAIS

Neste capítulo, constará a abordagem referente às hepatites virais, enfatizando-se as hepatites virais crônicas B e C – objetos de investigação deste trabalho.

O termo *hepatite* significa inflamação do fígado, no entanto, pode envolver outras alterações do hepatócito³, incluindo-se a necrose. A hepatite pode apresentar-se de forma aguda ou crônica. Na hepatite aguda, ocorre a inflamação do hepatócito, que se apresenta com edema e hiperemia, podendo ser causada por vírus hepatotrópicos⁴ (os vírus das hepatites A, B, C, D, E, G, TT, Epstein Baar, citomegalovírus, herpesvírus, adenovírus), drogas ou álcool. A hepatite aguda pode ou não manifestar sintomas. E, na grande maioria das vezes, caracteriza-se por ser oligo ou assintomática. Entretanto, uma das manifestações que os pacientes podem apresentar é a hepatomegalia⁵ dolorosa (FOCACCIA, et al., 1998).

4.1 HEPATITES VIRAIS CRÔNICAS

As hepatites virais têm distribuição universal e diferentes agentes etiológicos e possuem em comum o tropismo pelo fígado. São doenças que se apresentam semelhantes do ponto de vista clínico-laboratorial, entretanto, distinguem-se no que se refere à epidemiologia e à evolução. Nas últimas décadas, houve melhorias no controle das hepatites virais. Entre as doenças que representam problemas importantes de saúde pública, destacam-se as hepatites virais, cujo comportamento epidemiológico, no Brasil e no mundo, tem apresentado grandes modificações nos últimos anos (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

³ Célula do fígado

⁴ Tropismo, aproximação pelo fígado

⁵ Aumento do fígado

Como visto anteriormente, no Brasil, milhões de pessoas encontram-se cronicamente infectadas pelos vírus das hepatites B e/ou C, no entanto, muitas delas desconhecem tal fato. As hepatites B e C podem apresentar tanto formas agudas, quanto crônicas de infecção (a forma crônica manifesta-se quando a doença persiste no organismo por mais de seis meses). As hepatites B e C podem evoluir e causar danos mais graves ao fígado como a cirrose hepática e o carcinoma hepatocelular (FOCACCIA, et al., 1998). Por esse motivo, é importante um acompanhamento médico regular com intuito de avaliação, orientação e prevenção, bem como a realização de exames sorológicos para detecção das hepatites.

No Brasil, as hepatites virais são doenças que necessitam notificação compulsória desde 1996, portanto, cada ocorrência deve ser notificada por um profissional de saúde. Esse registro é importante para mapear os casos de hepatites no país e, com isso, auxiliam a traçar diretrizes de políticas públicas neste setor (BRASIL, 2008).

A responsabilidade da notificação não se restringe a médicos, mas, a todo profissional de saúde e aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino. A notificação deve ser feita tanto para casos confirmados, como para casos suspeitos (HAMANN; LAGUARDIA, 2000).

Quando ocorre a subnotificação, esta se sucede especialmente do caráter passivo da maioria dos sistemas de vigilância e, por vezes, pelo desconhecimento por parte dos profissionais da saúde, que não se atentam à lista dos agravos de notificação nem aos procedimentos para a notificação. A notificação, por parte dos profissionais de saúde, evidencia a importância que este tipo de informação leva a fim de que as ações de saúde pública tornem-se mais eficazes (HAMMAN; LAGUARDIA, 2000).

Em termos de Políticas Públicas, o acompanhamento clínico dos indivíduos com infecção crônica pelos vírus das hepatite B e C deve ser uma das grandes preocupações. Dessa forma, uma estratégia bastante eficaz, que tem o intuito de

prevenir a infecção pelo VHB, é a imunização contra a hepatite B (KAO; CHEN, 2002; RIZZETTO; ZANETTI, 2002).

Em 1981, licenciou-se a primeira vacina contra o vírus da hepatite B, constituída de plasma humano reativo ao antígeno de superfície do VHB, que, posteriormente, foi substituída por vacina composta de partículas do HBsAg produzidas através de tecnologia de DNA recombinante (ASSAD; FRANCIS, 1999).

O primeiro programa de vacinação universal contra hepatite B lançou-se em julho de 1984, em Taiwan. Pacientes gestantes foram rastreadas avaliando-se HBsAg e HBeAg, todas as crianças nascidas recebiam quatro doses da vacina, sendo 0, 1, 2 e 12 meses de idade, constituída de plasma humano, até o ano de julho de 1992. Após essa data, passou-se a usar a vacina recombinante, através de três doses, 0, 1 e 6 meses de idade. Aquelas crianças cujas mães apresentavam alto risco, evidenciado por positividade no HBeAg, recebiam além da vacina a imunoglobulina hiperimune, dentro das 24 horas após o nascimento. A taxa de cobertura com a imunização para hepatite B em crianças evidenciou neste trabalho uma proteção entre 84 e 94%. O programa estendeu-se a pré-escolares, escolares e adultos (CHANG, 2010).

A incidência de infecção crônica pelo vírus da hepatite B notadamente reduziu-se nas crianças após a introdução do programa de imunização universal contra o VHB. Uma análise do impacto de vacinação contra hepatite B, após vinte anos de instalação desse programa, evidencia o nítido declínio da soropositividade do Anti HBc para a metade, ou seja, de 38% para 16% (CHANG, 2010).

A OMS teve como recomendação a todas as nações membros a imunização contra o VHB, a partir de 1991 (SALLERAS et al., 2005).

Houve uma mudança na endemicidade da infecção pelo VHB no Brasil a partir da década de 90, com a implementação de campanhas de vacinação contra hepatite B. Em algumas regiões do estado do Amazonas, houve a implantação da vacina em menores de 1 ano e em menores de 15 anos, nos anos de 1991 e de 1996 respectivamente. Na região de Lábrea, no estado do Amazonas, a taxa de

portadores do VHB passou de 15,3% em 1988 para 3,7% em 1998. Na região de IPIXUNA, esta queda foi de 18 para 7%. Em 1992 implantou-se a vacinação no estado do Acre para as mesmas faixas etárias e, em 1993, para o restante da Amazônia Legal (BRAGA et al., 2004; FOCACCIA et al.,1998; SOUTO,1999; VIANA et al., 2005).

No ano de 1993, implantava-se a vacinação para menores de 4 anos nos Estados de Santa Catarina, Espírito Santo e Paraná. Redefinida em 1996, a vacinação passou a ser recomendada para menores de 15 anos e nesse mesmo ano, passou a fazer parte do calendário de vacinação para o restante do país para menores de 1 ano de idade (BRAGA et al., 2004; FOCACCIA et al., 1998; SOUTO,1999; VIANA et al., 2005).

A instituição da imunização contra hepatite B para menores de um ano, em 1998, e posteriormente a ampliação desta para menores de 20 anos, a partir de 2001, caracteriza o perfil de modificação da prevalência da hepatite B (BRASIL, 2003). A partir do que foi visto, a imunização para hepatite B elevou-se em 2011 com a extensão da faixa etária para 24 anos e finalmente em janeiro de 2012 ampliou-se para os 29 anos de idade (BRASIL, 2012).

A imunização para o vírus da hepatite B é, portanto, obrigatória em todos os recém-nascidos. É importante a implementação de medidas continuadas de educação para a saúde, baseadas na prevenção, particularmente nas faixas etárias que não foram abrangidas pela vacinação, como os adultos sexualmente ativos. Os indivíduos com infecção crônica pelo VHB devem receber informações pormenorizadas, que permitam a mudança de estilos de vida, sobretudo atitudes preventivas de transmissão da infecção pelo VHB, em nível intradomiciliar e na prática do sexo seguro. Com tais medidas, espera-se uma redução significativa da infecção pelo vírus da hepatite B nas futuras gerações (BRASIL, 2008).

Há evidências de maior prevalência do VHB em populações com menor complexidade urbana, como na Amazônia e em outros bolsões regionais do interior do Brasil (VIANA et al., 2005; TAVARES NETO et al., 2004). A prevalência da infecção crônica pela hepatite B também se mostrou importante entre a população

asiática, que, com a migração para o território brasileiro, perpetuaram-se os mecanismos de transmissão vertical e, com isso, manutenção de elevada taxa de prevalência da infecção (CARRILHO, et al. 2005). As populações com maior vulnerabilidade para hepatite B também apresentam maior prevalência de infecção crônica do que a população em geral, chegando a alcançar 27,3%, dentre aqueles moradores da cidade de São Paulo que são usuários de drogas, contra 3,3% nos demais indivíduos (MARCHESINI, et al., 2007).

No Brasil, os serviços de hemoterapia apresentam normas técnicas rígidas, através da resolução da Diretoria Colegiada nº 153 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, realizada em 04 de junho de 2004, que determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos (BRASIL, 2004).

No sentido de se aumentar a segurança para os receptores de sangue e hemoderivados, exige-se que na triagem laboratorial tenha-se uma alta sensibilidade, o que se denota pela identificação de doença em indivíduos realmente doentes. Entretanto, não há ainda disponibilidade em nosso meio, de um teste sorológico com sensibilidade de 100%, o que acaba por levar a um percentual de resultados falso-positivos (KIM; LEE; AHN, 1999).

Os serviços de hemoterapia responsabilizam-se pela convocação e orientação de doadores que apresentem resultados reagentes, encaminhando-os a serviços que possam realizar alguns exames complementares necessários ou teste confirmatório (BRASIL, 2004).

É desejável uma abordagem multidisciplinar aos pacientes portadores de hepatites crônicas virais, para que se possa promover uma atenção integral e individualizada. Com isso, pode-se criar um vínculo entre paciente e serviço especializado, no qual se inclui toda a equipe de saúde, contribuindo para a adesão do paciente às consultas médicas, acompanhamento com exames laboratoriais e tratamento caso este seja indicado. Os exames são oferecidos pelo SUS, bem como o tratamento de forma integral aos pacientes (BRASIL 2008, 2011b).

Existem vários tipos de hepatites virais, entretanto, foram abordados os tipos B e C, pois parte dos sujeitos da pesquisa são pacientes cronicamente infectados desses tipos de hepatites.

4.2 HEPATITE B

A hepatite B é uma das causas mais comuns de infecção viral crônica no mundo (McMAHON, 2010). Considerou-se tratar a hepatite B especialmente nos seguintes aspectos: prevalência, agente etiológico, vias de transmissão, história natural e diagnóstico.

4.2.1 Prevalência da hepatite B

Estima-se que 40% da população mundial tenha tido contato com o vírus da hepatite B, caracterizado pela detecção, no soro, de anticorpos dirigidos contra o antígeno do core do VHB – anti HBC total. Mais de dois bilhões de pessoas são expostas ao VHB, dentre estas, 350 a 400 milhões têm a infecção crônica e aproximadamente um milhão de pessoas morre por ano devido a causas relacionadas ao VHB (McMAHON, 2010).

O VHB apresenta maior prevalência na Ásia, África, sudeste da Europa e América Latina. As regiões que apresentam elevada prevalência para o VHB também possuem altas taxas para o carcinoma hepatocelular, que é a neoplasia primária mais frequente do fígado (CHANG, 2010).

No Brasil, a prevalência da hepatite B apresenta uma elevada variação regional (BRASIL, 2008). Por meio do Inquérito de Hepatites Virais, no Brasil, em 2010, o número de casos confirmados de hepatite B elevou-se para 104.454, com predomínio de notificações na Região Sudeste (36,6%), seguida pela Região Sul (31,6%). Desde 2002, a região sul apresenta a maior taxa de detecção por 100 mil

habitantes (13.3), seguida pela Região Norte (12.6). Outro dado importante é que dentre os casos de hepatite B confirmados entre 1999 e 2010, 12.261 ocorreram em gestantes (BRASIL, 2011a). Na realidade, esses dados devem ser avaliados com cautela, pois, ainda há muita subnotificação e nas regiões sudeste e sul, concentram-se a maior parte dos serviços de referência do Brasil, portanto, são os serviços que notificam mais.

Este Inquérito de Hepatites Virais apresentou como objetivo a estimativa da prevalência das infecções pelos vírus A, B e C realizado nas capitais do Brasil e no Distrito Federal. Caracterizou-se por ser o maior estudo de base populacional realizado para investigar a prevalência dos marcadores de hepatites virais na população do país, visto que incluiu 19.634 indivíduos entre 10 e 69 anos de idade para a avaliação das hepatites B e C (BRASIL, 2011a). Entretanto, a crítica a esse inquérito é que ele foi realizado somente com a população das capitais e do Distrito Federal e é necessário ressaltar que a prevalência da hepatite B, possui uma grande variação regional, uma vez que cidades vizinhas podem apresentar graus distintos de endemicidade.

4.2.2 O vírus da Hepatite B

O vírus da hepatite B foi identificado pela primeira vez na Filadélfia, em 1964, no soro de dois pacientes hemofílicos, politransfundidos. Blumberg e colaboradores encontraram no soro desses pacientes um anticorpo que reagia com o antígeno presente em soro de um aborígine australiano. Por ter sido descoberto em um aborígine, foi inicialmente denominado de *antígeno Austrália*. Atualmente, sabe-se que esse antígeno encontra-se na superfície do vírus da hepatite B e, portanto, é denominado antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) (BLUMBERG, ALTER; VISNICH, 1965).

O VHB é pertencente à família Hepadnaviridae, que tem como característica o tropismo pelas células hepáticas e um genoma constituído por uma molécula de DNA de fita parcialmente dupla (PRINGLE, 1998).

Existem oito genótipos do VHB, que recebem denominação de A até H. Eles são distintos entre si pela sequência de nucleotídeos do genoma e variam quanto à distribuição geográfica. Há evidências de que a patogenicidade e a resposta terapêutica varie em função dos diferentes genótipos (CHU; LOK, 2002).

O vírus da hepatite B pode ser encontrado no soro de pacientes infectados sob duas formas distintas. Uma delas é como partícula viral completa, com potencial de infectividade, conhecida como partícula de Dane, que tem 42 nm de diâmetro. E a outra é como partículas esféricas ou cilíndricas, que medem 27 nm de diâmetro e que não são infectantes, pois são constituídas apenas pelo envelope viral. A partícula viral completa, ou partícula de Dane pode ser representada por uma estrutura cilíndrica que contém duas camadas, uma interna ou *core* e outra externa. A camada interna contém uma enzima denominada DNA-polimerase, um antígeno de centro estrutural, que é o antígeno do *core* do vírus da hepatite B (HBcAg) e um antígeno solúvel, que é o antígeno do vírus da hepatite B (HBeAg). Identificando-se, dessa forma, o *core* do vírus. Por outro lado, a camada externa contém proteínas antigênicas, que são chamadas de antígenos de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) (TIOLLAIS; POURCEL, 1985).

4.2.3 Vias de transmissão do VHB

As vias de transmissão do vírus da hepatite B são:

- a) sexual;
- b) percutânea;
- c) perinatal ou vertical;
- d) horizontal.

A transmissão sexual é a maior rota de transmissão, cerca de 40% dos novos casos infectados pelo VHB nos Estados Unidos são considerados através de intercuro heterossexual e 25% ocorrem através de homens que fazem sexo com homens (BRASIL, 2008; LOK; McMAHON, 2007).

A transmissão percutânea é uma importante rota para usuários de drogas que compartilham: agulhas e seringas, canudo de cocaína e cachimbo de crack. Outras possíveis situações são o compartilhamento de: escovas de dentes, lâminas de barbear ou depilar, instrumentos de manicure, agulhas de acupunturas, agulhas para tatuagens, piercing, dentre outros (BRASIL, 2008, 2009; LOK; McMAHON, 2007).

A transmissão do vírus da hepatite B da mãe infectada para seu filho é denominada transmissão vertical ou perinatal e pode ocorrer antes, durante ou após o parto. A taxa de infecção ocorre em mais de 90%, no entanto, a vacinação neonatal é altamente eficaz, em 95% dos casos. O risco de transmissão da mãe para o filho está relacionado à taxa de replicação do VHB. Para se reduzir o risco de transmissão perinatal, as crianças nascidas de mães HBsAg positivas devem ser efetivamente protegidas, através de imunização passiva e ativa. Imunoglobulina B para imunização passiva deve ser dada precocemente, se possível nas primeiras 12 horas, porém, pode ser administrado até sete dias após o nascimento, quando a soropositividade da mãe for detectada tardiamente (BRASIL, 2008).

A transmissão horizontal é uma via menor de transmissão, por quebra de barreira da pele ou mucosa, especialmente por contato com outras crianças. O VHB pode sobreviver por um período prolongado no corpo humano, tal como contaminação de artigos domésticos como escovas de dentes, brinquedos, dentre outros artigos (BRASIL, 2008; LOK; McMAHON, 2007).

4.2.4 História natural da hepatite B

Devido à sua alta especificidade, o VHB infecta o homem, que constitui o reservatório natural. O risco de desenvolver doença aguda icterica aumenta com a idade do paciente, inversamente à possibilidade de cronificação. Há 90% de chance dos recém-nascidos se tornarem cronicamente infectados quando entram em contato com o VHB. Todavia, quando a infecção ocorre aos cinco anos de

idade, a possibilidade declina para aproximadamente 30-50% e na idade adulta há uma redução para 5-10% (LOK; McMAHON, 2007).

A infecção pelo vírus da hepatite B pode causar hepatite aguda ou crônica, sendo ambas, habitualmente, oligossintomáticas. Cerca de 30% dos indivíduos adultos apresentam a forma icterica da doença na fase aguda e essa porcentagem é ainda reduzida entre as crianças. O aparecimento de antiHBs e o desaparecimento do HBsAg indicam resolução da infecção pelo VHB na maioria dos casos (BRASIL, 2008).

Nos indivíduos adultos expostos exclusivamente ao VHB, a cura espontânea é a regra em cerca de 90% dos casos. A evolução para formas crônicas ocorre em aproximadamente 5 a 10% dos casos em adultos. 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 marcadores sorológicos (BRASIL, 2008).

Na infância, o risco é inverso, ou seja, naquelas crianças nascidas de mães portadoras do HBsAg e que também possuam reatividade para o HBeAg, o que indica replicação viral, o risco de infecção pelo VHB é de 100% ou próximo a isso ao nascimento. Dessas crianças, 90% desenvolverão hepatite crônica caso a mãe não tenha reatividade para o HBeAg, levando a uma queda deste índice para 15% (MAST, et al., 2005). Entretanto, a administração da imunoglobulina hiperimune contra hepatite B associada à vacina ao nascimento, diminui o risco de cronicidade em menos de 5% (BEASLEY et al., 1983).

Dentre as crianças que nascem sem o vírus da hepatite B, mas que entram em contato com o vírus até os primeiros dois anos de vida, a chance de cronificação pode chegar até a 50% (MAST, et al, 2005). Beasley (1982), Coursaget et al (1987), em seus estudos, avaliando populações respectivamente de Taiwan e Senegal, concluíram que as crianças não infectadas pelo VHB após o nascimento, mas que apresentavam hepatite B antes dos cinco anos de idade, cronificavam a doença em 30% dos casos.

Pacientes cronicamente infectados pelo VHB coinfectedados com HIV, VHC ou com o vírus da hepatite D apresentam risco aumentado de desenvolver hepatite crônica. A coinfeção com o HIV em pacientes com infecção crônica pelo VHB é estabelecida na literatura entre 6 e 15%, sendo que uma maior prevalência dessa coinfeção entre HIV e VHB é observada na África, onde a prevalência tem sido vista em algumas regiões até acima de 15% (WEINBAUM; MAST; WARD, 2009).

A infecção pelo vírus da hepatite B pode ocasionar uma hepatite aguda ou crônica, sendo que ambas, com frequência, levam a poucos sintomas. Aproximadamente 30% dos indivíduos adultos apresentam a fase aguda da doença, na forma icterica, sendo esse percentual menor entre as crianças. O aparecimento do marcador sorológico Anti-HBs e o desaparecimento do HBsAg evidenciam resolução da infecção pelo VHB na maioria dos casos (LOK; McMAHON, 2007).

A cura espontânea ocorre em cerca de 90% dos indivíduos adultos expostos exclusivamente ao VHB e a evolução para as formas crônicas ocorre em aproximadamente 5 a 10% dos casos. A infecção crônica pelo VHB é definida através da positividade do HBsAg pelo período superior a seis meses (LOK; McMAHON, 2007).

