



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

DELMAR TEIXEIRA GOMES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HEPATITE C
E A VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO: POTENCIALIDADES
PARA A ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro
Março/2010

Delmar Teixeira Gomes

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HEPATITE C E A
VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO: POTENCIALIDADES
PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas e da Saúde – Nível Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Florence Romijn Tocantins

Coorientadora: Prof^a Dr^a Fabiana Barbosa de Assumpção Souza

Rio de Janeiro
Março/2010

G633 Gomes, Delmar Teixeira.
Perfil epidemiológico dos portadores de hepatite C e a vulnerabilidade da população : potencialidades para a enfermagem / Delmar Teixeira Gomes, 2010.
xii, 106f.

Orientador: Florence Romijn Tocantins.
Co-orientador: Fabiana Barbosa de Assumpção Souza.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Hepatite C. 2. Cuidados em enfermagem – Planejamento. 3. Epidemiologia – Juiz de Fora, MG. 4. Promoção da saúde. 5. Vulnerabilidade em saúde. I. Tocantins, Florence Romijn. II. Souza, Fabiana Barbosa de Assumpção. III. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 610.7362

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HEPATITE C E A
VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO: POTENCIALIDADES PARA A
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

DELMAR TEIXEIRA GOMES

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora de Mestrado do Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Presidente: Prof^a. Dr^a. Florence Romijn Tocantins - UNIRIO

1º Examinador
Prof^a. Dr^a. Marilda Andrade - UFF

2º Examinador
Prof^a. Dr^a. Enirtes Caetano Prates Melo - UNIRIO

“Afinal, minha presença no mundo não é a de quem se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da história.” (Paulo Freire)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente ao Autor de toda criação do mundo, a Ele toda honra e toda glória, sem a proteção Dele, eu nada seria.

A minha esposa SÔNIA, pelo apoio, incentivo, dedicação e amor constante. Por entender que o trabalho nos bastidores é tão importante quanto estar envolvido diretamente na pesquisa, o que permitiu uma tranquilidade e segurança, quando tive que enfrentar situações difíceis e felizes durante o mestrado. Esta é mais uma conquista nossa e que faz parte de nossos investimentos para o futuro. Obrigado por tudo. Que Deus nos abençoe sempre.

Aos meus filhos YANDRA e YAN, são duas dádivas de Deus, amor incondicional e a certeza que cada vitória em minha vida, reflete em esperanças e sonhos para a vida deles. Acredito que estamos “crescendo” juntos e creio em Deus que temos muitos caminhos a percorrer. Que Deus continue iluminando nossos passos.

A minha mãe DÁLIA que através da permissão de Deus, eu vim ao mundo. Quantas coisas ensinou-me para a formação da minha personalidade, dentre elas, entender que a vida é uma constante luta e este momento é mais uma vitória. Sempre me valorizou com muito orgulho e felicidade. Peço sempre a Deus que te proteja. Obrigado por tudo.

Ao meu pai MANOEL, se tivesse presente neste mundo, quanto orgulho não sentiria, pois, acreditava em minha carreira profissional e só visualizava vitórias para minha vida. Um exemplo de integridade, quanta saudade.

A minha irmã DALVANY e seus familiares, sempre apoiam, valorizam e respeitam toda minha trajetória profissional. Obrigado pela credibilidade. Que Deus os abençoe sempre.

“Há pensamentos que são orações. Há momentos nos quais, seja qual for a posição do corpo, a alma está de joelhos” (Victor Hugo).

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pelo sustento espiritual e material que tem sido o fundamento de proteção, para toda a minha caminhada existencial. *“Nem olhos viram, nem ouvidos ouviram, nem jamais penetrou em coração humano o que Deus tem preparado para aqueles que o amam” (I Cor.2;9).* Obrigado Senhor.

A todos os meus familiares (esposa, filhos, mãe, irmã, irmãos, sobrinhos(as), cunhados(as) e sogra), pelo apoio direto e indiretamente, pois entenderam a importância da minha ausência em alguns momentos, obrigado pelo respeito e valorização.

A professora Florence Romijn Tocantins, que assumiu o árduo ofício, de ser orientadora deste trabalho, pois acreditou que era possível agregar novas temáticas da saúde e educação para o enriquecimento da pesquisa. Agradeço também pela paciência, sensibilidade, generosidade, dedicação, sabedoria e competências compartilhada. Ao seu lado descobri que posso cada vez mais. *“O milagre da educação acontece quando vemos um mundo que nunca se havia visto.”(Rubem Alves).* Obrigado por tudo, que Deus te abençoe sempre.