Os fatores comportamentais e genéticos, as características demográficas ou o uso concomitante de substâncias tóxicas são importantes, pois podem levar a um risco aumentado de cirrose hepática e de carcinoma hepatocelular nos indivíduos cronicamente infectados pelo VHB. São eles: ingestão de álcool, tabagismo, extremos de idade, sexo masculino, contato com substâncias carcinógenas, tais como as aflatoxinas, história familiar de carcinoma hepatocelular (LOK; McMAHON, 2007).

A hepatite viral crônica B pode ser dividida em quatro fases:

a) 1ª fase: Imunotolerância

- nessa fase, há uma elevada replicação viral, porém sem evidências de agressão hepatocelular. Denomina-se dessa forma devido ao fato do

sistema imunológico do hospedeiro ser induzido a tolerar a replicação viral e, portanto, as aminotransferases estarem normais ou próximas do normal e a atividade necroinflamatória no fígado ser pequena. Essa fase caracteriza-se pela infecção adquirida no período perinatal e persiste inalterada, frequentemente, até antes dos 20 anos de idade (EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER, 2009).

Durante a fase de imunotolerância, os portadores do VHB apresentam níveis bastante altos de VHB DNA, geralmente acima de 10 milhões de UI/ml (McMAHON, 2010);

b) 2ª fase: Imunoclearance

- nessa fase termina a tolerância imunológica, diante das tentativas do sistema imune em eliminar o vírus. Ocorre agressão dos hepatócitos e, conseqüentemente, replicação viral, o que leva a um aumento das aminotransferases (EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER, 2009);

c) 3ª fase: Portador Inativo

- caracteriza-se por níveis indetectáveis ou muito reduzidos da replicação viral, bem como normalização das aminotransferases e, com frequência, soroconversão HBeAg/Anti-HBe. Nesse caso, o sistema imunológico do hospedeiro impõe-se ao vírus e reprime a replicação viral. Contudo, a eliminação do VHB não ocorre porque o DNA viral se integra ao núcleo dos hepatócitos do hospedeiro (EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER, 2009);

d) 4ª fase: Reativação

- nessa fase, costuma ocorrer a reativação viral, com retorno à replicação do vírus. Isso pode ocorrer devido à imunossupressão no hospedeiro, por

várias causas, como quimioterapia, uso de imunossupressores ou devido às mutações virais, o que permite a replicação pelo escape à vigilância imunológica do hospedeiro (EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER, 2009).

Para simplificação das fases anteriormente descritas, a figura abaixo demonstra o algoritmo da história natural através da infecção pelo VHB.

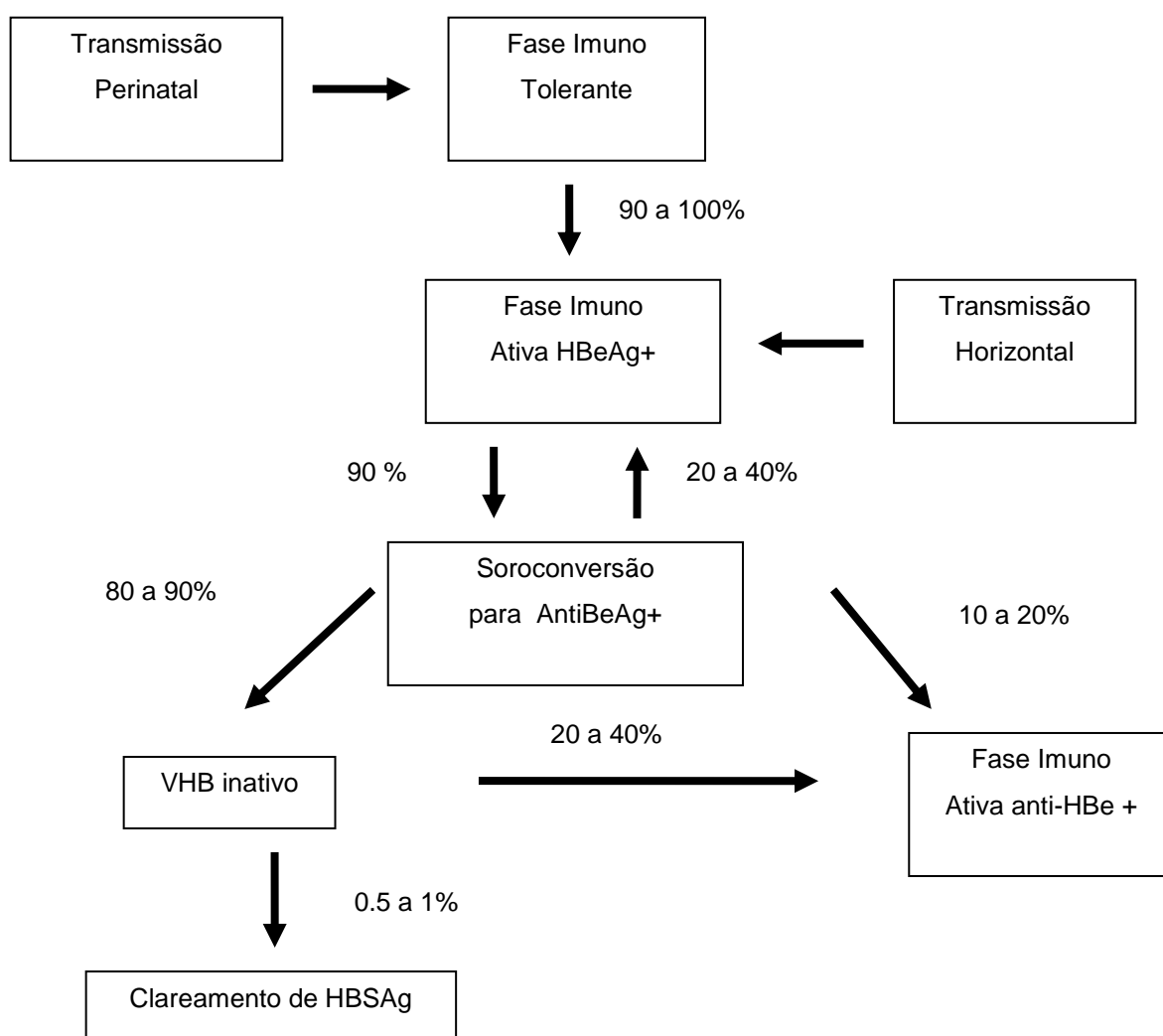


Figura 1 - Algoritmo da história natural da infecção pelo VHB

Fonte: McMahon, 2009.

O carcinoma hepatocelular é a quinta causa mais comum de neoplasia no mundo. Estima-se que mais de 50% de sua etiologia ocorra devido à presença do vírus da

hepatite B. O VHB associa-se à carcinogênese de uma forma multifatorial, por mecanismos diretos e indiretos (McCLUNE; TONG, 2010).

A cirrose hepática é o mais importante fator de risco para o carcinoma hepatocelular, já que cerca de 90% dos carcinomas hepatocelulares relacionados ao VHB têm evidência histológica ou clínica de cirrose hepática (CHAN; SUNG, 2006).

4.2.5 Diagnóstico da hepatite B

Como já descrito, a presença do HBsAg por mais de seis meses, detectada por meio de marcadores sorológicos, indica a cronificação da infecção (BRASIL, 2008).

Os anticorpos do vírus da hepatite B são também importantes marcadores sorológicos para avaliação clínica da infecção. Há o anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B (AntiHBs), o anticorpo contra o antígeno do core do vírus da hepatite B (AntiHBc) e o anticorpo contra o antígeno e do vírus da hepatite B (AntiHBe) (GONÇALVES JUNIOR; GONÇALVES, 2007).

O período de incubação varia de 45 a 180 dias, os antígenos HBsAg e HBeAg podem ser detectados no soro do paciente infectado após este período, o que indica a presença do VHB, bem como replicação viral. O antígeno HBcAg não pode ser detectado no soro dos pacientes, por ser intracelular e insolúvel. O anticorpo antiHBc da classe IgM indica infecção recente pelo vírus da hepatite B, e o anticorpo antiHBc total evidencia que o paciente já teve contato com o vírus da hepatite B, persistindo por toda a vida (GONÇALVES JUNIOR; GONÇALVES, 2007).

O AntiHBe indica o término da replicação viral e o aparecimento do AntiHBs demonstra a recuperação da infecção pelo VHB ou a resposta ao esquema vacinal para aquelas submetidos à imunização contra a hepatite B. O AntiHBs é um marcador que confere imunidade tanto aos pacientes que conseguiram clarear o

vírus como àqueles respondedores à imunização (GONÇALVES JUNIOR; GONÇALVES, 2007).

Na hepatite B, pode ocorrer a formação de cepas mutantes devido a alterações na cadeia de nucleotídeos dos genes do VHB pela replicação que se dá por meio da transcrição reversa (FOSTER et al., 1991).

Com o desenvolvimento das técnicas de biologia molecular, houve um avanço para propedêutica da infecção pelo VHB, com métodos para a detecção e quantificação de ácido nucléico viral (CLARKE; BLOOR, 2002).

Existem diversos testes moleculares disponíveis para detecção do DNA do VHB no soro. Esses testes proporcionam a identificação do agente viral durante a fase inicial da infecção e podem contribuir para a elucidação de resultados sorológicos atípicos e para a monitorização da resposta ao tratamento anti-viral. A quantificação da carga viral do VHB por técnicas de biologia molecular é de fundamental importância para melhor caracterizar os subtipos específicos de infecção crônica, como no caso do portador inativo com baixa replicação viral e também em casos de mutantes pré-core (PAWLOTSKY, 2003).

4.3 HEPATITE C

A hepatite C é uma das principais causas de doença crônica do fígado, sendo um sério problema de saúde pública, pois apresenta potencial evolutivo para a cirrose hepática e para o carcinoma hepatocelular, além de se apresentar como a mais frequente causa de transplante hepático (BRASIL, 2005).

Sobre a hepatite C, discutiram-se os seguintes aspectos: prevalência, agente etiológico, vias de transmissão, história natural e diagnóstico.

4.3.1 Prevalência da hepatite C

Estima-se que 180 milhões de indivíduos sejam infectados pelo VHC em todo o mundo, correspondendo a 3% da população mundial (GHANY et al., 2009). Há uma variabilidade no que tange a distribuição geográfica do VHC. A África e a Ásia são dois dos continentes de maior prevalência, por outro lado, encontram-se menores taxas de prevalência em alguns países da América do Norte, Europa e Austrália (SHEPARD; FINELLI; ALTER, 2005).

O Brasil tem sido considerado com endemicidade intermediária para a infecção do VHC, por apresentar prevalência que varia entre 2.5 e 10%, embora os estudos demonstrem que é um país com uma endemicidade ainda menor (BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde considera que a prevalência nacional se aproxime de 1,2% (BRASIL, 2008), o que pode compreender a uma estimativa subestimada, devido à subnotificação dos casos, à manifestação assintomática da doença e às dificuldades de diagnóstico e tratamento da hepatite C (SOUZA et al., 2004).

Os estudos de prevalência do vírus da hepatite C, em geral, estão relacionados a grupos específicos, como os doadores de sangue e usuários de drogas injetáveis ou estão direcionados a situações de risco, como pacientes em hemodiálise e hemofílicos. Entretanto, há poucos estudos em bases populacionais (ESTEBAN et al., 1991).

No Brasil, confirmaram-se 69.952 casos de hepatite C, no período de 1999 a 2010, sendo a grande maioria proveniente das regiões sudeste (47.830) e sul (15.095), perfazendo-se cerca de 90% dos casos confirmados (BRASIL, 2011a).

Por meio do Inquérito de Hepatites Virais publicado em 2011, identificou-se uma maior prevalência de detecção do anti-VHC na região norte (2.1%); seguindo-se pelas regiões centro-oeste e sudeste (1.3% cada uma); região sul (1.2%); Distrito Federal (0.8%) e, por fim, a menor prevalência na região nordeste (0.7%). Dessa forma, constatou-se que a endemicidade da infecção pelo VHC é baixa, em

contrário aos parâmetros da OMS, que considera o Brasil como um país de endemicidade intermediária (BRASIL, 2011a). Entretanto, conforme citado anteriormente, enfatiza-se que foi um inquérito realizado apenas com a população das capitais e do Distrito Federal.

4.3.2 O vírus da hepatite C

Durante muitas décadas, a hepatite C foi uma doença sem um agente etiológico identificado, sendo uma incógnita para os pesquisadores da história natural das hepatites pós-transfusionais não-A e não-B (FEINSTONE et al., 1975; SIMONS, et al., 1995).

Em 1989, após sucessivos estudos de biologia molecular, foi identificado o genoma do agente viral responsável por 80 a 90% das hepatites pós-transfusionais não-A e não-B (HOUGHTON, 2009; CHOO, et al., 1989). Esse agente foi denominado de vírus da hepatite C (CHOO et al., 1989). O marcador sorológico para a detecção dos anticorpos contra o VHC (anti-VHC) foi também identificado no mesmo ano, pelo método ELISA (Enzyme linked immunosorbent assay) (KUO, et al., 1989).

O VHC pertence à família Flaviviridae e ao gênero *Hepacivirus*. Assim como possui uma partícula viral com aproximadamente 50nm a 60nm de diâmetro, que é formada por um envelope externo composto por glicoproteínas e lipídios, além de uma região central constituída de nucleocapsídeo protéico, que envolve o genoma. O VHC apresenta genoma de RNA fita simples (PURCELL, 1977).

Do mesmo modo, ele possui uma grande variedade em sua sequência genômica e classifica-se em seis grandes grupos que denominam-se genótipos, os quais são numerados com algarismos arábicos, conforme a ordem de sua descoberta (SIMMONDS, et al., 1993). Seus distintos genótipos foram reunidos em seis grupos principais e vários subtipos (SIMMONDS, et al., 1994). Mais frequentemente encontram-se os genótipos de 1 a 6, dentre estes genótipos, alguns possuem subtipos, que possuem indicação através de letras (FORNS; PURCELL; BUKH,

1999). Denominam-se quasispécies variantes genéticas que se apresentam com uma heterogeneidade de nucleotídeos, resultantes de mutações durante a replicação viral no percurso da infecção pelo vírus da hepatite (FORNS; PURCELL; BUKH, 1999; BOWEN; WALKER, 2005). Há uma distribuição geográfica diferenciada em relação aos genótipos do VHC. No Brasil, o genótipo 1 predomina, seguido do genótipo 3 (PEREIRA et al., 2002).

Devido às frequentes mutações do VHC e aos inúmeros subtipos virais existentes há dificuldade para se desenvolver uma vacina para a hepatite C (BUKH; MILLER; PURCELL, 1995).

4.3.3 Vias de transmissão do VHC

O vírus da hepatite C é transmitido por contato direto, percutâneo ou através de sangue contaminado, no entanto, em percentual significativo de casos não se identifica a via de infecção (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

Estabelecem maior risco para infecção pelo VHC pessoas que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993; usuários de drogas injetáveis, inaladas ou pipadas, que compartilham materiais contaminados; pessoas que compartilham materiais não esterilizados em pedicures e manicures; pessoas submetidas a procedimentos para colocação de *piercing* e realização de tatuagem e pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos, odontológicos ou outros, sem as devidas normas de biossegurança (BRASIL, 2008, 2011b).

A transmissão sexual, por outro lado, é considerada como causa infrequente de transmissão do VHC, especialmente naqueles parceiros estáveis. Pacientes cronicamente infectados pelo VHC, que possuem múltiplos parceiros sexuais ou que não praticam sexo seguro, com uso de preservativo, bem como a existência de doença sexualmente transmissível, podem facilitar essa transmissão. Da mesma forma, considera-se pouco frequente, a transmissão vertical do VHC (BRASIL, 2008, 2011b).

4.3.4 História natural da hepatite C

Aproximadamente 80% das pessoas que se infectam com o VHC não conseguem eliminá-lo e evoluirão para forma crônica da doença. Os outros 20% conseguem eliminar o vírus de forma espontânea, dentro de um período de seis meses a partir do início da infecção (BRASIL, 2005, 2008).

A hepatite C aguda é, em geral, assintomática e, portanto, raramente é diagnosticada nessa fase. Além disso, apresenta evolução subclínica em aproximadamente 80% dos pacientes (CHEN; MORGAN, 2006).

Após a exposição ao VHC, o quadro clínico pode se manifestar entre 6 a 12 semanas, sendo realizado, nesses casos, o RNA do VHC, que pode ser detectado cerca de duas semanas após a exposição ao vírus. Os pacientes com infecção crônica pelo VHC podem manifestar sintomas inespecíficos como fadiga, anorexia, náusea, icterícia, emagrecimento, até manifestações hematológicas como a crioglobulinemia essencial mista, dermatológicas, como a porfiria cutânea tarda e renais como a glomerulonefrite membranoproliferativa. A maioria dos pacientes com doença crônica também se apresenta de forma assintomática ou manifesta somente sintomas inespecíficos, até que apareçam as complicações da cirrose hepática (TERVAERT; VAN PASSEN; DAMOISEAUX, 2007; CHEN; MORGAN, 2006).

A hepatite C aguda pode manifestar-se de forma grave, o que não é comum. Entretanto, o acontecimento de falência hepática fulminante é uma manifestação ainda mais rara. Aproximadamente 25% dos pacientes apresentam clareamento viral de forma espontânea, após um quadro de infecção viral aguda pelo VHC, o que pode ser determinado pela idade menor do que 40 anos, sexo feminino, fatores genéticos e pela presença de icterícia (GHANY et al., 2009; BRASIL, 2011b).

Define-se como pacientes cronicamente infectados pelo VHC aqueles que possuem resultado de Anti-VHC reagente por mais de seis meses associado à confirmação pelo RNA do VHC positivo. A grande maioria dos pacientes com

hepatite C tem seu diagnóstico na fase crônica da doença, o que ocorre, em seu maior percentual, pelo teste sorológico de rotina ou devido a resultado de sorologia na doação de sangue (BRASIL, 2011b).

Grande parte dos indivíduos com VHC tem tendência a desenvolver doença hepática crônica. Aproximadamente 70% a 85% destes indivíduos, independentemente da existência de manifestações clínicas na fase aguda da doença. Passados vinte a trinta anos de infecção, 20% desses indivíduos podem ter evolução para cirrose hepática. A taxa anual para o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular nos indivíduos cirróticos com hepatite C, varia de 1 a 4% (CLARKE, 1997).

Poynard e Afdhal (2010) identificaram, em recentes estudos, diferentes espectros de progressão da doença hepática para a cirrose, subdividindo os pacientes em progressores rápidos, progressores intermediários e progressores lentos ou não progressores. Os progressores rápidos tendem a evoluir para a cirrose hepática em um período inferior a vinte anos; os progressores intermediários tendem a evoluir para a cirrose hepática dentro de um período de 20 a 50 anos, e os progressores lentos podem demorar um período superior a 50 anos para o desenvolvimento da cirrose hepática.

A progressão para a cirrose hepática apresenta influência de fatores como a idade maior que 40 anos, o sexo masculino, a ingestão de álcool, a coinfeção com o VHB ou com o HIV, presença de imunossupressão, esteatose hepática, resistência insulínica e atividade necroinflamatória na primeira biópsia hepática (BRASIL, 2011b).

A infecção dupla VHC e VHB possui maior chance de desenvolver cirrose hepática e carcinoma hepatocelular do que quando presentes de forma isolada (DONATO, BOFFETTA e PUOTI, 1998). A identificação precoce dos pacientes com infecção crônica pelo VHC e o tratamento desses pacientes que tenham risco para complicações associadas ao vírus é de suma relevância para minimizar a morbimortalidade e o desenvolvimento de cirrose e de carcinoma hepatocelular (IKEDA et al., 1999).

A figura 2 demonstra o algoritmo da história natural através da infecção pelo VHC.