A professora Fabiana Barbosa de Assumpção Souza, que aceitou ser minha coorientadora, pelas suas ricas contribuições, sua generosidade, dedicação, cumplicidade, conhecimentos compartilhados e ter acreditado em nosso trabalho. *“Um professor influi para a eternidade; nunca se pode dizer até onde vai sua influencia.” (Henry B. Adams)*

A professora Enirtes Caetano Prates Melo, pela sua sensibilidade, sutileza, sabedoria e conhecimentos compartilhados, numa fase muito importante desta pesquisa. *“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)*

Aos amigos Elena, Bárbara, Dorvalina, Fabiano e Daniel, a nossa amizade nos tornou cúmplices um do outro, alegramos juntos, passamos por momentos difíceis juntos e enriquecemos academicamente juntos. Agradeço muito a Deus por vocês fazerem parte da minha história de vida e peço a Ele que possamos cultivar futuras parcerias para a produção do conhecimento. *“A amizade é uma predisposição recíproca que torna dois seres igualmente ciosos da felicidade um do outro.” (Platão)*

As docentes da banca examinadora (Prof^{as}. Marilda Andrade, Enirtes Prates, Fabiana Barbosa e Girlene Alves), pela valorização da temática e as importantes sugestões e contribuições para o enriquecimento desta pesquisa.

A todos os professores do programa de pós-graduação-mestrado em enfermagem da UNIRIO turma 2008, pela generosidade, respeito e competência para compartilhar os conhecimentos.

As professoras Maria Tereza Serrano Barbosa (UNIRIO) e Maria Helena do Nascimento Barbosa (EEAN/UFRJ), pelas contribuições para o aprimoramento da temática e as possibilidades sugeridas para análise dos resultados.

A todos os profissionais que atuam direto ou indiretamente na UNIRIO, em especial as funcionárias Márcia e Rachel que trabalham na secretaria do programa de pós-graduação, nível mestrado em enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pela dedicação, competência e colaboração.

Aos amigos do mestrado em enfermagem da UNIRIO da turma 2008, pelo convívio e pelas descobertas que foram fundamentais nesta experiência acadêmica.

Ao Dr. Aécio Responsável pelo Centro de Referência em Hepatologia do HU/CAS/UFJF, por autorizar e entender a importância deste trabalho, pois acreditou na enfermagem enquanto integrante da equipe de saúde, para a produção científica sobre a hepatite C.

A toda equipe de profissionais do Centro de Referência em Hepatologia do HU/CAS/UFJF, em especial aos funcionários João e Rose, pela disposição e colaboração, para viabilizar os momentos da coleta de dados, pois foram fundamentais para a tranquilidade e sucesso da coleta.

Aos portadores do vírus da hepatite C cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU/CAS/UFJF, que indiretamente através de seus prontuários, contribuíram para o alcance dos objetivos deste trabalho.

Ao Neimar professor de estatística, pelas contribuições em minhas reflexões, pois fez com que eu pudesse ampliar a minha visão acadêmica com relação a análise estatística.

A Direção de Enfermagem do Hospital Universitário/UFJF (Enfermeiras Rita e Mariângela), por reconhecer a importância da pesquisa para o avanço da enfermagem, pelo apoio e colaboração dispensada com relação a escala de trabalho, para o desenvolvimento das atividades do mestrado.

A toda equipe de enfermagem do Hospital Universitário/UFJF, em especial as Enfermeiras Margarida Donato, Maria Amélia, Kely Christine, M^a das Dores Lara e os Enfermeiros José Lúcio e Edson Magacho, pelo apoio, incentivo e confidências acadêmicas.

Aos amigos de toda minha trajetória existencial, em especial a todos os colegas de trabalho que atuam na assistência e ensino da enfermagem.

Aos irmãos na fé pelo fortalecimento espiritual.

Peço Deus que abençoe a todos que contribuíram direto ou indiretamente para o sucesso deste trabalho.

RESUMO

GOMES, Delmar Teixeira. **Perfil Epidemiológico dos Portadores de Hepatite C e a Vulnerabilidade da População: Potencialidades para a Enfermagem** - Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2009. 106 p.