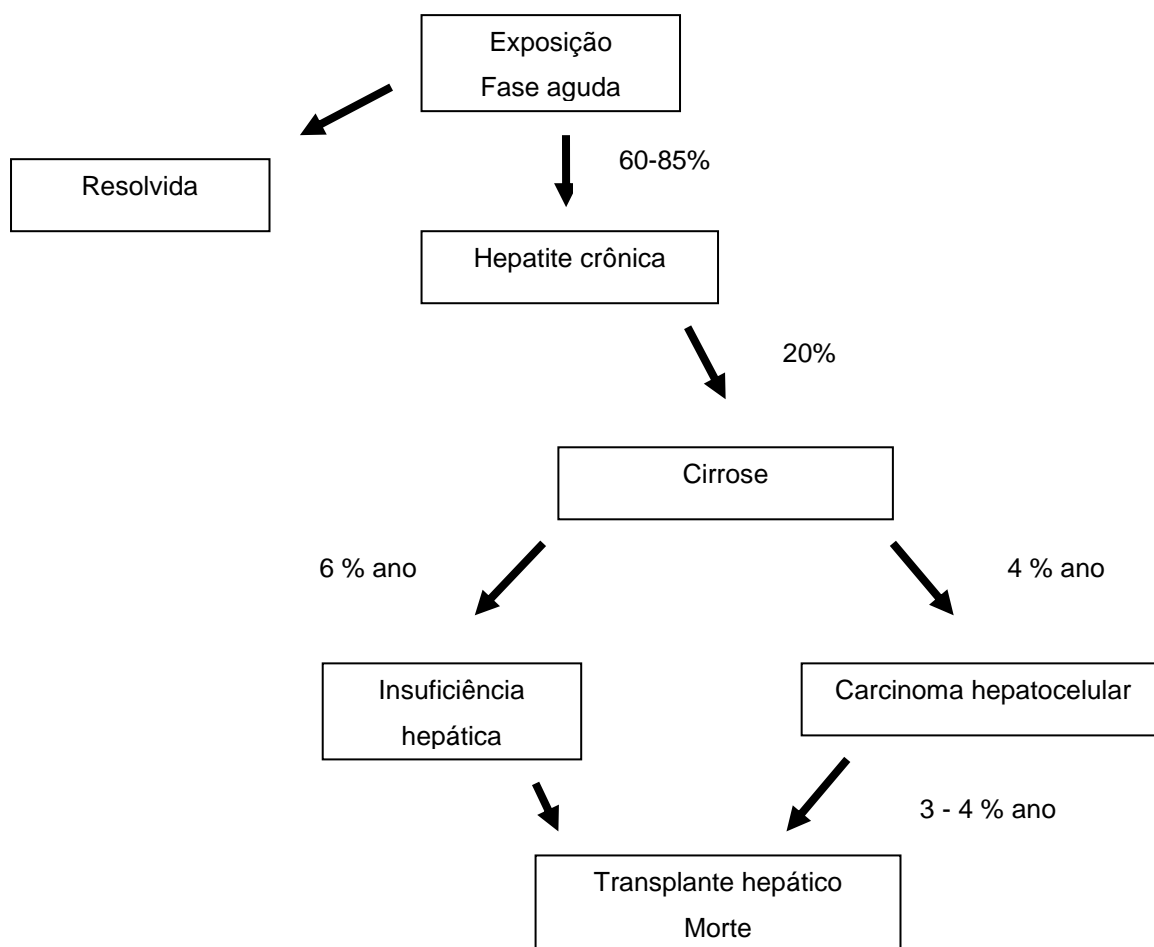


Figura 2 - Algoritmo da história natural da infecção pelo VHC

Fonte: Di Bisceglie et al., 2000.

4.3.5 Diagnóstico da hepatite C

Os exames para o diagnóstico da infecção compreendem os sorológicos que detectam a presença de anticorpos contra o VHC e os testes moleculares de detecção de partículas virais. O exame sorológico para detecção de anticorpos anti-VHC é o ensaio imunoenzimático (ELISA). A detecção do RNA do VHC pela reação em cadeia de polimerase (PCR) consiste na ampliação de parte do genoma viral (LUCIDARME et al., 2007).

O anti-VHC tem sido considerado o principal marcador sorológico, sendo um teste de triagem nos casos de suspeita de infecção pelo vírus da hepatite C. Sua presença não confirma o estado de infecção ativa e deve ser avaliado como presença de contato prévio com o VHC. Um resultado positivo de anti-VHC obrigatoriamente deve ser confirmado com a realização de testes moleculares, ou seja, a detecção do RNA do VHC (DESMET, et al., 1994; BRASIL, 2011b).

Os testes moleculares denominados RNA do VHC possibilitam a detecção do RNA viral de quaisquer genótipos e subtipos do VHC já descritos. Há duas formas de apresentação desses testes: RNA do VHC qualitativo, em que se detecta o RNA viral e o RNA do VHC quantitativo, em que se quantifica o RNA viral (BRASIL, 2011b).

O exame de genotipagem do VHC baseia-se na amplificação do RNA viral, a fim de identificar os genótipos e subtipos do VHC, sendo importante para avaliação terapêutica. Portanto, este é um teste realizado durante a confirmação do diagnóstico de hepatite C crônica (GERMER et al., 1999).

5 A PESQUISA: ADENTRANDO PELO UNIVERSO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS

A metodologia referente às atividades científicas remete a um conjunto de operações instrumentais, sistemáticas e racionais que explicitam o caminho percorrido pelo investigador, visando alcançar seus objetivos. Tal explicitação possibilita que esse caminho possa ser percorrido por outros pesquisadores, proporcionando a detecção de possíveis erros em sua observação do objeto pesquisado (LAKATOS; MARCONI, 1992).

Segundo Contandriopoulos et al, (1999, p. 215),

Quando escolhemos uma estratégia de pesquisa é essencial compreender que nenhuma abordagem de pesquisa é a melhor para todas as questões. A escolha de uma estratégia de pesquisa tem que ser feita considerando, entre outros, a natureza da questão da pesquisa, o contexto no qual a pesquisa se realizará, a formação e a experiência do pesquisador.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Os processos de saúde e enfermidade do sujeito humano podem ser determinados por uma complexa interação de aspectos psicodinâmicos, sociais e culturais, que nem sempre são quantificáveis. Os fenômenos individuais e coletivos, por sua complexidade, extrapolam o domínio das Ciências Naturais, e, dessa forma, tem-se desenvolvido mais amplamente os modelos qualitativos (TURATO, 2003).

Segundo Bauer, Gaskel e Allum, (2002, p. 21), “[...] na pesquisa social, estamos interessados na maneira como as pessoas espontaneamente se expressam e falam sobre o que é importante para elas e como elas pensam sobre suas ações e as dos outros”.

Realizou-se um estudo de abordagem qualitativa, com análise histórica e social, sobre as Políticas Públicas de Saúde concernentes às hepatites virais e o papel do Programa Nacional para Controle e Prevenção das Hepatites Virais em um serviço de referência em hepatologia. Além disso, procurou-se compreender como ocorriam as práticas dos profissionais de saúde deste serviço e qual o entendimento que os pacientes cronicamente infectados pelos vírus das hepatites B e/ou C tinham acerca da doença que os acomete, o papel da família, o preconceito, os fatores de risco e prevenção para as hepatites virais B e C.

Os métodos qualitativos abordam aspectos subjetivos e podem ter caráter exploratório e descritivo, aproximando o pesquisador dos dados, orientados ao processo e ao descobrimento. Possuem amostragem tipicamente intencional, com um pequeno número de sujeitos e permitem a compreensão de particularidades e especificidades dos grupos pesquisados. Nas Ciências da Saúde, demarcam relevantes alternativas para o entendimento científico de fenômenos ligados aos processos humanos de saúde e enfermidade (SERAPIONI, 2000; TURATO, 2003).

A pesquisa qualitativa deriva do pensamento compreensivista. Ela compreende especialmente a ausência de medidas numéricas e análises estatísticas para suas inferências, avalia de forma mais profunda aspectos subjetivos da temática em estudo. Caracteriza-se pela imersão do pesquisador no contexto e a perspectiva de interpretação na condução da pesquisa (KAPLAN; DUCHON, 1988).

Permite a análise de descrições detalhadas de fenômenos e comportamentos; citações diretas de pessoas sobre suas experiências; trechos de documentos, registros e correspondências; gravações ou transcrições de entrevistas e discursos; dados com maior riqueza de detalhes e profundidade; interações entre indivíduos, grupos e organizações (GLAZIER; POWELL, 1992; PATTON, 1980).

5.2 CAMPO DE PESQUISA

O estudo realizou-se no Ambulatório de Hepatites Virais do Hospital Santa Casa de

Misericórdia de Vitória, situado na Região Metropolitana de Vitória, no estado do Espírito Santo. Esta é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, de utilidade pública, que atua no ensino, na pesquisa e na assistência integral da saúde de pacientes oriundos principalmente da Grande Vitória, mas também dos demais municípios do Espírito Santo e de alguns estados vizinhos.

No ambulatório de referência em hepatites virais da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, os pacientes são referenciados para atendimento ambulatorial com exame sorológico positivo ou simplesmente com relato de hepatite. Para aqueles pacientes que apresentam relato de hepatite, após exame clínico, solicitam-se pedidos de sorologia viral para análise diagnóstica e o paciente tem atendimento ambulatorial com a consulta de retorno pré-agendada. Para aqueles que possuem sorologia positiva para hepatite, após um adequado exame clínico, será avaliada a necessidade de realização de biópsia hepática e de realização de outros procedimentos médicos e, tendo-se indicação de tratamento antiviral, o mesmo será iniciado. Os exames e tratamentos são disponibilizados pelo SUS nos Serviços de Referências, como é o caso da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo constituíram profissionais de saúde e usuários⁶ do Serviço de Hepatologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, que foi escolhida por ser um dos serviços de referência do Estado do Espírito Santo ao atendimento de pacientes cronicamente infectados pelo VHB e/ou VHC.

5.3.1 Profissionais de saúde

⁶ A partir desse momento a pesquisadora passará a denominar os pacientes como usuários do serviço.

Os profissionais de saúde participantes da pesquisa trabalham no atendimento aos usuários com infecção crônica pelos vírus da hepatites B e/ou C do ambulatório de Hepatites Virais.

O quadro 1 sintetiza os aspectos sociodemográficos dos sujeitos participantes da pesquisa profissionais de saúde.

Nome ⁷	Sexo	Cor	Estado civil	Profissão
Orquídea	Feminino	Branca	Casada	Médica hepatologista
Tulipa	Feminino	Branca	Casada	Médica hepatologista
Amor-perfeito	Feminino	Branca	Casada	Médica hepatologista
Bromélia	Feminino	Branca	Casada	Enfermeira

QUADRO 1 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde participantes da pesquisa, Vitória, 2012

Fonte: A autora.

Observa-se que o grupo de profissionais entrevistados foi constituído por mulheres, da cor branca, casadas, sendo três delas médicas hepatologistas e uma enfermeira. Essas profissionais apresentavam-se com idade entre 31 e 46 anos. As idades não foram identificadas no quadro, por se tratarem de poucos profissionais, o que poderia caracterizar os sujeitos de pesquisa.

5.3.2 Usuários

O grupo de usuários participantes da pesquisa foi constituído de uma amostra de pacientes atendidos no ambulatório, para a qual se procurou garantir a expressão da variedade sociodemográfica, que caracteriza a população atendida nesse serviço, conforme preconiza-se para estudos qualitativos, não requerendo representatividade estatística.

⁷ Fictício para manter anonimato da identificação.

Todos tinham o diagnóstico de hepatite crônica B ou C. Para o diagnóstico de hepatite crônica B, confirmava-se a presença de HBsAg positivo por mais de 6 meses após a infecção aguda e, para o diagnóstico de hepatite C crônica, avaliava-se a presença de anti-VHC positivo e a presença de RNA do VHC por técnica de PCR qualitativo e/ou quantitativo para confirmação da mesma. Tais dados foram obtidos nos prontuários dos usuários do serviço.

Os usuários submetidos à entrevista, obrigatoriamente, apresentavam idade igual ou superior a 18 anos, sendo subdivididos pelas seguintes faixas etárias: 21-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos e 60-69 anos. De cada faixa etária entrevistaram-se dois usuários, sendo um do sexo masculino e um do sexo feminino. Desta forma, entrevistaram-se, ao todo, dez usuários. Não foi possível a realização de entrevistas com usuários portadores de hepatites virais crônicas nas faixas etárias entre 18 e 20 anos de idade e acima de 70 anos de idade, como inicialmente programava-se no projeto, pois durante todo o período da coleta das entrevistas nenhum usuário com hepatite viral crônica B e/ou C com tais faixas etárias procurou o serviço de Hepatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

A seleção de usuários foi constituída por conveniência, compreendida pelos pacientes que compareceram, a cada primeira semana do mês, às quartas-feiras; caso os mesmos se repetissem a cada primeira semana do mês, foram entrevistados os usuários da segunda semana do mês, e assim sucessivamente.

O Quadro 2 sintetiza os aspectos sociodemográficos dos sujeitos participantes da pesquisa usuários do serviço, cronicamente infectados pelos vírus das hepatites B ou C.

Nome ⁸	Sexo	Idade	Cor	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Renda familiar em SM*	Diagnóstico	Tempo de acompanhamento no serviço	Outros
Jenipapo	F	25	Branca	Solteira	Fundamental incompleto	Embaladora	Até 1	VHB+	6 anos	
Morango	F	37	Branca	Solteira	Médio completo	Diarista	Até 1	VHB+	10 meses	
Amora	F	44	Parda	Casada	Fundamental incompleto	Do lar	Até 2	VHC+	5 anos e 2 meses	
Bacuri	F	58	Branca	Casada	Fundamental incompleto	Pescadora	Até 2	VHB+	1 ano e 2 meses	HTX** em 1982
Damasco	F	65	Parda	Viúva	Fundamental incompleto	Aposentada	Até 3	VHC+	1 ano e 9 meses	HTX em 1978
Ameixa	M	28	Branca	Solteiro	Superior completo	Professor	Até 5	VHB+	1 ano e 1 mês	HSH***
Sapoti	M	34	Branca	Casado	Médio incompleto	Autônomo	Até 3	VHB+	2 anos e 9 meses	
Graviola	M	50	Branca	Casado	Médio completo	Segurança	Até 3	VHC+	6 anos e 8 meses	
Figo	M	56	Parda	Divorciado	Fundamental completo	Pedreiro	Até 1	VHB+	5 anos e 9 meses	Passado de UDI**** Tto***** de hepatite crônica
Carambola	M	68	Branca	Casado	Fundamental incompleto	Aposentado	Até 2	VHB+	9 meses	Cirrótico em Tto

QUADRO 2 - Caracterização sociodemográfica dos usuários cronicamente infectados pelos vírus das hepatites B ou C, participantes da pesquisa, Vitória, 2012.

Fonte: A autora.

* SM – salário mínimo

** HTX – hemotransfusão

*** HSH – homem que faz sexo com homem

**** UDI – usuário de drogas ilícitas

***** Tto – tratamento

O Quadro 2 mostra que, conforme critério de seleção especificado anteriormente, a amostra de usuários participantes da pesquisa contou com cinco sujeitos do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Entre as mulheres, a idade variou de 25 a 65 anos, enquanto que entre os homens a variação foi de 28 a 68 anos. A maioria dos participantes era de cor branca, metade era casada e metade tinha ensino fundamental incompleto como nível de escolaridade. Nenhum deles tinha renda familiar superior a cinco salários mínimos, e a maioria era portadora de hepatite B. Essas características demonstram tratar-se de um grupo de extrato social de baixo rendimento e escolaridade.

⁸ Fictício para manter anonimato da identificação.

5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o alcance do objetivo geral, ou seja, estudar como um serviço de referência em hepatites virais atua no sentido de prevenção e controle da doença, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde que fazem atendimento aos usuários cronicamente infectados pelo VHB ou pelo VHC e com usuários do serviço. Para tanto, foram elaborados pela pesquisadora roteiros semiestruturados para as duas categorias de participantes.

A coleta de dados realizou-se de agosto de 2011 a março de 2012. Anteriormente ao início da coleta de dados, efetuou-se um pré-teste da aplicação do instrumento de pesquisa, procurando adequar a compreensão das questões formuladas. Nele foram entrevistados dois usuários – um do sexo masculino e um do sexo feminino, com infecção crônica pelo VHB ou pelo VHC – e um profissional de saúde que tem atuação em hepatites virais.

As entrevistas foram realizadas em alguns dos consultórios do Ambulatório de Hepatites Virais, garantindo-se o sigilo verbal das entrevistas e o anonimato dos entrevistados (APÊNDICE C e D).

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, registradas em um gravador e transcritas na íntegra, de forma a recuperar a integralidade dos relatos. Com base na transcrição, essas se tornaram documento e base de dados para a análise. Utilizou-se um caderno de campo para anotação da percepção da entrevistadora a respeito da investigação em curso. As entrevistas procederam-se individualmente e sua duração teve variabilidade em torno de vinte minutos a uma hora.

Em um primeiro momento, confirmava-se o diagnóstico de hepatite viral crônica B e/ou C por meio da análise dos prontuários e protocolos dos usuários agendados para a consulta, verificando-se a concordância com os critérios de inclusão, faixa etária e sexo a serem analisados. Objetivava-se também a obtenção de informações que pudessem escapar ao discurso e ao conhecimento informal da

mesma, bem como associar dados formais às percepções e aos sentimentos expressos nas entrevistas.

Os profissionais de saúde eram convidados para a realização da pesquisa mediante a explicação dos objetivos da mesma. O termo de consentimento livre e esclarecido foi devidamente explicado e todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa o assinaram (APÊNDICE A).

Da mesma forma, os usuários cronicamente infectados pelo VHB ou VHC eram convidados para a realização da pesquisa com explicação dos objetivos desta. O termo de consentimento livre e esclarecido foi devidamente explicado e todos os usuários que aceitaram participar da pesquisa o assinaram (APÊNDICE B).

As questões norteadoras foram elaboradas com a finalidade de alcançar os objetivos específicos estabelecidos para o estudo. Para os profissionais de saúde que trabalham no serviço, o roteiro da entrevista semiestruturada continha doze questões norteadoras (APÊNDICE C), que visaram coletar dados acerca do seu conhecimento sobre as políticas públicas em relação às hepatites virais, bem como sobre a operacionalização dessas políticas no atendimento realizado no serviço.

O roteiro da entrevista semiestruturada para os usuários do serviço continha nove questões que buscaram coletar dados sobre seu conhecimento acerca da doença, formas de prevenção e impactos na sociabilidade (APÊNDICE D). Esses dados procuraram fornecer indicadores dos efeitos do atendimento do serviço sobre o conhecimento desses usuários e a prevenção da doença.

Após a décima entrevista, pôde-se constatar que os usuários entrevistados conquistavam satisfatoriamente o critério pretendido de variabilidade de tipos quanto às variáveis importantes, tais como idade, estado civil, profissão ou ocupação atual, grau de instrução, dentre outros aspectos.

Também se observou que, apesar de não ter sido um critério para a delimitação do tamanho da amostra, o conteúdo da fala dos entrevistados tornou-se repetitivo em alguns aspectos, refletindo o que Turato (2003, p. 362) descreve como

“homogeneidade ampla”, o que se relaciona ao critério de saturação. Tendo-se, portanto, um conteúdo adequado, referente à transcrição de muitas horas de gravação, associado às características dos sujeitos da amostra, verifica-se, por meio dos critérios de saturação e dos critérios de variedades de tipos, que a amostra foi devidamente colhida (TURATO, 2003). Portanto, as duas faixas etárias não encontradas, entre 18 e 20 anos de idade e acima de 70 de idade, do gênero masculino e do gênero feminino, não prejudicaram a amostra.

Nas entrevistas, realizou-se escuta diferenciada, restringindo-se as intervenções ao mínimo possível, as quais somente ocorreram para auxiliar a fluência do contexto e a espontaneidade dos entrevistados.

Antes de cada entrevista ser iniciada informava-se aos sujeitos sobre como seria a execução da mesma e a importância da sinceridade no fornecimento dos dados em relação ao conteúdo, e que ao seu término seria disponibilizado tempo para o esclarecimento de qualquer dúvida e, portanto, seriam dadas as devidas orientações específicas aos sujeitos da pesquisa que delas necessitassem. Aqueles que demonstraram falta de conhecimento para emitir suas opiniões durante a entrevista também obtiveram esclarecimentos ao findar da entrevista, mesmo que não demonstrassem dúvidas. Pôde-se observar que foi um momento, em que a maioria dos usuários com infecção crônica pelo VHB ou pelo VHC, aproveitou a oportunidade para o esclarecimento de dúvidas.

A entrevista pode gerar a ocorrência de fenômenos catárticos, pelos quais, por meio da fala, os entrevistados experimentam sentimentos que geraram sofrimento, facilitando, por intermédio da entrevista, a chamada psicoterapia de alívio.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados buscou como fonte especialmente os conteúdos das entrevistas. Entretanto, também avaliou-se a relação dos elementos obtidos no prontuário dos pacientes, na relação pesquisador-entrevistado e nas observações.

Os dados foram analisados utilizando-se a análise de conteúdo (MINAYO, 2004) para identificar as particularidades de cada verbalização, assim como as semelhanças entre as manifestações dos entrevistados. Procedeu-se a análise temática, decompondo-se as falas de cada participante segundo categorias de sentido, sendo posteriormente reagrupadas e analisadas de acordo com os eixos emanados da elaboração teórica e dos objetivos propostos, quais foram: (a) conhecimento das políticas e das estruturas de atenção à saúde voltadas às hepatites virais pelos profissionais de saúde; (b) aplicação das políticas voltadas as hepatites virais no HSCMV. Esse último eixo foi analisado na perspectiva dupla de como os profissionais referiam o atendimento aos usuários e dos efeitos deste atendimento presentes no conhecimento expresso pelos usuários sobre as hepatites virais.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa encontra-se de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e preserva os preceitos éticos, resguarda o anonimato, o sigilo e a privacidade dos pacientes e profissionais de saúde submetidos à entrevista. Esse projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM sob o número 69/2011. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi devidamente assinado por todos os entrevistados que aceitaram participar da pesquisa (APÊNDICE A e B).

Os sujeitos de pesquisa mantiveram-se informados a respeito dos objetivos do projeto de pesquisa. Foram informados sobre a possibilidade de se retirarem do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a seu atendimento, no caso dos usuários cronicamente infectados pelo VHB ou VHC. Todo o material utilizado permanecerá sob a responsabilidade da pesquisadora principal durante cinco anos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CONHECIMENTO DAS POLÍTICAS E ESTRUTURA DE ATENÇÃO À SAÚDE VOLTADAS ÀS HEPATITES VIRAIS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Com relação às políticas de saúde sobre o atendimento às hepatites virais, o Ministério da Saúde propõe competências em três níveis de atendimento pelo SUS. São elas: Atenção Básica, constituída pelos Centros de Testagem e Aconselhamento; Unidade Básica de Saúde e Programa de Saúde da Família, que possuem como competências a promoção à saúde, a prevenção, triagem sorológica e o acompanhamento de pacientes; Serviço de Média Complexidade, composto pela Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade, que se responsabiliza pelos exames confirmatórios, biópsias hepáticas, definição de necessidade de tratamento e tratamento e manejo clínico de pacientes; e o Serviço de Alta Complexidade, que se constitui de Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, que tem como competência as atividades do nível II, protocolos de pesquisa e o acompanhamento de pacientes em situações especiais, como aqueles em falha terapêutica (BRASIL, 2008). Na grande Vitória, no Hospital das Clínicas (HUCAM) e no HSCMV, por meio do ambulatório de hepatites, realizam-se os serviços de Média e Alta Complexidade.

Os profissionais entrevistados reconhecem as diretrizes emanadas do Ministério de Saúde para o estado do Espírito Santo e o município de Vitória, mas consideram a existência de poucos serviços capacitados plenamente para o atendimento, com estrutura laboratorial, como é possível extrair do seguinte depoimento:

As políticas de saúde que a gente tem no estado e no município acabam seguindo as diretrizes que a gente tem do Ministério da Saúde, o que eu vejo com relação a assistência que é o que eu sei falar mais, é que a gente ainda tem poucos serviços capacitados que possam plenamente atender os pacientes com hepatites, ou seja, poucos serviços, em que a gente tenha profissionais qualificados para atender e que sejam capazes de fazer estrutura laboratorial, PCR, genotipagem, carga viral, em tempo hábil, realização de biópsia hepática e ultrassonografia. Mas assim em relação à política, teoricamente é aquela política que vem centralizada do Ministério da Saúde que a gente teria que fazer. Eu acho que as Unidades

Básicas de Saúde trabalham em relação aos diagnósticos né, nos CTA aqueles centros de triagens anônimos, fazem uma triagem e acabam encaminhando, mas isso fica um fluxo afunilado porque aqui em Vitória a gente tem a Santa Casa e o Hospital das Clínicas que acabam fazendo todo o fluxo, de diagnóstico, biópsia e tratamento. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL)

Por se tratarem de doenças de notificação compulsória, as hepatites B e C necessariamente precisam dessa notificação pela Vigilância Epidemiológica, a fim de se rastrear a fonte de infecção relacionada a cada caso e, conseqüentemente, efetuar a realização de medidas educativas para prevenção e controle. Há também a importância da efetivação da denominada busca ativa, que tem como finalidade a identificação de casos novos de hepatites entre os comunicantes (BRASIL, 2008).

Do ponto de vista da ação da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), os profissionais identificam o Serviço de Vigilância Epidemiológica. Entretanto, consideram a existência de um número pequeno de funcionários, o que dificulta o levantamento dos casos existentes e a abordagem de contactantes. Consideram também a subnotificação dos casos, na medida em que identificam municípios onde não ocorrem nenhuma notificação e usuários em tratamento não notificados, de acordo com o seguinte depoimento:

Na verdade, quanto às políticas de saúde, o estado tem um serviço do Programa Estadual de Hepatites na SESA, a gente tem uma dificuldade muito grande pelo número de funcionários lá e a gente tem visto que falta muito pra Vigilância Epidemiológica, a gente pra ter uma abordagem com relação a assistência teria que ter um levantamento de dados contra a vigilância epidemiológica, com número de casos, quantos pacientes têm indicação de tratar pra gente fazer um levantamento, mas a gente não tem, tem muita dificuldade no estado. Então assim, a gente vê que aqui no estado é subnotificado o número de hepatites, muito mesmo, têm municípios que a gente faz o levantamento, que não notifica, tem pacientes em tratamento de hepatite C, mas nem notificados não estão, então a gente está trabalhando com relação a isso. Quanto a serviços de assistência especializada, aqui no estado tem até bastante serviço com profissional capacitado para o atendimento, muitos mesmo, Colatina, Cachoeiro, São Mateus, tem aqui em Vitória os dois na Santa Casa e lá no HUCAM, então assim, a gente tem muito serviço especializado. No HUCAM tem até dois. Então assim, de atendimento de assistência tem bom, com relação à medicação não está tendo dificuldade, a gente não tem reclamações, as medicações são fornecidas. Agora quando você fala de Política de Saúde onde a gente tem que fazer levantamento de dados para melhorar as notificações para melhorar as investigações e abordagens de contactantes, isso aí a gente tem que melhorar muito ainda. (TULIPA, PROFISSIONAL)

Reconhecem o esforço do Ministério da Saúde, via SESA, para informar tanto à população quanto aos profissionais de saúde sobre as hepatites virais. Entretanto, apontam que há uma demanda muito grande decorrente da prevalência elevada das hepatites virais crônicas na população do Espírito Santo, resultado do baixo índice de imunização por vacinação para hepatite B, especialmente em jovens maiores de 15 anos, conforme indicam os seguintes depoimentos:

Bom, o que eu tenho de experiência é que aqui no estado o Ministério da Saúde tenta levar o máximo que puder de informações ao paciente com hepatite C e hepatite B. A gente vê que tem um esforço grande por parte da Secretaria de Saúde pra tentar informar a população, tanto a população carente, a população que precisa de atendimento, quanto os médicos com relação ao diagnóstico. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL)

Olha só, pra prevenção de hepatite B é o índice de vacinação que ainda não é bom, a gente precisaria apesar de ter vacina disponível no posto de saúde, aumentar a vacinação, parece que, se eu não me engano, que a cobertura vacinal é boa no primeiro ano de vida, mas a gente tem uma faixa etária da população que não ta coberta, principalmente dos pacientes de 15 anos pra cima. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL)

Para isso, destacam a importância da realização de campanhas educativas para a população, visando difundir a informação de riscos e prevenção, pelos meios de divulgação de massa, inclusive em relação à necessidade de vacinação nos grupos mais vulneráveis, tal como sugerem nos depoimentos abaixo:

Então, eu acho que a gente precisaria alertar né, fazer campanhas pra esses jovens e adultos jovens se vacinarem pra hepatite B. E em relação à hepatite C, a prevenção tem que ser divulgada, campanhas do Ministério da Saúde, televisão, quais são os riscos, usuários de drogas injetáveis tem que ser orientados que não podem compartilhar agulhas e seringas, se a gente não pode prevenir o uso da droga a gente tem que orientar que precisa ser feito com seringa e agulha descartáveis. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL)

Eu acho que é a falta de conhecimento da população em relação à hepatite. (BROMÉLIA, PROFISSIONAL)

Entretanto, destacam ainda o papel da capacitação dos profissionais de saúde na divulgação dessas informações, segundo indica o depoimento logo transcrito:

Talvez de maior quantidade de pessoas qualificadas pra poder difundir informação e tentar pegar aqueles pacientes que seriam grupos de risco, é que a gente não fala mais em grupo de risco né, mas tentar difundir a informação pra que aquilo não se perpetue. Então capacitar pessoas, até em postos de saúde mesmo, agente de saúde, pra poder difundir informação, acho que isso é uma dificuldade que o governo tem aqui ou

em qualquer estado. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL)

Para os profissionais pesquisados, a capacitação se faz relevante, tanto no tocante à divulgação de informações, como também a partir do momento da identificação da hepatite, da realização da triagem, da notificação e, especialmente, do acolhimento do paciente e de seus familiares, conforme se observa nos seguintes depoimentos:

O problema que eu vejo, é que o número de profissionais capacitados talvez não seja o número adequado pra poder suprir a necessidade da população, que é uma população grande e sem informação, né. Isso acontece em qualquer lugar, acho que não é só aqui no estado. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL)

Acho que seria gente pra orientar, capacitar mais profissionais de assistência básica mesmo, primária mesmo, agentes comunitários de saúde pra orientar esses familiares quando eles têm diagnóstico ou orientar a família. A gente tem que tomar cuidado não só quando sabe que tem um paciente portador, mas em todos os sentidos, né, vou ter relação sexual com quem eu nunca tive contato, infelizmente, o ideal é usar camisinha pra evitar hepatite B e outras. Primeiro é capacitar mais gente. (TULIPA, PROFISSIONAL)

Agora está se procurando melhorar este atendimento, eu só acho dificuldade para pacientes que chegam de primeira vez ou até encaminhados de banco de sangue, em que o paciente chega aqui com o resultado e ele não sabe nada e ele simplesmente chega aqui e fala que o médico disse que eu estou com hepatite, então eu acho que pra esse paciente é muito difícil vim procurar o primeiro atendimento seja em qualquer centro de referência aqui do Estado, eu acho que a estrutura pra fazer esse tipo de atendimento não tem ainda um esquema bem montado não. Eu acho que falta ainda conhecimento para os próprios médicos que fazem esse primeiro atendimento a esses pacientes. Eu acho que eles ficam até sem ação pra saber pra onde mandar né, eles não têm um conhecimento exato da interpretação dos resultados. (BROMÉLIA, PROFISSIONAL)

Há o reconhecimento de que, de maneira geral, as possibilidades de tratamento têm melhorado nos centros especializados, graças ao acesso universal que caracteriza essa política (no contexto do direito constitucional à saúde presente na Constituição do País), seja na rede pública ou privada. Nesse ínterim, destaca-se o seguinte depoimento de um profissional de saúde:

Eu acho que com relação ao tratamento a gente tem melhorado, ano após ano. O que limita ainda é que é um tratamento de alto custo, então esse tratamento embora seja de alto custo, ele é totalmente custeado pelo estado e pela União, pelo Ministério da Saúde, mas de vez em quando a gente ainda enfrenta falta de medicamentos, paciente ligar ou vir falar com a gente que o abastecimento lá pelo CRE tá irregular, hoje tive que ligar

pra Secretaria de Saúde porque ta faltando ribavirina, a gente sabe que são medicamentos que o paciente não pode ficar sem o uso, então embora a gente tenha melhorado bastante, como são medicamentos de alto custo, às vezes, a gente tem essa limitação, mas assim, o acesso do paciente a medicação melhorou muito e todos têm o mesmo acesso, paciente de rede privada e de rede pública tem exatamente o mesmo acesso a essas medicações e não tem nenhuma diferença de acesso entre pacientes de rede privada e rede pública. Inclusive eu acho que aqui no estado a gente tem que, quem faz atendimento privado são quem também estão inseridos nas unidades de tratamento, que são Hospital das Clínicas e aqui na Santa Casa. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL)

Entretanto, os profissionais de saúde consideram que a centralização dos centros especializados e dos pólos de aplicação de interferon leva à sobrecarga desses serviços, dificultando também o acesso de usuários moradores de municípios do interior do estado, devido à longa distância. Além disso, apontam também os altos custos com exames diagnósticos, mas, principalmente, com a medicação ministrada, aliados à burocracia que dificulta a sua utilização. Nesse sentido, destacam-se os depoimentos abaixo transcritos:

Profissional de saúde, eu acho. Serviços e profissionais de saúde especializados para tratamento e acompanhamento desses pacientes, essa é a maior dificuldade, até porque, serviço especializado pro tratamento, a gente não tem serviço hoje em dia igual o HUCAM, que faz o acompanhamento e aplicação de interferon. Pólo de aplicação é uma coisa que tem no HUCAM e tem em Cachoeiro e Colatina, mas acho que não tem em nenhum outro local, então sobrecarrega demais o HUCAM. Então a gente precisava de mais serviços funcionando, isso dificulta o tratamento. São Mateus tava pra abrir também e fechou, é um problema. Agora, outra dificuldade também é com o CRE, com as medicações, os pacientes têm dificuldade para pegar os remédios porque o exame venceu, exame não venceu, aí pede um beta HCG de paciente de 70 anos, 60 anos que ta fazendo medicação pra hepatite B, o problema não está sendo só na assistência médica, mas acho que na farmácia e outra coisa também de dificuldade de tratamento são os exames PCR, HBV DNA, PCR do vírus da hepatite C, demora bastante, principalmente de vírus da hepatite B agora ta tranquilo, agora de C demora três, quatro meses, não tem jeito, exame laboratorial tem prejudicado bastante. Agora com protocolo novo de hepatite C, isso vai ficar mais difícil porque vai ter que ter o resultado na mão, a possível inclusão de boceprevir e telaprevir no tratamento, esse PCR vai ter que estar na mão. (TULIPA, PROFISSIONAL)

O custo, dosagem de carga viral que a gente precisa pra fazer diagnóstico e avaliação de tratamento, custo de biópsia pra poder avaliar tratamento, né e o custo do próprio tratamento que é caro ainda hoje em dia. Mesmo no tratamento que a gente está acostumado a fazer e os medicamentos novos que estão pra vir, que a gente tem aí, acho que pelo menos do que a gente tratou, 60% são não respondedores, então vai ser um gasto triplicado, quadruplicado dentro dos próximos anos pra poder tratar esses doentes com remédio novo. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL)

Eu acho que falta profissional, porque os CTA não estão conseguindo fazer esse atendimento necessário para os pacientes que estejam

surgindo, eu acho que por falta desses profissionais muito paciente fica sem atendimento, então não tem o diagnóstico, quando eles vêm, principalmente esses pacientes do interior, o estágio já está avançado. Eu acho que o município também enfrenta essa burocracia que tem desses atendimentos, dos pacientes irem até o CRE pra tentar resolver e eles não estão conseguindo, então paciente volta aqui e o médico fala assim é mais isso que tem que preencher, aí vai lá e ainda não consegue, ainda ta faltando alguma coisa. Eu acho que tinha que facilitar isso, até pro próprio paciente eu acho que tinha que ter mais centros para ter esse tipo de atendimento, para eles não se deslocarem, porque a gente tem muitos pacientes do interior, que até chegar ao centro de atendimento é difícil. (BROMÉLIA, PROFISSIONAL)

Por fim, os profissionais de saúde apontaram o número insuficiente dos próprios profissionais nos diferentes níveis, o que consideram dificultar a efetivação de um bom atendimento, do acolhimento ao encaminhamento de todas as necessidades do trabalho, conforme se extrai dos seguintes depoimentos:

Insuficiente né, a gente precisaria de mais pessoas, é o problema de saúde de qualquer doença e do nosso país, vamos interiorizar isso, isso não pode ficar restrito só na capital, precisaria de ter mais pólos no interior, mais gente capacitada no interior né, pra gente melhorar isso. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL)

É pequeno, mas a gente tem, o ideal é um número maior. Na verdade, o que a gente precisa também é de um pólo de aplicação, não tem jeito, a gente precisava de um serviço com um número maior de atendimentos com um pólo de aplicação, eu acho. E a facilidade dos exames, não adianta ter um pólo de aplicação, se não tiver exame na mão, não tiver como manusear o paciente também, ele vai passar mal, vai ter exames alterados e eu preciso de um feedback. (TULIPA, PROFISSIONAL)

É pequeno, eu acho que é pequeno, qualificação do pessoal adequada pra tratar bem é pequena, a gente vê um monte de gente tratando mas a maioria não sabe o que que tá fazendo. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL)

São poucos, muito poucos. Tanto médicos, como enfermeiros treinados para fazer isso, muito poucos, porque pra gente que fica ali, se a gente não pega esse paciente e não dá uma orientação direito, ele vai embora, porque chega com qualquer resultado, se vem uma outra pessoa e diz que não faz esse atendimento aqui, o paciente não vai voltar mais. Então eu acho que falta profissionais treinados para fazer esse tipo de atendimento, esse tipo de acolhimento. (BROMÉLIA, PROFISSIONAL)

6.2 APLICAÇÃO DAS POLÍTICAS VOLTADAS ÀS HEPATITES VIRAIS NO HSCMV

O HSCMV é um hospital filantrópico, com serviço de referência para tais doenças, cujos profissionais procuram fazer uma abordagem clínica e terapêutica dos usuários cronicamente infectados pelo vírus da hepatite, segundo às recomendações do Ministério da Saúde.