Devido à alta estimativa da incidência de infectividade pelo vírus da hepatite C, no Brasil e no estado de Minas Gerais, o presente trabalho tem como objetivo pesquisar o perfil epidemiológico do portador vírus da hepatite C (HCV) e a vulnerabilidade da população em relação ao vírus da hepatite C, bem como a participação do enfermeiro na prevenção desta. Trata-se de um estudo do tipo transversal. O estudo foi desenvolvido na cidade de Juiz de Fora, no Centro de Referência em Hepatologia do Hospital Universitário. A população de estudo foi composta por usuários do serviço de saúde HU/CAS/UFJF, diagnosticados como portadores do HCV, que são acompanhados pelo Centro de Referência em Hepatologia, residentes na cidade de Juiz de Fora. A idade foi delimitada na faixa etária de 18 a 60 anos. Foram analisados os prontuários de 260 portadores do HCV. Realizou-se a análise univariada das variáveis, utilizou-se também uma análise de conteúdo, conforme as concepções de Bardin. Constatou-se que a faixa etária de 41 a 60 anos de idade tem uma incidência alta. O sexo masculino apresenta um risco epidemiológico maior, com história de uso de drogas injetáveis, inaláveis e álcool; em suas relações sexuais, não faz uso do preservativo, e uma boa parte dos portadores recebeu hemotransfusão até a década de 90. Com base no perfil epidemiológico e nas características gerais das dimensões de vida dos portadores, o enfermeiro pode identificar vulnerabilidades em nível social, programático ou individual, para propor ações de saúde, que visem a satisfazer as necessidades sociais e de saúde da população. O enfermeiro possui potencialidades para a produção científica, deve primar pela integralidade do cuidado e elaborar um plano de assistência, baseado na sistematização da assistência de enfermagem, conforme a realidade individual do portador ou de grupos da população, na atenção básica, reconhecendo também as possibilidades da assistência de enfermagem aos portadores do HCV, em serviços de média e de alta complexidade.

Descritores: Hepatite C; Vulnerabilidade da População; Assistência de Enfermagem; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

GOMES, Delmar Teixeira. **Epidemiologic Profile of Hepatitis-C Carriers and Vulnerability of the Population: Nursing Potential** - Dissertation (Master in Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2009. 106 p.

Due to the high incidence and infectivity of the hepatitis-C virus (HCV), in Brazil and in Minas Gerais state, this study aims to investigate the epidemiologic profile of HCV carriers, the vulnerability of the population to HCV, and the preventive role played by nursing professionals. It is a cross-sectional study, undertaken at the Hepatology Reference Center (HRC) of the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (HU/CAS/UFJF), Minas Gerais, Brazil. The study population was composed of users of the HU/CAS/UFJF, living in Juiz de Fora, and followed up by the HRC after having been diagnosed as HCV carriers. Their ages ranged from 18 to 60 years. The medical files of 260 HCV carriers were analyzed. The variables were submitted to univariate analysis, with a content analysis being made according to Bardin's concepts. The 41-60 year-old range has a high incidence. Males have a higher epidemiologic risk, with reports of use of alcohol and injectable and inhaling drugs; condoms are not used during intercourse; and a sizeable proportion received a blood transfusion before the 90s. Based on the epidemiologic profile and the general characteristics of life dimensions of the HCV carriers, the nurse may identify vulnerabilities at the social, programmatic or individual level, thus being in a position to propose health interventions to meet the social and health needs of the population. The nurse has the potential to produce science, and must prioritize the integral care when elaborating a primary care plan based on the systematization of nursing care, adapted to the carrier's individuality or to determinants of the population, and also acknowledging the possibilities of the care of HCV carriers, in middle and high complexity services.

Key words: Hepatitis C; Vulnerability; Nursing Care; Health Promotion.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADRO

Figura 1 – Esquema de Possibilidades de Atuação do Enfermeiro junto ao Portador de Hepatite C.....	24
Figura 2 – Estrutura do Vírus da Hepatite C	30
Figura 3 – Fluxograma de Investigação Laboratorial da Hepatite C	36
Figura 4 – Algoritmo para Tratamento	38
Figura 5 – Estrutura de Interdependência das Dimensões de Vulnerabilidade	81
<hr/>	
Tabela 4.1 - Distribuição dos Portadores de HCV segundo ano de início de acompanhamento no Centro de Referência em Hepatologia	63
Tabela 4.2 - Distribuição dos Portadores de HCV segundo sexo, cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia	64
Tabela 4.3 - Distribuição dos Portadores de HCV segundo faixa etária, cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia	65
Tabela 4.4 - Distribuição dos Portadores de HCV segundo grupo profissional informado, cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia	67
Tabela 4.5: Distribuição dos Portadores de HCV segundo região administrativa, conforme a informação do bairro em que residem, cadastrados no Centro de Referência	68
Tabela 4.6 - Distribuição dos Portadores de HCV segundo registro de ocorrência de DSTs nos prontuários e cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia	70
Tabela 4.7 - Distribuição dos Portadores de HCV segundo ocorrência de cada tipo de DST cadastrados no Centro de referência em Hepatologia	71
Tabela 4.8 - Distribuição dos Portadores de HCV segundo consumo de álcool cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia	72
Tabela 4.9 - Distribuição dos Portadores de HCV segundo a história de uso de drogas psicoativas e cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia	73
Tabela 4.10 - Distribuição dos Portadores de HCV segundo a história de realização hemotransfusão e cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia	74
Tabela 4.11 - Distribuição dos Portadores de HCV segundo a história de realização hemodiálise e cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia	75