6.2.1 Conhecimento dos usuários sobre as hepatites virais

Percebeu-se, em alguns momentos, que os usuários entrevistados demonstraram total desconhecimento sobre a definição do termo hepatite viral. Três deles afirmaram não saber nada; três expressaram tratar-se de uma doença viral; outros três identificaram a doença pela localização hepática. Somente um evidenciou um conhecimento maior sobre a doença:

É uma doença hepática diretamente ligada principalmente ao fígado, tem três classificações A, B e C. Até meu nível de entendimento a hepatite A é amena, é mais fácil de tratar e tudo mais. A minha é a hepatite B e foi transmitida sexualmente. O que eu entendo dela é isso. (SAPOTI, USUÁRIO)

Para um dos usuários, o conhecimento manifesto externou os preconceitos sociais em relação à doença, considerada como doença grave:

Nunca passou pela minha cabeça, pra mim é uma doença comum, às vezes, eu tava até falando assim com a minha colega, que às vezes eu tenho até medo de ficar falando com as pessoas, igual no serviço, amanhã vou falar que eu faltei porque eu tenho essa consulta, né, aí uma vez eu falei no serviço que eu tava, as menina tudo se manifestou de mim com medo, não tem? Aí eu acho, pra mim, que é uma doença comum, igual eles acham que é uma doença grave né, pra mim é comum, assim, você se tratando, se cuidando, eu acho, mas eu não sei o que que é. (JENIPAPO, USUÁRIO)

Em relação às formas de transmissão das hepatites virais B e C, dois usuários responderam não saber; sete deles responderam transfusão sanguínea; sete

usuários lembraram-se do compartilhamento de objetos cortantes (alicates de unha em manicures, aparelhos de barbear, agulhas e seringas); seis deles lembraram-se da relação sexual sem proteção:

Relação sexual, transfusão de sangue, eu acredito. (AMEIXA, USUÁRIO)

Eu sei o que a doutora me falou pega em relação sexual, transfusão de sangue, manicure e dentista. (BACURI, USUÁRIO)

Eu vejo falar que é transmissão de sangue, alicate de unha e até agora eu vi só isso, né. (DAMASCO, USUÁRIO)

Basicamente a mesma da AIDS. É transmitida por contato sanguíneo, hoje por transfusão de sangue, isso quase não se vê mais, não compartilhar agulha e seringa pra quem usa drogas, sexo, basicamente isso. (SAPOTI, USUÁRIO)

Seringa, prestobarba, sexo sem proteção, drogas, usar a mesma agulha. (FIGO, USUÁRIO)

Eu entendo que a hepatite B e a hepatite C pega no sangue, alicate, sexo sem camisinha, barbeador, seringa sem esterilizar, acho também que transfusão de sangue e dentista. (AMORA, USUÁRIO)

Alguns poucos demonstraram equívocos, mitos ou preconceitos relacionados ao compartilhamento de copos e água da chuva parada:

Fala que pode ser com alicate de unha, transfusão de sangue, doação de sangue, relação sexual, até pelo copo também eles falam, né? [...] Os outros, quando você chega perto de alguém e fala ah eu to com hepatite, eles começam até a esconder os copos, começam a pegar copos descartáveis, você sente assim quando vai na casa do vizinho, de um parente, vai fazer uma festa pega copo descartável, aí depois todo mundo esquece de novo começa a tomar no copo de vidro mesmo, mas fica aquele meio preconceito. (MORANGO, USUÁRIO)

Eu acho que a médica tinha falado pra mim que pegava em três formas, na água parada de chuva, no salão no caso de unha e na transmissão de sangue. (JENIPAPO, USUÁRIO)

Três usuários responderam não saber quais são os sintomas das hepatites virais crônicas. A maioria expressou conhecimento da sintomatologia em função da sua própria história: dois relataram o caráter assintomático da doença; dois lembraram-se de icterícia (olhos e pele amarelada) e outros da ascite (barriga d'água), que resulta no acúmulo de líquido na cavidade peritoneal, do edema, de outros sintomas inespecíficos e da cirrose. Nesse contexto, destacam-se os seguintes depoimentos:

Sinto inchaço, muita sonolência e muita dor. (AMEIXA, USUÁRIO)

Eu não conheço porque quando foi descoberto eu tive cólica intestinal, vômito e eu fui ao médico e levei um exame e ele disse que eu tava com anemia profunda, que eu tinha que procurar um hematologista, aí eu fui lá pro Santa Rita, aí dói fazendo os exames que acusou hepatite. Mas antes eu não sentia nada. (DAMASCO, USUÁRIO)

Eles falam que os olhos ficam um tanto amarelados. O meu irmão chegou a ter, como se diz assim, checou a ficar debilitado, a dele foi crônica mesmo, hoje ele está bem melhor. A hepatite do meu irmão é B também. Ele começou a ter muita fraqueza e começou a não conseguir trabalhar direito, minha mãe decidiu procurar o médico pra ver o que podia tá fazendo por ele, onde constatou que ele tem o vírus da hepatite, aí ele ficou internado. (SAPOTI, USUÁRIO)

Dependendo do estado dela você vai passar a, o nome certo seria o quê? Barriga d'água, tipo assim, né. (FIGO, USUÁRIO)

Eu vou tirar por mim, se eu te falar que eu não sinto nada. Eu vim descobrir através de exames, então foi através desses exames que eu descobri que tenho hepatite, mas não sinto nada, né. (GRAVIOLA, USUÁRIO)

Se não tratar vira cirrose. (AMORA, USUÁRIO)

Em relação aos tipos de hepatites virais, quase todos reconheceram a existência dos vírus das hepatites A, B e C. Inclusive, um deles, expressou conhecer outros.

A, B, C e D. Devem ter mais outras, não? A hepatite C é a mais forte, é mais forte do que a hepatite A e a B, não é? (GRAVIOLA, USUÁRIO)

Em relação às formas de prevenção das hepatites virais B e C, quatro disseram não saber ou não lembrar. A maioria dos demais referiu-se ao uso de preservativos nas relações sexuais e ao não compartilhamento de agulhas e de objetos cortantes. Dois outros relacionaram também equivocadamente o contato corporal com água parada ou água de chuva:

Usando camisinha, igual no caso de alicate, você sempre fazer unha com seu alicate, né? Água parada não tem como mesmo, né? Igual uma vez, na casa da minha avó, choveu muito, alagou tudo a gente ficou dentro da água, então a gente teve que sair até de dentro de casa, aí não teve como prevenir dela. (JENIPAPO, USUÁRIO)

O desconhecimento das formas de prevenção para um dos usuários levou ao aumento do preconceito em relação aos contatos interpessoais, com repercussão

na manifestação dos afetos:

Bom, uma que eu vejo comentário é não fazer unha com alicate de outra pessoa, o sangue agora é examinado, né, não pega mais pelo sangue, como no meu caso, que foi transfusão de sangue há trinta e cinco anos, quando fiz uma cirurgia da vesícula. Agora, não sei se tem outros jeitos de transmitir, inclusive eu tomava conta das minhas netinhas, pedi até a minha filha que arranjasse outra pessoa pra tomar conta, porque fiquei com medo que pegasse nelas também. Tomava conta de uma netinha de cinco e uma de dois anos. Elas são muito agarradas comigo. (DAMASCO, USUÁRIO)

Somente dois usuários referiram não haver nenhum familiar ou contato intradomiciliar com hepatites virais B ou C. A maioria relatou ter um ou mais irmãos com infecção crônica, além de um ter referido à filha e outro à mãe:

Quase todos têm hepatite na minha família, por incrível que pareça, meus pais não têm, eles tiveram no passado, mas o vírus paralisou e hoje consta que eles não têm. Os filhos quase todos têm, quase todos os irmãos têm, éramos em 12 irmãos, faleceram 2, hoje somos 10, só uma irmã que não tem. Todos os que têm fazem acompanhamento. Moro com uma irmã e meus pais. (AMEIXA, USUÁRIO)

Meu irmão mais novo, ele é três anos mais novo que eu. Meu tio, deve ta com uns 50 anos, descobriu agora que teve também hepatite, descobriu agora há pouco tempo, mas esse tio não mora na mesma casa, nem nunca morou junto. O meu pai, minha mãe e meu outro irmão não têm hepatite. Minha esposa já pegou hepatite e o organismo dela reagiu contra e se tornou imune. Minha filha já é vacinada. Quando eu descobri que era portador de hepatite B foi durante a gestação da minha filha o que causou preocupação na época. (SAPOTI, USUÁRIO)

Sabe, meu irmão tá com o fígado tomado e ele nunca bebeu. Minha irmã por parte de pai, que está nos Estados Unidos, está desenganada já, o fígado tá da cor de carvão, a barriga tá desse tamanho, ela tem cirrose já, mas não toma medicação nenhuma mais, ela ta desenganada, não sei se é por hepatite C, mas o meu irmão é por hepatite, não sei se é por hepatite B ou C, meu irmão X. Meu irmão Z também tem problema no fígado, é irmão de sangue, por parte de pai e mãe, deu problema de hepatite. (AMORA, USUÁRIO)

Do ponto de vista do preconceito relacionado às hepatites virais B e/ou C, seis usuários responderam não perceberem essa atitude nos meios em que convivem:

Nunca observei, falo, nunca escondi, tanto a hepatite B quanto a hanseníase, mas nunca percebi preconceito. As pessoas não sabem como é, mas falam que é sério, pra ir atrás de médico. (AMEIXA, USUÁRIO)

As pessoas sabem, é normal, tenho apoio, nunca ninguém deixou de falar comigo ou ir na minha casa porque eu to com hepatite. (BACURI, USUÁRIO)

Não. Na minha região lá em cima tem muitas pessoas que tem, só que não fazem controle nem tratamento. Quem eu posso falar eu oriento pra fazer o controle. (SAPOTI, USUÁRIO)

Inclusive, um usuário não considera haver preconceito, sendo normal uma atitude de prevenção por parte das pessoas:

Isso é normal. Não interpreto como preconceito, mas como uma prevenção. Eu procuro evitar pra não contaminar outras pessoas, então eu já falo, por exemplo, no dentista, mas eu não tenho passado por esse tipo de situação de preconceito, não. (GRAVIOLA, USUÁRIO)

Outro, reconhece um *autopreconceito*, na medida em que ele mesmo se esquivava de apresentar-se como cronicamente infectado pelo vírus da hepatite a outras pessoas.

Eu é que tenho. A pessoa pode discriminar a gente. Eu não falo com meus amigos que eu tenho. (FIGO, USUÁRIO)

Para outros, entretanto, o preconceito é explícito, com pessoas expressando medo do contágio, inclusive através de idéias equivocadas quanto ao contágio pelo compartilhamento de copos:

Já, com a minha cunhada. Quando meu sobrinho chegou, ela não deixou tomar água do meu copo, quando ele chega perto de mim ela leva o neném lá pra cima, eu percebi, minha mãe também percebeu, mamãe mora embaixo e ela em cima. Sempre que eu chegava lá, ela falava que o meu caso era mais grave que o dela que teve tuberculose. Ela evitava que o neném ficasse perto de mim, entendeu? (AMORA, USUÁRIO)

Tem preconceito sim, porque você comenta com os outros tem sim. Eu não escondo, eu não vou esconder de alguém, eu acho que é besteira ficar escondendo, ficar escondendo pra quê? Nas amizades mesmo, como eu tinha falado antes, começam a querer separar os copos, não querer compartilhar um copo, esse negócio todo, mas depois também acabam esquecendo de novo. (MORANGO, USUÁRIO)

Tenho, assim, eles ficaram com medo, não tem? Até de ficar ali perto de mim, no outro trabalho que eu trabalhei, aí elas mesmas falaram comigo. Aí a menina foi e perguntou pra mãe dela, aí a mãe dela explicou pra ela e depois ela veio falar comigo. “ah, eu fiquei com medo de ficar perto de você, de beber uma água no seu copo”... desse jeito ela me falou. (JENIPAPO, USUÁRIO)

Do ponto de vista das mudanças nas relações familiares a partir do diagnóstico de hepatite viral B ou C, alguns usuários expressaram certa solidão que, entretanto,

parece existir anteriormente ao conhecimento por parte dos familiares:

Ninguém conhecia. Eu entrei em depressão. Não queria fazer futuro, perdi a perspectiva de vida. Ainda tenho depressão. (FIGO, USUÁRIO)

Normal, normal. Na minha família todo mundo sabe. Eu moro sozinha, eu e Deus. (MORANGO, USUÁRIO)

Meus familiares nem sabem. Porque assim não é muito, nós não temos muito contato familiar. Só minha mãe mesmo, meu irmão mesmo não sabe. Tenho dois irmãos, um mora perto de mim, agora o outro desde os doze anos que eu não vejo ele. (JENIPAPO, USUÁRIO)

Para um usuário, o desconhecimento sobre a doença e a inferência de sua gravidade levaram ao sentimento de medo por parte dos familiares, mas, para outros, a gravidade levou a atitudes de solidariedade e de cuidado:

Olha, a única mudança que teve foi porque as pessoas falavam comigo que era muito grave, que podia causar câncer, e aquela outra doença que dá no fígado, cirrose e a pessoa vinha a falecer, aí eu fiquei assim um pouco assustada, mas não to assim apavorada não, o que tem que acontecer com a gente, né, não vai acontecer com outro, vai acontecer com a gente mesmo, né? Então eu não to apavorada. (DAMASCO, USUÁRIO)

Minha família vê com muita preocupação, principalmente depois que meu irmão morreu, ele teve cirrose pela hepatite, aí a família acordou, vamos levar a sério. Antes, a gente não se preocupava, quase não ia ao médico, hoje a gente pensa diferente. (AMEIXA, USUÁRIO)

Eu nunca pensava que ia pegar isso. Minha família toda sabe e cuida muito de mim, principalmente minhas filhas. (CARAMBOLA, USUÁRIO)

Não, nós somos uma família que o que a gente tem que falar a gente fala, a gente não tem vergonha um do outro, desde pequeno a mãe e o pai viu a gente assim, sempre tive uma família de mente aberta, nesse ponto foi bom, porque foi minha mãe que correu atrás disso, que deu o ponta-pé inicial, digamos assim. Ela que foi atrás pra pesquisar a família toda, fez cópia pra encaminhar pro médico. (SAPOTI, USUÁRIO)

Eles se preocupam um pouco, né, perguntam se eu to fazendo tratamento certinho, se eu parei, se estou indo às consultas. (GRAVIOLA, USUÁRIO)

Por outro lado, em relação às atitudes dos amigos após o diagnóstico de hepatite viral B ou C, parece que o isolamento se aprofunda. Muitos usuários afirmaram não terem comentado com os amigos, evitando compartilhar sua situação:

Têm poucos amigos que sabem, amigas, né, mas não mudou em nada não. Eu tenho uma vizinha minha que ela falou que tem hepatite B

também. (BACURI, USUÁRIO)

Não, poucas pessoas têm conhecimento, mas não notei diferença nenhuma não. (DAMASCO, USUÁRIO)

Não contei pra ninguém, só pra minha família, sei que vai existir discriminação. (FIGO, USUÁRIO)

Não tenho comentado nada não. (GRAVIOLA, USUÁRIO)

Não, só no início que eu falei mudou, agora eles esqueceram, eles esquecem, né? Voltou ao normal. (MORANGO, USUÁRIO)

Para um deles, o isolamento se instalou junto a uma depressão, que repercutiu amplamente na vida familiar e conjugal. Emocionado, relatou:

Poucos sabem, que agora eu não saio mais como eu saía, pra balada, pra beber, antes eu tinha essas amizades, né. Eu passei a não sair mais por causa da depressão, que começou por causa da hepatite C, tem dia dra. que eu fico uma semana sem sair de casa, foi só descobrir a hepatite, eu não vou mais em festa, minhas filhas vão lá em casa falam “mamãe sai de casa, por favor!” Eu não saio, só dentro de casa, só dentro de casa, choro muito, em qualquer lugar dra. eu sou muito emotiva. Depois que eu descobri mudou muita coisa, eu sei que tem coisa pior aí, pior do que eu, isso eu tenho que colocar na minha cabeça, minhas filhas tentam passar pra mim “Mamãe, tem gente pior que a senhora, a senhora tá se prejudicando mais ainda”. É outra coisa que mudou também, a minha vida conjugal com meu marido, o sexo, eu não consigo mais ter relação com ele, não sinto vontade. Fico até com dó dele tem dia, mas não consigo mais. (AMORA, USUÁRIO)

Um dos usuários que acredita que a ex-esposa lhe transmitiu a doença, demonstrou instabilidade, além de depressão. Durante a entrevista, ele encheu os olhos de lágrimas e em momentos se mostrou revoltado com a doença:

Por não entender entrei em depressão... Não queria fazer futuro, perdi a perspectiva de vida. Ainda tenho depressão... Uma ex-mulher minha deve ter, eu acho até que peguei dela, na família dela tem uma porção de gente que tem, ou eu botei nela. Eu mandei comunicar com ela, mas ela não quis... (FIGO, USUÁRIO)

Para outro, há o constrangimento de ter que se expor no trabalho, tendo em vista as ausências por ocasião das consultas freqüentes:

Não, só isso mesmo, lá naquele trabalho, mas também eu nem tenho intimidade mais, nem vejo muito essas pessoas de lá. Porque assim, eu não tenho muitos amigos, só do trabalho vou pra casa. Eu não comento não. Só agora que amanhã eu vou chegar no trabalho e vou explicar né, que todo mês eu vou ter que vim né, então eu vou ter que falar pra eles, que tem que vim, que eu não posso deixar, se eu vim, chegar atrasada ou faltar aí eles vão querer saber o por quê da falta, né? Porque eu não to

passando mal nem nada, aí eu gosto de falar porquê. (JENIPAPO, USUÁRIO)

Por fim, alguns poucos relataram maior contato com os amigos após o conhecimento da doença; no entanto, denotaram solidariedade diante da preocupação com a morte:

Não mudou, mas no sentido de orientação dos amigos eu sempre falo aproveita a saúde quem tem. Por enquanto, eu não to sendo medicado, mas, porém eu to em risco, próximo exame já vai saber se vou entrar em medicação. Até onde eu entendo, a medicação é definitiva, não vou interromper o uso dela depois que eu começar, até onde eu entendo. (SAPOTI, USUÁRIO)

Com relação aos meus amigos, tranquilo, não mudou nada. Os amigos ficaram mais próximos. Às vezes, eu penso, será que serei o próximo da família? (AMEIXA, USUÁRIO)

6.2.2 O atendimento aos usuários cronicamente infectados pelos vírus das hepatites virais

Um primeiro aspecto que interessou do ponto de vista do atendimento aos usuários cronicamente infectados pelo VHB ou VHC, foi o conhecimento dos profissionais acerca dos elementos determinantes do processo de adoecimento.

Dentre os elementos determinantes do processo de adoecimento nos usuários com infecção crônica pelo VHB ou VHC observados nas entrevistas, destacam-se, em um primeiro olhar, aspectos como: fatores de virulência da cepa do vírus na interação entre vírus e hospedeiro; fatores relacionados ao hospedeiro (ingestão de álcool e uso de drogas ilícitas, sobrepeso ou obesidade, comorbidades, relação sexual desprotegida, tatuagens); e fatores sociais relacionados ao acesso à assistência médica, inclusive quando é apontada a falta de informação. Nesse ínterim, vale apontar os seguintes depoimentos dos profissionais de saúde:

A gente sabe que a evolução do paciente vai ser diferente, às vezes, o paciente pode ter uma evolução mais rápida ou mais lenta dependendo de fatores individuais, de fatores de virulência da própria cepa do vírus e interação entre vírus e hospedeiro, mas eu acho que a gente tem que acrescentar aí fatores sociais que podem influenciar nisso também, a

dificuldade de conseguir assistência, a dificuldade de conseguir um aconselhamento médico, no sentido da gente orientar, olha se você tem hepatite e bebe você deve evitar o uso de álcool porque isso vai piorar, se você ta com sobrepeso você tem que diminuir, às vezes, são coisas simples que podem ser feitas rotineiramente mesmo na Unidade Básica de Saúde e que poderiam ser determinantes nesse processo de adoecimento, embora um fator determinante talvez seja a interação de vírus-hospedeiro que aí independeria da nossa ação externa, mas seria importante do nosso diagnóstico precoce pra melhor tratar esses doentes. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Comorbidades eu acho uma coisa associada, se faz uso de álcool, o paciente que não faz acompanhamento, acho que o não acompanhamento da própria doença você sabe o que ta tratando, por exemplo, hepatite B, tanto hepatite B quanto hepatite C, com relação ao tratamento, você sabe que quando bem determinados e indicados você diminui o risco de evolução para cirrose, de câncer e das próprias complicações. (TULIPA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Acho que a falta de informação, a partir do momento em que ele não conhece a doença que ele tem, ele não procura assistência, não vai ter o tratamento adequado e ele vai acabar evoluindo pra cirrose hepática e suas complicações. Então, acho que tudo começa com informação e tratamento adequado. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Essas concepções podem ser, em parte, compreendidas pelo fato desses profissionais serem médicos, situação que faz com que destaquem o atendimento médico como aspecto central da determinação da doença. Como se viu, um dos profissionais considerou, entretanto, que a interação vírus-hospedeiro se sobreporia à determinação do cuidado médico.

O profissional enfermeiro também parece ter uma concepção bastante influenciada por sua atuação, ao destacar aspectos da noção de grupo de risco, que fundamenta sua abordagem na pré-triagem:

O que consigo perceber é quando tem as campanhas de teste rápido, que aí eu faço uma pré- triagem e aí eu pergunto se é usuário de drogas, se é etilista, se possui tatuagem, aí isso torna pra gente um grupo de risco. Aí quando vem com algum desses indicadores, eu já pego, já chamo o paciente pra poder fazer uma triagem melhor, se a relação sexual é só com uma pessoa ou não, se ele já recebeu transfusão de sangue, aí a gente já faz uma triagem melhor. (BROMÉLIA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Em relação ao atendimento dos usuários cronicamente infectados pelo VHB ou VHC pelos profissionais pesquisados, relataram a rotina desenvolvida no ambulatório de hepatites do HSCMV, que atende como média e alta complexidade. Como visto anteriormente, os usuários com hepatite crônica B (HBsAg e Anti-HBc

total reagentes), bem como aqueles suspeitos de terem hepatite C (Anti-VHC reagente), em geral, são encaminhados da Atenção Básica para a Média Complexidade, onde se realizará a complementação de exames clínico-laboratoriais e a avaliação para indicação de tratamento (BRASIL, 2008).