Tabela 4.12 - Distribuição dos Portadores de HCV segundo registro de tratamento cirúrgico, odontológico e ou procedimento médico, cadastrados no Centro de Referência 75

Tabela 4.13 – Distribuição dos Portadores de HCV segundo uso de método alternativo e ou complementar, cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia 76

Tabela 4.14 – Distribuição dos Portadores de HCV segundo contato com hepatopatas e/ou ictericos, cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia 77

Tabela 4.15 - Distribuição dos Portadores de HCV com base no histórico de exposição informado nos prontuários e cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia 79

Quadro 4.1 - Características das Dimensões de Vida dos Portadores de HCV cadastrados no Centro Referência em Hepatologia 82

SUMÁRIO

Resumo	x	
Abstract	xi	
Lista de Figuras, Tabelas e Quadro	xii	
CAPÍTULO I Apresentação do Estudo		
1.1 Introdução	17	
1.2 Problemática	22	
1.3 Objetivos do Estudo	25	
1.4 Justificativa do Estudo	25	
CAPÍTULO II Fundamentação Teórica		
2.1 Entendendo a Hepatite C	29	
2.2 Os Usuários na Atenção Básica à Saúde e o Programa Nacional de Hepatite Viral C	34	
2.3 Ações de Enfermagem no Controle da Hepatite C	39	
2.4 A Vulnerabilidade da População ao Vírus da Hepatite C	48	
CAPÍTULO III Material e Método		
3.1 Tipo de estudo	52	
3.2 Local de estudo	52	
3.3 Caracterização da População de Estudo.....	53	
3.4 Procedimento de Coleta de dados	54	
3.5 Variáveis do Estudo	56	
3.6 Análise dos Dados	57	
3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa	58	
3.8 Riscos e Benefícios da Pesquisa.....	58	
3.9 Limitação do Estudo	59	
CAPÍTULO IV Resultados e Discussão		61
4.1 Características Gerais da Cidade de Juiz de Fora.....	61	
4.2 Variáveis Sociodemográficas.....	62	
4.3 Variáveis sobre a História de Hábitos de Vida e Saúde.....	69	
4.4 Características das Dimensões de Vida dos Portadores de HCV	80	
CAPÍTULO V		
5 Considerações Finais	88	

REFERÊNCIAS	91
--------------------------	-----------

APÊNDICES

I - Roteiro para Coleta de Dados.....	98
II - Pedido de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101
III - Termo de Compromisso de Utilização e Divulgação de Dados	102

ANEXOS

A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	104
B - Mapa da Cidade de Juiz de Fora com as Regiões Administrativas/Sanitárias	106

CAPÍTULO I

Apresentação do Estudo

I – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

1.1 Introdução

O enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional de saúde encontra-se diante de diversas possibilidades de atuação, seja na assistência de enfermagem, seja na produção de conhecimento mediante a pesquisa em enfermagem, as quais poderão contribuir cada vez mais para que o enfermeiro amplie sua visão de assistência à saúde da população.

Este estudo foi desenvolvido a partir da situação da hepatite C no Brasil e procurou focalizar a vulnerabilidade da população e apontar competências da enfermagem na promoção e proteção da saúde da população.

Destaca-se, então, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, que respalda a atuação do enfermeiro e direciona algumas incumbências como:

A participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; [...] a participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, e nos programas de vigilância epidemiológica; [...] participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contrarreferência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde (COREN, 2005, p 37).

Assim, o enfermeiro, respaldado pela Lei do Exercício profissional, assume um papel importante na assistência à saúde da população, enquanto integrante da equipe de saúde. Ao valorizar o cuidado ao indivíduo, é importante um adequado acolhimento, para resultar no bem-estar da população, visando contribuir para a integralidade da assistência e para a promoção da autonomia dos pacientes no cuidado à saúde.