Relataram todos os procedimentos por que passam os usuários desde sua entrada no serviço, encaminhados dos serviços de atenção básica com suspeita da doença: primeira consulta com anamnese completa e exame físico, avaliação ou solicitação de sorologias, encaminhamentos para biópsia hepática e outros procedimentos, início de tratamento medicamentoso, orientações preventivas ao portador e cuidados com comunicantes, especialmente no domicílio. Consideraram que o atendimento realizado é de boa qualidade, mas relataram dificuldades em relação à dependência de outros serviços e da estrutura para realização de exames complementares. Nesse contexto, destacam-se os seguintes depoimentos:

O paciente chega, a idéia é que basta ter um encaminhamento falando que tem problema de hepatite ou que tenha uma sorologia positiva para hepatite, que ele vai passar com o médico, a gente vai atender, fazer uma história completa, exame físico e pedir ou avaliar as sorologias que ele tem, dependendo do resultado dessa sorologia, vai ser realizada ou não a biópsia hepática e outros procedimentos e tendo indicação de receber terapia antiviral, ele vai receber essa terapia aqui no ambulatório mesmo. A gente faz todo esse acompanhamento, a única coisa que a gente não faz é o acompanhamento do pré-transplante, a gente acompanha o paciente, quando ele tem indicação de transplante a gente encaminha pro serviço de referência que aí o pré-transplante acompanha junto com a gente e aí se o paciente por acaso for submetido a transplante ele passa a ser acompanhado só no Centro de Transplante. A idéia é acompanhar o paciente durante todo esse período, é o que a gente fala, aqui o paciente dá entrada, ele entra, na verdade, raramente a gente dá alta pro paciente, então todo paciente novo, é um paciente que é agregado ao serviço e que vai ficar sendo acompanhado com a gente durante muitos anos. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Aqui no serviço, geralmente os pacientes são encaminhados de outros médicos, e de outros serviços para atendimento aqui na especialidade, que a gente só atende pacientes portadores de doença hepática, hepatites, cirrose ou outras. Então eles já são encaminhados de outros serviços pra cá, a gente faz o atendimento, solicita os exames, quando os exames são realizados, tem diagnóstico, são notificados aqui pelo serviço, um dos poucos serviços que notifica. Tem fluxo já pré-determinado, os prontuários são separados para pacientes portadores de hepatites acompanhados aqui no serviço e o retorno é pré-marcado. Ele sai da consulta com exames solicitados e com retorno já pra mostrar esses exames e quando eles recebem esses resultados de exames e não tem consulta marcada, aguarda e a gente avalia os exames, não há dificuldade. (TULIPA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

A experiência que eu tenho é aqui na Santa Casa, os pacientes que chegam aqui são bem atendidos, eles têm qualidade de atendimento, o problema é que nem sempre a gente tem estrutura pra poder oferecer o tratamento adequado mesmo com dificuldade né, às vezes vaga pra fazer biópsia, oferta de carga viral por parte da Secretaria, então o atendimento humano é bom, o problema, às vezes, é qualificação de material pra você poder trabalhar. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

O paciente chega até nós querendo marcar uma consulta porque tem hepatite, aí se eu estou lá na frente eu faço o atendimento assim: se ele tem algum resultado de exame, aí ele me mostra, eu vejo o resultado de exame, já vejo se é, já pego e já marco a consulta. De preferência tento agendar para a primeira semana ou na semana seguinte pra que a gente não perca esse paciente. Aí esse paciente vem e recebe o atendimento médico, aí já pede toda a sorologia, já agenda o mais rápido possível e já deixa o retorno marcado para que ele já possa vir. Ele vem e consulta, após a consulta, quando se pede toda a sorologia, a gente já marca os exames, se possível, a gente pede pra coletar até no mesmo dia e já deixa uma próxima consulta agendada. E aí a gente faz uma consulta com orientações, para não compartilhamento de seringas, não compartilhamento de objetos de uso pessoal, aparelho de barbear, uso de preservativo, faz com que traga a família se for casado, a gente faz esse rastreamento de família pra poder estar trazendo aqui e fazendo os exames também. Se for presidiário, a gente orienta a assistente social ou a enfermeira pra que ele possa ter o aparelho de barbear somente dele, cortador de cabelo, usar a lâmina só nele, então a gente faz esse tipo de orientação, com alicate, cortador de unha, escova de dente, seringas, objetos de uso pessoal. (BROMÉLIA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Denota-se, nesses relatos, que há grande responsabilização por parte desses profissionais em relação aos usuários do serviço, ressaltando seu acompanhamento por todo o processo, garantindo o atendimento mais rapidamente possível, preocupados para que não ocorram perdas com desistências do tratamento.

Do ponto de vista das características ou questões de saúde sobre os usuários com hepatites virais que passam pelo ambulatório do HSCMV, os profissionais ressaltaram condições como usuários de álcool, usuários de drogas ilícitas, profissionais do sexo, caminhoneiros, usuários com tatuagens, hemotransfundidos, coinfectados HIV positivos:

Temos muitos pacientes usuários de drogas, usuários de drogas injetáveis são bastante frequentes, paciente que faz uso de álcool. Com relação aos usuários de drogas, às vezes eles não contam na primeira, nem na segunda consulta, mas depois eles falam, olha eu deixei de falar no início, eu usava droga ou eu ainda to usando, to tendo problema de largar, a gente tem esta questão muito importante e muito paciente do interior, muita transmissão vertical da hepatite B, tem algumas famílias com hepatite B, alguns irmãos, mãe e filhos, com hepatite B. Com hepatite C muitos usuários de drogas e pacientes com história de transfusão de

sangue, por isso é sempre tão importante rastrear isso. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Se a gente fizer um levantamento, esses pacientes geralmente previamente fizeram uso de drogas ou têm tatuagens ou pacientes que têm atividade profissional de risco, profissional do sexo, profissionais com uma estimativa de risco maior que são caminhoneiros, estilistas são pacientes também propensos, pacientes dialíticos, hemofílicos, que são as características desses pacientes. A gente recebe muitos pacientes do HEMOES. (TULIPA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Com relação ao álcool, tem uma grande população que faz uso de álcool, na verdade, acho que até por falta de informação, porque alguns quando a gente orienta a necessidade de não fazer uso eles até param de beber durante o acompanhamento, mas na hora que eles chegam a maioria, uns 50 a 60% fazem uso de álcool. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Pacientes com tatuagem, a grande maioria nossa aqui é de pacientes que fez uso de drogas injetáveis, que possuem tatuagem e pacientes HIV positivos. (BROMÉLIA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, dentre as populações caracterizadas como de risco acrescido para infecção pelo VHC, destacam-se aqueles que receberam hemotransfusões antes de 1993. Além do risco de infecção para hepatite C, também podem infectar-se com o VHB usuários de drogas, sejam elas inaladas, injetáveis ou pipadas, devido ao compartilhamento de materiais contaminados, como é o caso de seringas, agulhas, canudos ou cachimbos; pessoas que compartilham materiais cortantes não esterilizados, especialmente aqueles utilizados em manicures, pedicures, podólogos, barbeiros, na colocação de *piercing* ou na confecção de tatuagens; pacientes submetidos a procedimentos médicos ou odontológicos sem que sejam observadas as adequadas normas de biossegurança (BRASIL, 2011b). Para a infecção da hepatite B, o risco de transmissão sexual, em relações desprotegidas, não pode deixar de ser destacado (BRASIL, 2009). Ainda, importante destacar o consumo de álcool, muitos vezes excessivo dentre os usuários com hepatites virais crônicas.

Os profissionais pesquisados destacaram também uma realidade de carência socioeconômica que caracteriza a maioria da população atendida no serviço, o que contribui para constituir uma situação complexa para o atendimento por parte dos profissionais de saúde:

A maioria dos pacientes aqui tem o poder aquisitivo menor né, são

peessoas mais carentes, que não têm condições de outro atendimento em outros lugares, então acaba que eles recorrem pra gente aqui pra tudo, a gente cuida da hepatite, cuida da pressão, do diabetes, então são pacientes que têm uma carência de informação e uma carência cultural maior do que num serviço particular, por exemplo. Acho que é igual ao da UFES, acho que é igual o perfil de pacientes. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Em relação a questões pessoais a gente vê muito, hoje acabei de atender uma aqui, que fazia tratamento, ta há quatro anos sem tratar, por que não veio? “Eu tava me sentindo bem, não tava sentindo nada, então abandonei o tratamento”. O fato de a hepatite evoluir durante muito tempo de maneira assintomática, às vezes, se a gente não tem uma estrutura bem montada, de fazer busca ativa, de se o paciente não vem à consulta a gente telefonar pra chamar pra retorno, a gente acaba perdendo. Duas semanas consecutivas que eu atendo duas gestantes que vieram quando estavam no pré-natal do primeiro filho, tiveram o neném abandonaram o tratamento e voltaram agora quatro anos depois porque estão grávidas do segundo filho, e por mais que a gente oriente, mesmo depois que o neném nascer precisa fazer o acompanhamento porque tem uma doença que mesmo sendo assintomática precisa vir. Outro problema é que, às vezes, vem e não é indicação de fazer tratamento específico com droga, remédio antiviral, então ele vem uma, duas, três vezes e às vezes, fala assim, vou no médico, o médico não faz nada, só olha meus exames, me examina, ta tudo bem e me manda embora, então isso dificulta um pouco, por isso a gente precisa ter um serviço bem montado e uma equipe multidisciplinar, porque não só a consulta médica, mas a consulta da enfermagem, de uma assistente social, que ligue para a casa do paciente e fale assim: Por que você não veio a consulta? Nós estamos te esperando. O quê que aconteceu? Remarca outro dia. Isso é muito importante, é um tipo de ambulatório que a gente precisa disso, de acolhimento, explicar que é uma doença crônica e que eles precisam ter acompanhamento, por isso nossa briga de que o paciente tem que sair daqui com o retorno marcado, ele sai da minha consulta sabendo que daí a três meses ou daí a seis meses ou daí a uma semana dependendo da condição dele ele tem retorno garantido pra passar pelo médico. Além de ser orientado de que qualquer intercorrência ele tem que vir procurar a gente aqui de referência pra resolver. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Portanto, os profissionais de saúde apontaram os limites de uma atenção médica reduzida aos aspectos biológicos e ressaltaram a necessidade de um trabalho que envolva uma equipe multidisciplinar e saberes interdisciplinares.

Em relação aos motivos para resistência no acompanhamento de saúde por parte dos usuários cronicamente infectados pelo VHB ou VHC aos tratamentos propostos, os profissionais destacaram inicialmente dois aspectos. Em primeiro lugar, o caráter assintomático que caracteriza a condição de portador da grande maioria que procura o serviço não dá visibilidade à necessidade de acompanhamento em longo prazo. Afinal, a maioria dos usuários com hepatites crônicas B ou C irá evoluir de forma assintomática nos primeiros anos após a transmissão da doença, porque a hepatite crônica caracteriza-se por ser uma

doença de evolução insidiosa e silenciosa (ALBERTI, 2005).

Em segundo lugar, as questões relacionadas ao tratamento: de um lado, o desconforto decorrente dos inúmeros efeitos colaterais dos medicamentos utilizados (especialmente no que concerne ao tratamento da hepatite crônica C); de outro, a desconfiança quando não lhe são prescritos medicamentos, tendo em vista etapa do processo de adoecimento onde eles ainda não se fazem necessários. Nesse sentido, apontam os seguintes depoimentos:

Tem dois motivos de resistência que eu acho ou que fazem o paciente abandonar o serviço. Um é porque na imensa maioria das vezes, o paciente é assintomático, por mais que a gente explique que precisa vir de três em três meses, de seis em seis meses e que precisa fazer o acompanhamento, às vezes, pelo paciente não estar sentindo nada, ele acaba relaxando e deixando de fazer esse acompanhamento de forma adequada, o outro é que muitas vezes quando a gente propõe pro paciente que precisa fazer biópsia, precisa fazer um tratamento, por serem tratamentos, na hepatite C principalmente, que tem efeitos colaterais importantes, às vezes, o paciente tem medo ou se sente inseguro e acaba querendo abandonar, ou a gente orienta que precisa retratar e ele fala que não, que Deus me livre que não quer ser retratado, que não quer passar por aquilo tudo de novo. Então a gente ainda tem o tratamento principalmente da hepatite C que não é o ideal, uma taxa de resposta não satisfatória e que tem muitos efeitos colaterais. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Hoje eu atendi até um paciente que não quer tomar interferon de jeito nenhum porque ele viu e leu sobre os efeitos colaterais, mas expliquei pra ele que o benefício é que ele tem um tratamento encurtado, com o benefício de talvez soroconverter, então acho que muitas vezes é falta de informação pro paciente que tem resistência ao tratamento por isso, não tem informação da doença, do tratamento. Acho que muitas vezes, quando você fala, por exemplo, da hepatite B, que o paciente vai tratar cronicamente, o resto da vida, ele tem resistência com relação a isso, é um paciente que geralmente não sente nada, não tem nenhuma queixa clínica. Então ele fala, mas eu vou tomar um remédio pro resto da vida? Pra quê? Se eu não sinto nada? Então essa é uma dificuldade que a gente tem e o contrário também existe, às vezes o paciente quer tratar de qualquer jeito, ele quer tratar e não tem indicação de tratar pelo protocolo. (TULIPA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Entretanto, os profissionais entrevistados ressaltaram que a resistência ao tratamento trata-se mais propriamente de falta de informação. Outro profissional destacou aspectos dos vínculos de apoio ao usuário e, particularmente, aquele que ocorre na relação médico-paciente, no que diz respeito a informações prestadas em um vínculo de confiança:

Acho que até a relação médico-paciente, não aqui, mas se você não tiver

uma boa relação médico-paciente você não vai conseguir convencê-lo da importância de manter um acompanhamento e de fazer o tratamento, que não é fácil, que tem um monte de efeitos colaterais, que se ele for fazer é por um ano, tem que ter uma boa relação médico-paciente. Além disso, uma boa estrutura familiar né, ele vai precisar do apoio da família pra fazer o acompanhamento e o tratamento dele. Então acho que tudo começa e tudo termina com informação, se ele for bem informado na hora que ele chega e durante o acompanhamento é um paciente que vai conseguir manter aderência e vai conseguir fazer o tratamento proposto. E aí entra parar de beber, usar o remédio, tudo. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Um profissional destacou a insatisfação dos usuários em relação à falta de informações sobre locais de atendimento médico e burocracia na dispensa da medicação:

O que eles chegam reclamando, é a falta de atendimento médico, a falta de informação onde devem procurar o atendimento e o que eles mais reclamam é a burocracia de papelada. Quando eles precisam usar o medicamento, eles vão até o CRE e chegam lá e está faltando o preenchimento de papéis. (BROMÉLIA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Em relação ao papel da família no tratamento dos usuários cronicamente infectados pelo VHB ou VHC, de modo geral, os profissionais compreenderam ser de extrema importância, principalmente para influenciar a adesão do usuário ao tratamento. Além disso, salientaram ser o ambiente familiar o espaço privilegiado de contágio e propagação da doença, motivo pelo qual se faz necessária a investigação dos comunicantes intradomiciliares. Nesse íterim, destacam-se os seguintes depoimentos:

A família é um ponto central nesses pacientes, primeiro pra ajudar no acompanhamento, é preciso incentivar a vir às consultas. Nos pacientes com hepatite C que estão em uso de interferon a gente chama a família pra vir, explica que o paciente vai passar por uma fase difícil, mas que é uma coisa transitória, mas tem que ter apoio de todo mundo e outra questão que a gente enfatiza muito é que paciente que tem hepatite B principalmente a gente precisa investigar toda a família. Toda a família precisa vir a consulta porque a gente sabe que é uma doença que tem transmissão vertical importante, que tem transmissão horizontal intrafamiliar importante, transmissão sexual para os parceiros ou para as parceiras sexuais, a família é muito importante e a gente sempre pede que venha, que venha o companheiro ou companheira pra ta discutindo isso. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

É essencial, primeiro que a gente tem que fazer é um levantamento de contactantes né, a gente tem que investigar os familiares pra ver se os próprios são acometidos pelas doenças, começando por aí, então, a família tem que entender a doença do paciente pra entender que ele mesmo pode ter a doença. Segundo, que os tratamentos geralmente são

tratamentos crônicos, têm efeitos colaterais, principalmente da hepatite C, o que inclui o interferon, que pode ser usado também na hepatite B, paciente tem efeitos colaterais, queda de cabelo, febre, mal estar, fica indisposto, pode ter irritabilidade, então a família tem que ter consciência de que isso pode prejudicar tanto o relacionamento no domicílio, como dificuldade para trabalhar. Também têm os riscos de contágio, se a família não estiver ciente fica complicado por causa da transmissão. (TULIPA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Eu acho que é fundamental, a partir do momento que o paciente não tem apoio da família o tratamento se torna mais difícil, ao passo que a família quando ta presente você vê que aquilo ali se torna mais leve pra ele, ele também consegue aderir melhor ao tratamento e suportar a medicação se ele precisar usar, principalmente pra hepatite C, hepatite B é mais tranquilo, acho C mais complicado. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Por outro lado, um profissional aponta que nem sempre a família pode contribuir com o tratamento, como nos casos de usuários que vivem só ou que não compartilharam sua condição com familiares:

Nós temos pacientes que a família nem sabe que ele tem essa doença, então eles procuram esconder, a grande maioria, claro, quando tem HIV junto, então eles procuram esconder isso. Agora, o que a gente observa são os pacientes mais idosos que a gente tem um grande número aqui, aí a família nem sempre vem acompanhando nas consultas, mas tem apoio sim. (BROMÉLIA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Do ponto de vista dos recursos utilizados no serviço como meios de prevenção para as hepatites virais B e C, os profissionais destacaram novamente a informação, que ocorre por ocasião das consultas em que procuram explicar sobre os riscos de transmissão, orientando os usuários e divulgando esse conhecimento. Além disso, apontam a investigação do estado sorológico do usuário e a necessidade de imunização em caso de susceptibilidade, bem como a avaliação da imunidade dos contactantes.

Então, o que a gente faz para prevenir é explicar sempre em relação a hepatite B o risco da transmissão sexual né, da transmissão vertical, então a gente orienta bastante, sempre que vem um paciente com diagnóstico de hepatite B que até que teste o parceiro ou até que vacine o parceiro tem que usar preservativo e faz essa orientação e tenta divulgar esses meios de transmissão da hepatite B e C pra gente tentar combater. Em relação a hepatite viral B, é de fundamental importância a gente investigar todos esses pacientes se eles têm sorologia que mostre imunização ao vírus da hepatite B, porque se eles não forem imunizados ou se eles não tiverem imunidade por contato prévio por vírus todos precisam ser vacinados, né e na verdade hoje a gente tem campanhas do Ministério mostrando a extensão da faixa etária de vacinação da hepatite B pelo SUS que hoje vai até 29 anos, a gente consegue vacinar, é um

recurso que a gente tem que ta sempre atento pra aplicar. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Primeiro é a orientação, segundo a gente pede exame pra ver se o paciente já teve contato e se ele tem imunidade, principalmente com relação lógico a hepatite B, né. Os pacientes hepatopatas têm indicação de vacinar para hepatite A para não serem acometidos pela doença, então assim, para hepatite A, a gente pede para vacinar tem o serviço do CRE que a gente encaminha, agora pros familiares e contactantes fazer os exames para avaliar imunidade para não ter risco de contágio. A gente orienta para não usar o mesmo alicate com outras pessoas, nem mesmo da família, não usar a mesma lâmina de barbear com outras pessoas e prevenir. (TULIPA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Principalmente informação né, triagem nos bancos de sangue que eu acho importante, que é uma coisa que nos últimos anos têm sido bem feita, centros de hemodiálise nos grandes centros também, informação com relação ao uso de drogas, prevenção, relação sexual com uso de preservativos. Então, acho que tudo se baseia também em informação, pro paciente se prevenir, ele tem que estar bem informado. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Um dos profissionais destaca ações mais amplas de divulgação de informações, mediante palestras, distribuição de folhetos educativos, campanhas de realização de teste rápido e orientação:

A gente já teve, mas não era direcionado só a pacientes com hepatites, a gente já teve isso, que era chamado grupo de adesão, há um ano atrás, mas era direcionado a pacientes com HIV e nessas palestras a gente sempre falava sobre a hepatite. Por quê? Porque a gente coloca pra eles que a contaminação pelo vírus da hepatite é mais complicado que pelo HIV. Agora nós já tivemos uma ONG⁹ visitando a gente aqui, deixando folhetos, cartazes e a gente faz as campanhas de teste rápido e nessas campanhas de teste rápido a gente faz a distribuição de folhetos explicativos e já encaminha qualquer paciente que não queira fazer o teste rápido, mas ele acha que está (com o vírus) já fica uma assistente social e um médico aqui, já passa por consulta médica e por aconselhamento. E orientações mesmo, quando a gente sabe que o paciente tem dúvida, se ele quer saber mais a respeito disso, a gente faz as orientações. (BROMÉLIA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Ainda, para os profissionais participantes da pesquisa, o controle das hepatites virais entre os usuários do serviço é eficaz. Consideram que, apesar de inicialmente apresentarem pouca noção sobre formas de prevenção da doença, ao adentrarem no serviço, têm boa adesão ao tratamento e às orientações realizadas:

⁹ Organização Não Governamental

Eu acho que o controle é eficaz, a gente fala que o paciente tem hepatite viral, a gente explica como é que vai ser a transmissão. Em relação à hepatite B, em relação ao casal, a gente explica que até que o parceiro seja testado e vacinado tem que usar preservativo, que os filhos a gente precisa vacinar, qual a orientação que a gente precisa fazer em casa, que não precisa separar prato, talher, mas que os objetos que tem contato com sangue tem que ser de uso pessoal do paciente. Em relação à hepatite C, a gente explica bem porque tem o problema da transmissão sexual que embora não seja comum pode ocorrer, então a gente explica bastante isso, que transmite basicamente por sangue. Então a gente tenta explicar isso muito bem aos pacientes e acho que eles ficam orientados para realmente evitar que eles acabem transmitindo essa doença pra outras pessoas da família ou da comunidade mesmo. (ORQUÍDEA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Geralmente a maioria dos pacientes não tem os cuidados adequados, geralmente não tem noção que tem que usar camisinha, que tem que evitar o mesmo alicate, a mesma lâmina de barbear, isso daí eles não têm noção, a gente tem que orientar, os familiares e o próprio paciente. Muitas vezes eles vêm só, isso é importante, com certeza. (TULIPA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Os pacientes que a gente costuma acompanhar no ambulatório eles costumam ser aderentes, dá pra contar nos dedos aqueles que não são aderentes depois que eles passam a acompanhar com a gente. (AMOR-PERFEITO, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Por fim, vale citar o relato de um dos profissionais que expressou o comprometimento da equipe em lidar com situações específicas de dificuldades que surgem, como é o caso da disposição de enviar um médico ao presídio para monitorar usuários com dificuldade de acompanhamento no serviço:

Os presidiários são um grupo mais complicado, até um tempo atrás a gente solicitava que eles tivessem um acompanhamento e eles vinham a consulta direitinho, só que estava tendo complicação quando eles iam fazer biópsia (do fígado) porque eles não tinham acompanhamento lá (no presídio) de um médico pra saber se ia ter alguma coisa e aí não estávamos sabendo o destino deles e aí saindo do presídio o que eles vão fazer. Então ficou pra decidir assim que vai um médico até lá e que esse médico vai fazer esse acompanhamento lá e vai fazer um levantamento de quantos são os pacientes, se possível vai fazer o teste rápido, colher sorologia desses presidiários lá dentro, pra que eles não possam estar saindo. Mas a gente recebe ligações dos presídios tentando agendar consultas pra eles poderem ter o acompanhamento. Nós temos três ou quatro presidiários que vêm tendo esse acompanhamento, inclusive teve família aí solicitando pra gente poder ta marcando. Agora, esses pacientes nossos de ambulatório, eles vêm direitinho, eles não faltam, os pacientes com HIV são mais faltosos do que os com hepatites. (BROMÉLIA, PROFISSIONAL DE SAÚDE)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os motivos que levaram a se estudar como um serviço de referência em hepatites virais atua, no sentido de prevenção e controle da doença, encontram-se no fato de as hepatites crônicas virais B e C serem um problema de saúde pública tanto no Brasil como no mundo e, com isso, causarem danos à população. Portanto, direcionou-se a análise para a operacionalização de um serviço público de saúde, que trabalha com hepatologia e, conseqüentemente, com o PNHV.

Sobre o conhecimento das políticas e da estrutura de atenção à saúde voltadas às hepatites virais pelos profissionais de saúde, constatou-se que os profissionais entrevistados apresentam domínio sobre as diretrizes do Ministério de Saúde concernentes às hepatites virais, porém, acreditam que ainda existam menos serviços capacitados e devidamente estruturados do que a demanda exige.

Outros importantes pontos identificados referem-se: à subnotificação dos casos, o que dificulta um real levantamento de casos existentes no Espírito Santo, bem como a abordagem de seus contactantes; ao reconhecimento de um baixo índice de proteção para hepatite B decorrente, em especial, de baixos índices de vacinação em jovens acima de 15 anos de idade; ao número insuficiente de profissionais nos diferentes níveis, dificultando a realização de um atendimento efetivo. Com isso, identificou-se a importância da realização de campanhas de informação e educação em saúde e de contínua capacitação de profissionais, visando à implementação de medidas efetivas para prevenção e controle das hepatites.

Com relação ao tratamento das hepatites virais B e C, destacou-se a melhora nos centros especializados, graças ao acesso universal que caracteriza essa política, seja na rede pública ou privada. Entretanto, a centralização dos centros especializados e dos pólos de aplicação de interferon leva a uma sobrecarga dos serviços, o que dificulta também o acesso de pacientes moradores de municípios do interior do estado. Também reconheceu-se a importância da disponibilização pelo Poder Público de exames diagnósticos e medicamentos de alto custo, mas que apontaram estar associados à burocracia sempre presente na sua utilização.

Sobre o conhecimento dos usuários acerca das hepatites crônicas virais na aplicação das políticas voltadas a essa doença no serviço estudado, pode-se constatar vários aspectos. A maioria possui informações sobre as formas de transmissão, embora isso não ocorra de forma completa. Mas ainda há, perante alguns usuários, equívocos, mitos e preconceitos relacionados especialmente à transmissibilidade dos vírus das hepatites B e C. A grande maioria apresenta conhecimento dos vírus A, B e C das hepatites, sendo que, em relação à prevenção, a maioria demonstrou informação sobre os meios de preveni-las, embora novamente noções equivocadas fossem abordadas por alguns deles, chegando a repercutir nos laços interpessoais. A imensa maioria também possui algum membro da família com hepatite crônica viral, seja B ou C, sendo eles principalmente irmãos. O preconceito expressou-se para certos usuários sob a forma de um autopreconceito, ao justificarem o medo que as pessoas têm de se exporem ao contágio. Para alguns usuários, a solidão e o isolamento em relação à família e aos amigos prevaleceram, com conseqüente depressão, chegando a repercutir na vida conjugal; ao contrário, para outros, a doença levou a um maior cuidado e atenção por parte dos familiares.

Do ponto de vista do atendimento aos usuários com infecção crônica pelo VHB ou VHC, este estudo mostrou que o conhecimento dos profissionais acerca dos elementos determinantes do processo de adoecimento – quais sejam: fatores de virulência da cepa do vírus na interação entre vírus e hospedeiro; fatores relacionados ao hospedeiro (ingestão de álcool e uso de drogas ilícitas, sobrepeso ou obesidade, comorbidades, relação sexual desprotegida, tatuagens); fatores sociais relacionados ao acesso à assistência médica – configuram, mais propriamente, uma concepção de comportamentos de risco.

Identificou-se também que cada profissional, em sua área, tem uma concepção bastante influenciada por sua atuação, como por exemplo, a preocupação com o acesso ao atendimento por parte de médicos – que realizam diagnósticos e tratamentos – e a preocupação com o aconselhamento sobre comportamento de risco por parte da enfermeira. De forma geral, esse atendimento é considerado de boa qualidade, embora seja realizado com dificuldades devido à dependência de outros serviços e da estrutura para realização de exames complementares.

Dentre as características dos usuários cronicamente infectados pelo VHB ou VHC analisadas, destacaram-se o uso de álcool e/ou drogas ilícitas; profissionais do sexo; caminhoneiros; usuários com tatuagens; hemotransfundidos; coinfectados HIV positivos.

Igualmente evidenciaram-se motivos para a resistência ao acompanhamento de saúde por parte dos usuários com infecção crônica pelo VHB ou VHC aos tratamentos propostos: o caráter assintomático da doença; as questões relacionadas ao tratamento; a falta de informação; a importante relação médico-paciente. Houve abordagem ainda pelos profissionais de saúde sobre a falta de informações de locais de atendimento, a burocracia na dispensa de medicamentos para o tratamento das hepatites virais crônicas, a necessidade de imunização dos usuários em caso de susceptibilidade e a importância da investigação dos comunicantes intradomiciliares para a avaliação da imunidade.

As dimensões políticas deste trabalho representam a busca por intervenção do Poder Público para o controle e a prevenção deste agravo por meio de ações amplas de divulgação de informações, palestras, distribuição de folhetos educativos, campanhas de realização de teste rápido e orientação, além de avaliação de bancos de dados mais próximos da realidade do País. Entretanto, é imprescindível, para isso, considerar a carência socioeconômica da maior parte da população atendida, visando-se, assim compreender os fatores explicativos dos *comportamentos de risco*, que adquirem especificidades em grupos desse extrato social, tornando-os mais vulneráveis. Com efeito, o processo de gerar e divulgar informações, passível de tornar-se ação preventiva para profissionais e usuários, requer criatividade para buscar novos saberes, além de prover políticas de saúde para o combate à desigualdade e à pobreza e o envolvimento de equipes inter e multidisciplinares.

Houve uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de um contato maior com os usuários, permitindo-lhes acolhimento, dando-lhes a oportunidade de melhor compreensão da doença que os acomete, visto que havia tempo disponível para escutar suas dores, angústias, temores e preconceitos e posteriormente, para prestar esclarecimentos e lidar com preconceitos, diferenciando-os de mitos e

noções equivocadas. Oportunidade essa para o desenvolvimento de ações que levem à promoção da saúde, por intermédio do trabalho, do apoio da família, de campanhas educativas para evitar a estigmatização dessa população, já que muitos se encontravam deprimidos, em seus “casulos”, outros desinformados e apreensivos, necessitando auxílio multi e interdisciplinar.

Espera-se que esse estudo contribua para alertar os profissionais de saúde de que, embora eles apresentem conhecimento das políticas públicas direcionadas às hepatites virais, há muito ainda que se desenvolver para melhorar o bem-estar e o esclarecimento dos usuários, como a disseminação de informações sobre a doença, pois quanto maior o número de informações e melhor a qualidade delas, especialmente sobre as formas de transmissão, um maior número de usuários com hepatite crônica será diagnosticado. A multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade com relação a essas informações devem ser praticadas repetidas vezes com cada um deles, para que dessa forma possa-se elevar o alcance da proteção e, conseqüentemente, da prevenção das hepatites virais.

Por fim, deve-se destacar do ponto de vista da formação médica, a realização de estudos futuros que visem identificar uma maior intervenção na coletividade dos sujeitos, a fim de que vislumbrem uma vida diferente, o melhor entendimento do preconceito, a avaliação do suporte familiar, as dificuldades de relação no trabalho, bem como outras dificuldades sociais.

8 REFERÊNCIAS

ALBERTI, A et al. Review article: chronic hepatitis C - natural history and cofactors. **Aliment Pharmacol Ther**, v. 22, Suppl. 2, p. 74-8, 2005.

ARAÚJO, T. B. **Ensaio sobre o desenvolvimento brasileiro**: heranças e urgências. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ASSAD, S.; FRANCIS, A. Over a decade of experience with a yeast recombinant hepatitis B vaccine. **Vaccine**, v. 18, n. 1-2, p. 57-67, Dec. 1999.

BAUER, M. W.; GASKEL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 17-36.

BEASLEY R. P., et al. Incidence of hepatitis B virus infections in preschool children in Taiwan. **J Infect Dis**, Chicago, v. 146, n. 2, p. 198-204, Aug. 1982.

_____. Prevention of perinatally transmitted hepatitis B virus infections with hepatitis B virus infections with hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine. **Lancet**, London, v. 2, n. 8359, p. 1099-102, Nov. 1983.

BOWEN, D. G.; WALKER, C. M. The origin of quasispecies: cause or consequence of chronic hepatitis C viral infection? **J Hepatol**, Geneva, v. 42, n. 3, p. 408-17, Mar. 2005.

BLUMBERG, B. S.; ALTER, H. J.; VISNICH, S. A. "New" antigen in leukaemia sera. **JAMA**, Chicago, v. 191, n. 7, p. 541-6, Feb. 1965.

BRAGA, W. S. M. et al. Prevalência da infecção pelos vírus da hepatite viral crônica B (VHB) e da hepatite Delta (VHD) em Lábrea, Rio Purus, Estado do Amazonas. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 35-46, mar. 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. 12. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS**: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. _____. **Boletim Epidemiológico das Hepatites Virais 2011**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim_epidemiologico_hepatites_virais_201>. Acesso em: 10 Ago. 2011a.

_____. _____. **Gestão financeira do sistema único de saúde**: manual básico. 3. ed. rev. e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. _____. **Hepatites virais**: o Brasil está atento. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2008.

_____. _____. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília: Programa nacional para a prevenção e o controle das hepatites virais, 2005.

_____. _____. **Manual dos centros de referência para Imunobiológicos especiais**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006.

_____. _____. **Programa nacional para a prevenção e o controle das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009.

_____. _____. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e coinfeções**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011b.

_____. _____. Resolução RDC nº 153, de 14 de junho de 2004. Publicada no Diário Oficial da União de 24 de junho de 2004. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/.../rdc_153.pdf?>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. _____. **Saúde amplia faixa etária para vacinação de hepatite B**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3890/162/saude-amplia-faixa-etaria-para-vacinacao-de-hepatite-b.html>>. Acesso em: 02 mar. 2012.

_____. _____. **SUS: princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. _____. **30 anos do PNI/CGPNI/DEVEP/SVS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BREILH, J. **Epidemiologia, economia, política e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991.

BUKH, J.; MILLER, R. H.; PURCELL, R. H. Genetic heterogeneity of hepatitis C virus: quasispecies and genotypes. **Semin Liver Dis**, v.15, n.1, p.41-63, Feb.1995.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais **Physis**, Rio de Janeiro v. 17, n. 1, jan./apr. 2007.

CARRILHO, F. J. et al. A prospective study of hepatitis B virus markers in patients with chronic VHB infection from Brazilian families of Western and Asian Origin. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 9, p. 1399-408, Sept. 2005.

CHAN, H. L.; SUNG, J. J., Hepatocellular carcinoma and hepatitis B virus. **Semin Liver Dis**. New York, v. 26, n. 2, p. 153-61, May, 2006.

CHANG, M. H. Hepatitis B Vaccination: Disease and Cancer Prevention- A Taiwanese Experience. **Clin Liver Dis**, Philadelphia, v. 14, p. 521-30, Aug. 2010.

CHEN, S. L.; MORGAN, T. L. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. **Amer J Med Sci**, v. 3, n. 2, p. 47-52, Apr. 2006.

CHOO, Q. L. et al. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. **Science**, v. 244, n. 4902, p. 359-62, Apr. 1989.

CHU, C. J.; LOK, A. S. Clinical significance of hepatitis B virus genotypes. **Hepatology**, Baltimore, v. 35, n. 5, p. 1274-6, May 2002.

CLARKE, B. Molecular virology of hepatitis C virus. **J Gen Virol**, Amsterdam, v. 78, n. 3, p. 2397-410, June 1997.

CLARKE, B.; BLOOR, S. Molecular genotyping of hepatitis B virus. **J Clin Virol**. Amsterdam, v. 25, n. Suppl 3, p. S41-5, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. **Saber preparar uma pesquisa**: definição – estrutura – financiamento. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

COURSAGET, P. et al. Age- and sex- related study of hepatitis B virus chronic Carrier state in infants from na endemic area (Senegal). **J Med Virol**, v. 22, n. 1, p. 1-5, May 1987.

DESMET, V. J. et. al. Classification of chronic hepatitis: diagnosis, grading and staging. **Hepatology**, Baltimore, v. 19, p. 1513-20, June 1994.

DI BISCEGLIE, A. M. et al. Natural history of hepatitis. **Hepatology**, Baltimore, v. 31, n. 4, p. 1014-18, 2000.

DONATO, F.; BOFFETTA, P.; PUOTI, M. A meta-analysis of epidemiological studies on the combined effect of hepatitis B and C virus infections in causing. **Int J Cancer**, v. 75, n. 3, p. 347-54, Jan. 1998.

ESTEBAN, J. I. et al. High rate of infectivity and liver disease in blood donors with antibodies to hepatitis C virus. **Ann Intern Med**, Philadelphia, v. 115, n. 6, p. 443-9, Sept. 1991.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B. **J. Hepatol**. Geneva, v. 50, n. 2, p. 227-42, Feb. 2009.

FEINSTONE, S. M. et al. Transfusion-associated hepatitis not due to viral hepatitis type A or B. **New Engl J Med**. Boston, v. 292, n. 15, p. 767-70, Apr. 1975.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA T. R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v. 7, n. 4, p. 473-87, dez. 2004.

FOCACCIA, R et al. Estimated prevalence of viral hepatitis in general population of the municipality of São Paulo, measured by a serologic survey of a stratified, randomized and residence-based population. **Braz J Infect Dis**, Salvador, v. 2, n. 6, p. 269-84, dec. 1998.

FORNS, X.; PURCELL, R. H.; BUKH, J. Quasispecies in viral persistence and pathogenesis of hepatitis C virus. **Trends Microbiol**, Cambridge, v. 7, n. 10, p. 402-10, Oct. 1999.

FOSTER, G. R. et al. Expression of the terminal protein region of hepatitis B virus inhibits cellular responses to interferons alpha and gamma and double-stranded RNA. **Proc Natl Acad Sci**, Washington, v. 88, n. 7, p. 2888-92, Apr. 1991.

GERMER, J. J. et al. Determination of hepatitis C virus genotype by direct sequence analysis of products generated with the Amplicor HCV test. **J Clin Microbiol**, Washington, v. 37, n. 8, p. 2625-30, Aug. 1999.

GHANY, M. G. et al. American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. **Hepatol**, Baltimore, v. 49, n. 4, p. 1335-74, Apr. 2009.

GLAZIER, J. D.; POWELL, R. R. **Qualitative research in information management**. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 1992.

GONÇALVES JR, F. L.; GONÇALVES, N. S. L. Diagnóstico laboratorial da hepatite B. In: FOCACCIA, R. **Tratado de hepatites virais**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007 p. 153-8.

HAMANN, E. M., LAGUARDIA, J. Reflexões sobre a vigilância epidemiológica: mais além da notificação compulsória. **Inf Epidemiol SUS**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 211-9, jul./set. 2000.

HOUGHTON, M. Discovery of the hepatitis C virus. **Liver Int**, Oxford, v. 29, s. 1, p. 82-8, Jan. 2009.

IKEDA, K. et al. Effect of interferon therapy on hepatocellular carcinogenesis in patients with chronic hepatitis type C: A long-term observation study of 1.643 patients using statistical bias correction with proportional hazard analysis. **Hepatology**, Baltimore, v. 29, n. 4, p. 1124-30, Apr. 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados populacionais 2002**: síntese de indicadores. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

KAO, J. H.; CHEN, D. S. Global control of hepatitis B virus infection. **The Lancet Infect Dis**. v. 2, n. 7, p. 395-403, July 2002.

KAPLAN, B.; DUCHON, D. Combining qualitative and quantitative methods in information systems research: a case study. **MIS Quarterly**, v. 12, n. 4, p. 571-86, Dec. 1988.

KIM, Y. S.; LEE, H. S.; AHN, Y. O. Factors associated with positive predictability of the anti-HCV ELISA method with confirmatory RT-PCR. **J Korean Med Sci**. Seoul, v. 14, n. 6, p. 629-34, June 1999.

KUO, G. et al. An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non-A, non-B hepatitis. **Science**, v. 244, n. 4902, p. 362-4, Apr. 1989.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LOK, A. S.; McMAHON, B. J. Chronic Hepatitis B. **Hepatology**, Baltimore, v. 45, p. 507-39, Feb. 2007.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: [http://itd.bvs.br/public/upload/associated Document/20040727102352/Políticas_versao2.pdf](http://itd.bvs.br/public/upload/associated%20Document/20040727102352/Políticas_versao2.pdf). Acesso em: 20 mar. 2010.

LUCIDARME D. et al. Routine practice HCV infection screening with saliva samples: multicentric study in an intravenous drug user population. **Gastroenterol Clin Biol**. Paris, v. 31, n. 5, p. 480-4, 2007.

MARCHESINI, A. M. et al. Hepatites B e C em usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV em São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, (suppl. 2), p. 57-63, dez. 2007.

MAST E. E.; et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States : recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) part 1: immunization of infants, children, and adolescents. **MMWR Recomm Rep**, v. 54, n. 16, p. 1-23, Dec. 2005.

McCLUNE A. C.; TONG, M. J., Chronic Hepatitis B and Hepatocellular Carcinoma, **Clin Liver Dis**, v. 14, n. 3, p. 461-476, Aug. 2010.

McMAHON, B. J. The Natural History of Chronic Hepatitis B Virus Infection. **Hepatology**, Baltimore, v. 49, suppl. 5, p. 45-55, 2009.

_____. Natural History of Chronic Hepatitis B. **Clin Liv Dis** v. 14, n. 3, p. 381-96, Aug. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation methods**. Beverly Hills, CA: Sage, 1980.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Rev Espaço Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-9, dez. 2006.

PAWLOTSKY, J.M. Hepatitis B virus (HBV) DNA assays (methods and practical use) and viral kinetics. **J Hepatol**, Geneva, v. 39, suppl. 1, p. 31-5, 2003.

PEREIRA, L. M. et al. Chronic hepatitis C infection: influence of the viral load, genotypes and GBV-C/HGV coinfection on the severity of the disease in a Brazilian population. **J Med Virol**, New York, v. 67, n. 1, p. 27-32, May 2002.

POYNARD, T.; AFDHAL, N. H. Perspectives on fibrosis progression in hepatitis C: an à la carte approach to risk factors and staging of fibrosis. **Antivir Ther**, London, v. 15, n. 3, p. 281-91, May 2010.

PRINGLE, C. R. The universal system of virus taxonomy of the International Committee on Virus Taxonomy (ICTV), including new proposals ratified since publication of the Sixth ICTV Report in 1995. **Arch Virol**, Wien, v. 143, n. 1, p. 203-10, 1998.

PUPIN, V. M.; CARDOSO, C. L. **Agentes comunitários de saúde e os sentidos de “ser agente”**. Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. Julho de 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 14 fev 2011.

PURCELL, R. The hepatitis C virus: overview. **Hepatology**, Baltimore, v. 26, n. 3, p. 11-4, Sept. 1977.

RIZZETTO, M.; ZANETTI, A. R. Progress in the prevention and control of viral hepatitis type B: Closing remarks. **J Med Virol**, New York, v. 67, n. 3, p. 463-6, July 2002.

SALLERAS, L. et al. Dramatic decline in acute hepatitis B infection and disease incidence rates among adolescents and young people after 12 years of a mass hepatitis B vaccination programme of pre-adolescents in the schools of Catalonia (Spain). **Vaccine**, Kidlington, v. 23, n. 17-18, p. 2181-4, Mar. 2005.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5 n. 1, p. 187-92, 2000.

SHEPARD, C. W.; FINELLI, L.; ALTER, M. J. Global epidemiology of hepatitis C virus infection. **Lancet Infect Dis**, v. 5, n. 9, p. 558-67, Sep. 2005.

SIMMONDS, P. et al. A proposed system for the nomenclature of hepatitis C virus genotypes. **Hepatology**, Baltimore, v. 19, n. 5, p. 1321-4, Dec. 1994.

SIMONS, J. N. et al. Isolation of novel virus-like sequences associated with human hepatitis. **Nature Med**, New York, v. 1, n. 6, p. 564-9, June, 1995.

SOUZA, F. C. et al. Aspectos clínicos da hepatite C crônica: experiência do Ambulatório de Hepatites Virais/ Instituto Alfa de Gastroenterologia/Hospital das Clínicas da UFMG. **Rev Med Minas Gerais**, v. 14, n. 3, p. 136-41, jul./set. 2004.

SOUTO, F. Distribuição da hepatite viral crônica B no Brasil: atualização do mapa epidemiológico e proposições para seu controle. **GED**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 143-9, jul./ago. 1999.

TAVARES-NETO, J. et al. Seroprevalence of hepatitis B and C in the Western Brazilian Amazon Region (Rio Branco, Acre): a pilot study carried out during a hepatitis B vaccination program. **Braz J Infect Dis**, Salvador, v. 8, n. 2, p. 133-9, Apr. 2004.

TERVAERT, J. W. C.; VAN PASSEN P.; DAMOISEAUX J. Type II cryoglobulinemia is not associated with hepatitis C infection. The dutch experience. **Ann NY Acad Sci**, v. 1107, n. 1, p. 251-8, June 2007.

TIOLLAIS, P.; POURCEL, C. The hepatitis B virus. **Nature**, v. 317, n. 6037, p. 489-95, Oct. 1985.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VIANA, S. et al. High prevalence of hepatitis B virus and hepatitis D virus in the Western Brazilian Amazon. **Am J Trop Med Hyg**, Mclean, v. 73, n. 4, p. 808-14, Oct. 2005.

WEINBAUM C. M.; MAST E. E.; WARD J. W. Recommendations for identification and public health management of persons with chronic hepatitis B virus infection. **Hepatology**, Baltimore, v. 49, n. 5, p. 35-44, May 2009.

ANEXOS

ANEXO A – Protocolo de hepatites virais

Hepatite B Hepatite C Hepatite A

Co-infecção VHB HIV Co-infecção VHC-HIV

Identificação:**data da 1ª consulta:**

Nome:

Prontuário:

Sexo:

Raça:

Data nascimento:

Idade:

Estado civil:

Naturalidade:

Grau de instrução:

Endereço:

Telefone:

Nome da mãe (necessário para notificação):

Diagnóstico:

Hepatite B: Hepatite crônica
 Portador crônico assintomático
 Cirrose hepática

Hepatite C: Hepatite crônica
 Cirrose hepática

Hepatite A: Hepatite aguda A

HIV : TARV Sim Não

Esquema terapêutico:

CD4:

Carga Viral:

Modo de apresentação da doença:

- () Hepatite aguda
- () Sintomas inespecíficos
- () Assintomático / exame rotina ou investigação familiar
- () Cirrose hepática
- () Cirrose hepática descompensada: () Ascite () HDA () icterícia

Comportamento de risco / modo de transmissão:

- () Transfusão de sangue ou hemoderivados (data: ___/___/___)
- () Drogas injetáveis () Drogas inalatórias
- () *Piercing*/ tatuagem () Promiscuidade sexual
- () Hemodiálise () Profissional de saúde
- () Transmissão vertical
- () Cirurgia prévia, se sim anotar data: _____

Investigação familiar:**Sorologia viral:**

Data	/ /	/ /	/ /	/ /
Anti-HBC total				
Anti-HBC IgM				
HBsAg				
Anti-HBs				
HBeAg				
Anti-HBe				
Anti-VHC				
Anti VHA IgM				
Anti VHA IgG				
Anti-HIV				

Bioquímica hepática: (anotar valores de referência)

Data	/ /	/ /	/ /	/ /
HB / HT				
VCM				
Leucócitos				
PMN				
Plaquetas				
TGO				
TGP				
FA				
GGT				
BB total/ direta				
TAP / INR				
Albumina				
Creatinina				

USG Abdome Data: / /**Endoscopia Digestiva Alta** Data: / /**Biologia molecular:**

Data		
PCR VHC Qualitativo		
PCR VHC Quantitativo		
Genotipagem do VHC		
DNA VHB		

Biópsia hepática:

Data da biópsia: _____

Número da biópsia: _____

Número de espaços porta: _____

Atividade Portal / Septal: _____

Atividade Peri-portal / Peri-septal: _____

Atividade Lobular: _____

Fibrose: _____

Metavir: _____

Tratamento antiviral: Tem indicação de tratar: () Sim () Não

Contra-indicação ao tratamento: () Sim () Não

Qual a Contra-indicação: _____

Tratamento Prescrito: _____

Peso no início do tratamento: _____

Dose e tipo de interferon: _____

Dose de Ribavirina: _____

Início do Tratamento: ____/____/____**Final do Tratamento:** ____/____/____**Biologia Molecular durante tratamento**

PCR Pré-tratamento: (data: __/__/__) _____ UI/ml _____ log/ml

PCR 4ª semana: (data: __/__/__) _____ UI/ml _____ log/ml

PCR 12ª semana: (data: __/__/__) _____ UI/ml _____ log/ml

PCR Final tratamento: (data: __/__/__) _____ UI/ml _____ log/ml

PCR 6 meses após tratamento: (data: __/__/__) _____ UI/m _____ log/ml

Complicações durante o tratamento:

() Anemia - anotar valor da hemoglobina _____

() Neutropenia – anotar valor dos neutrófilos _____

() Plaquetopenia – anotar valor das plaquetas _____

() Outras Quais: _____

Reajuste de dose Ribavirina: () Sim () Não

Se sim, () antes 12 semanas ou () após 12 semanas

Reajuste de dose Interferon: () Sim () Não

Utilizou Granuloquine: () Sim () Não

Utilizou Eritropoietina: () Sim () Não

Interrompeu o tratamento: () Sim () Não

Tipo de Interrupção: () temporária () definitiva

Motivo da interrupção do tratamento: _____

Período de interrupção do tratamento _____

Resposta ao tratamento:

() Resposta virológica sustentada

() Resposta com recaída (Recidivante)

() Não respondedor (não negativou durante o tratamento)

() Não respondedor por suspensão do tratamento

Exames	Pré TTO Data:	2ª semana Data:	4ª semana Data:	8ª semana Data:	12ª sem Data
PCR					
HB / HT					
VCM					
Leuco					
Seg / Bast					
Eosino					
Linfócitos					
Plaquetas					
TGO					
TGP					
Creatinina					
TSH					
BBt/direta					
TAP					

Albumina					
Ac úrico					
Glicose					

Exames	16ª sem Data:	20ª sem Data:	24ª sem Data:	28ª sem Data:	32ª sem Data
PCR					
HB / HT					
VCM					
Leuco					
Seg / Bast					
Eosino					
Linfócitos					
Plaquetas					
TGO					
TGP					
Creatinina					
Exames	36ª sem Data:	40ª sem Data:	44ª sem Data:	48ª sem Data:	Final TTO Data
PCR					
HB / HT					
VCM					
Leuco					
Seg / Bast					
Eosino					
Linfócitos					
Plaquetas					
TGO					
TGP					
Creatinina					

Retratamento**Data do Retratamento:****Esquema utilizado no Retratamento:**

Peso no início do Retratamento:

Dose e tipo de interferon:

Dose de Ribavirina:

Início do Retratamento:**Final do Retratamento:**

PCR Pré-tratamento: (data: __/__/__) _____ UI/ml _____ log/ml

PCR 12ª semana: (data: __/__/__) _____ UI/ml _____ log/ml

PCR Final tratamento: (data: __/__/__) _____ UI/ml _____ log/ml

PCR 6 meses após tratamento: (data: __/__/__) _____ UI/m _____ log/ml

Resposta ao Retratamento:

- Resposta virológica sustentada
- Resposta com recaída (Recidivante)
- Não respondedor (não negativou durante o tratamento)
- Não respondedor por suspensão do tratamento

Complicações durante o re-tratamento: Anemia Neutropenia Plaquetopenia Outras Quais: _____Reajuste de dose Ribavirina: Sim, antes 12 sem Sim, após 12 sem NãoReajuste de dose Interferon: Sim NãoUtilizou Granuloquine: Sim Não Utilizou Eritropoietina: Sim NãoInterrompeu o tratamento: Sim NãoTipo de Interrupção: temporária definitiva

Motivo da interrupção do tratamento: _____

Período de interrupção do tratamento _____

ANEXO B – Aprovação de execução da pesquisa pelo Comitê de Ética em pesquisa na EMESCAM



DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa “O Olhar do Paciente e do Profissional de Saúde para as Hepatites Virais B e C”, cadastrado com o No **069/2011**, do pesquisador responsável “**Ana Paula Hamer Souza Clara**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 26/07/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **26/07/2012**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 28 de julho de 2011

Dr Elisardo Corral Vasquez
Coordenador Adjunto
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa: O OLHAR DO PACIENTE E DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA AS HEPATITES VIRAIS B E C. Sua participação não é obrigatória e caso você desista de participar da pesquisa, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento. Sua recusa ou desistência em participar da pesquisa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

TÍTULO DA PESQUISA: O OLHAR DO PACIENTE E DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA AS HEPATITES VIRAIS B E C

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: ANA PAULA HAMER SOUSA CLARA

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA: HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA.

TELEFONES PARA CONTATO: Pesquisadora responsável Ana Paula (027) 99492890 **Ainda poderá recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EMESCAM (tel. 33343586), situado na Avenida Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luzia, Vitória – ES. CEP: 29045-402.**

OBJETIVOS: Estudar o conhecimento dos portadores de hepatite B e C sobre a doença e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as políticas públicas em relação às hepatites virais B e C em um serviço de referência.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:

Estou sendo convidado a participar da pesquisa e responderei a uma entrevista na qual serão abordadas questões relacionadas às hepatites virais.

As informações coletadas através da aplicação da entrevista serão analisadas para identificar quais os aspectos observados que sofrem maior interferência em razão do acometimento pelas hepatites virais. Essa transcrição da entrevista poderá ser apresentada na íntegra, como anexo à dissertação, e/ou poderá ser apresentada em partes, em qualquer outra forma de publicação científica.

RISCOS E DESCONFORTOS: Não sofrerei qualquer tipo de risco por participar da pesquisa. Para assegurar o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas, a pesquisa não revelará em nenhum momento a minha identidade. Receberei um código de identificação ao entrar no estudo, e meu nome não será revelado em nenhuma situação.

BENEFÍCIOS: Entender melhor as dificuldades e limitações enfrentadas pelos pacientes portadores de hepatites virais e pelos profissionais de saúde, visando com isso contribuir com melhorias na abordagem, prevenção e conhecimento da doença pelo paciente.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não terei qualquer gasto decorrente da minha participação, assim como não receberei qualquer espécie de reembolso ou gratificação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Minha privacidade será garantida quanto aos dados confidenciais, sendo somente divulgados dados diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento datado e assinado.

Vitória, ____ de _____ de 2011.

NOME E ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

1 _____

1- (NOME POR EXTENSO)

2 _____

2- (ASSINATURA)

Vitória, ____ de _____ de 2011.

NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL:

1 _____

1- (NOME POR EXTENSO)

2 _____

2- (ASSINATURA)

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa: O OLHAR DO PACIENTE E DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA AS HEPATITES VIRAIS B E C. Sua participação não é obrigatória e caso você desista de participar da pesquisa, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento. Sua recusa ou desistência em participar da pesquisa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

TÍTULO DA PESQUISA: O OLHAR DO PACIENTE E DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA AS HEPATITES VIRAIS B E C

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: ANA PAULA HAMER SOUSA CLARA

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA: HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA.

TELEFONES PARA CONTATO: Pesquisadora responsável Ana Paula (027) 99492890 **Ainda poderá recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EMESCAM (tel. 33343586), situado na Avenida Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luzia, Vitória – ES. CEP: 29045-402.**

OBJETIVOS: Estudar o conhecimento dos portadores de hepatite B e C sobre a doença e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as políticas públicas em relação às hepatites virais B e C em um serviço de referência.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:

Estou sendo convidado a participar da pesquisa e responderei a uma entrevista na qual serão abordadas questões relacionadas às hepatites virais.

As informações coletadas através da aplicação da entrevista serão analisadas para identificar quais os aspectos observados que sofrem maior interferência em razão do acometimento pelas hepatites virais. Essa transcrição da entrevista poderá ser apresentada na íntegra, como anexo à dissertação, e/ou poderá ser apresentada em partes, em qualquer outra forma de publicação científica.

RISCOS E DESCONFORTOS: Não sofrerei qualquer tipo de risco por participar da pesquisa. Para assegurar o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas, a pesquisa não revelará em nenhum momento a minha identidade. Receberei um código de identificação ao entrar no estudo, e meu nome não será revelado em nenhuma situação.

BENEFÍCIOS: Entender melhor as dificuldades e limitações enfrentadas pelos pacientes portadores de hepatites virais e pelos profissionais de saúde, visando com isso contribuir com melhorias na abordagem, prevenção e conhecimento da doença pelo paciente.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não terei qualquer gasto decorrente da minha participação, assim como não receberei qualquer espécie de reembolso ou gratificação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Minha privacidade será garantida quanto aos dados confidenciais, sendo somente divulgados dados diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa.

AUTORIZAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO: Autorizo a avaliação de dados do meu prontuário.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento datado e assinado.

Vitória, ____ de _____ de 2011.

NOME E ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

1 _____

1- (NOME POR EXTENSO)

2 _____

2- (ASSINATURA)

Vitória, ____ de _____ de 2011.

NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL:

1 _____

1- (NOME POR EXTENSO)

2 _____

2- (ASSINATURA)

APÊNDICE C – Roteiro para aplicação de entrevista com os profissionais de saúde. questões voltadas as políticas de saúde com relação às hepatites virais

- 1– Políticas de saúde voltadas às hepatites virais desenvolvidas pelo município e/ou estado.
- 2– Avaliação da estrutura existente no município e/ou estado ao atendimento das demandas.
- 3– Elementos determinantes do processo de adoecimento nos pacientes portadores de hepatites virais.
- 4– Atendimento aos portadores de hepatites virais.
- 5– Características ou questões de saúde sobre os pacientes portadores de hepatites virais do ambulatório de Hepatites virais do HSCMV.
- 6– Motivos para resistência no acompanhamento de saúde por parte dos pacientes portadores de hepatites virais aos tratamentos propostos.
- 7– Papel da família no tratamento dos pacientes portadores de hepatites virais.
- 8– Recursos utilizados como meios de prevenção para as hepatites virais B e C.
- 9- Controle das hepatites virais entre os pacientes.
- 10- Dificuldades que o município/estado enfrenta para a prevenção das hepatites virais.
- 11- Dificuldades que o município/estado enfrenta para o tratamento das hepatites virais.
- 12 – O número de profissionais de saúde no acompanhamento dos pacientes portadores de hepatites virais.

APÊNDICE D – Roteiro para aplicação de entrevista aos usuários portadores de hepatites virais

I- DADOS PESSOAIS:

1-Código para identificação:

2-Idade:

3-Sexo: () F () M

4-Raça:

5-Estado civil: () solteiro () casado () separado () viúvo () outro

6-Escolaridade:

7-Profissão:

8-Renda familiar: () até 1 salário () até 2 salários () até 3 salários () até 5 salários () + de 5 salários

9-Diagnóstico:

II-DADOS RELATIVOS ÀS HEPATITES:

1 – Definição de hepatite viral.

2 – Formas de transmissão das hepatites virais B e C.

3 – Sintomas das hepatites virais crônicas.

4 – Tipos de hepatites virais.

5 – Formas de prevenção das hepatites virais B e C.

6- Conhecimento de familiares ou pessoas que moram na mesma residência que também apresentem hepatite.

7-Percepção de preconceito relacionado às hepatites virais B e/ou C.

8-Relações familiares antes e depois do diagnóstico de hepatite viral B e/ou C.

9-Relação com os amigos antes e depois do diagnóstico de hepatite viral B e/ou C.