Com base nas possibilidades de atuação do enfermeiro, surgiu o interesse de pesquisar o perfil epidemiológico do portador do vírus da hepatite C (HCV) e, conseqüentemente, a vulnerabilidade da população em relação ao vírus da hepatite C.

Para fundamentar esta temática de vulnerabilidade da população, teve-se por diretriz a concepção de Ayres (2003, p. 117): “[...] o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais [...]”.

A alta taxa de infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) tem sido um grande desafio no contexto da saúde pública e, em particular, para a vigilância epidemiológica. Trata-se de um agravo à saúde da população, uma vez que o indivíduo, ao se infectar pelo HCV, na maioria dos casos, não apresenta sintomas clínicos e o diagnóstico, quando ocorre, se dá quando o portador do vírus já se encontra na fase crônica da infecção.

Entre as pessoas infectadas, apenas 15% a 20% eliminam o vírus do organismo, enquanto cerca de 80% a 85% evoluem para a infecção crônica, sob diferentes apresentações. Alguns estudos, como de Ferreira e Silveira (2004), demonstram que 20% dos portadores crônicos da hepatite C evoluem para cirrose e, entre 1% a 5%, desenvolvem carcinoma hepatocelular.

O tempo de evolução para estágio final da doença é de 20 a 30 anos. A vigilância epidemiológica eficaz e o tratamento correto das hepatites trazem grande benefício à população, sendo possível reduzir ou mesmo eliminar a evolução para formas mais graves, a médio e longo prazos (BRASIL, 2005).

Nesta doença de recente intervenção, os enfermeiros, respaldados em nível nacional pelos Conselhos de Enfermagem (2005), através da Legislação profissional Lei Nº. 7.498 no Artigo 8º, devem atuar em programas de saúde ou criar espaços e se apropriar de instrumentos que permitam intervir na dimensão coletiva do processo saúde-doença, reconhecendo o contexto de vida do indivíduo infectado, com destaque, entre outros, para aspectos relacionados ao seu estilo de vida.

Com o surgimento das especialidades na área da saúde, pode-se perder a noção do todo. Os profissionais precisam estar atentos para uma visão mais integral da assistência às necessidades de saúde de um indivíduo, a qual requer que se valorize todo o contexto de vida individual e coletiva, bem como algumas dimensões e determinantes de saúde que estejam ligados diretamente aos aspectos culturais e sociais de alguns grupos da população.

Quando o profissional de saúde especializado direciona a assistência à saúde da população para a sua área do conhecimento, pode, em algumas circunstâncias, desenvolver uma avaliação fragmentada, resultando numa assistência às necessidades de saúde por partes, não valorizando a integralidade do indivíduo. A partir deste cenário, pode-se estar diante de duas situações.

A primeira situação está relacionada a um aprofundamento maior na investigação e assistência às necessidades de saúde da população, devido ao conhecimento do todo e das partes, ou seja, garantir ao usuário dos serviços de saúde a integralidade da assistência do cuidado, partindo das suas necessidades de saúde.

Na segunda situação, os usuários do sistema de saúde podem receber uma avaliação e assistência de forma fragmentada, com base na especialidade do profissional de saúde que está à frente dessa atuação.

Estas concepções estão muito bem retratadas em alguns estudos, como o de Capra (1982). Cabe aos profissionais reconhecer a importância das dimensões que estejam ligadas ao todo, de um indivíduo ou da população. Contudo merece destaque, pois esta fragmentação deve estar articulada com a integralidade do cuidado para identificar melhor as necessidades de saúde de uma população.

Com este entendimento, os profissionais da saúde precisam estar atentos para focar as necessidades sociais e de saúde da população e, assim, prestar assistência integral, valorizando o indivíduo e grupos da população, garantindo ao usuário acesso aos serviços de saúde e o comprometimento da equipe de saúde.

É importante reconhecer todas as questões sociais e culturais que possam interferir na saúde desse grupo da população e, através deste direcionamento, garantir a integralidade da assistência e a universalidade conforme os direitos dos usuários destacados na Constituição Brasileira (BRASIL, 1990).

Entende-se que o perfil epidemiológico da população atendida oportuniza proposições de prestação de assistência, visando evidenciar as potencialidades do enfermeiro, como integrante do sistema de produção em saúde, tanto na prevenção de um determinado agravo de um grupo da população, como na promoção da saúde para a população em geral.

As diversidades decorrentes do contexto relacionadas aos clientes assistidos pelo enfermeiro permitem entender que este assume um papel relevante, com base nas políticas de saúde, para os indivíduos, famílias e grupos da população. Sendo assim, valoriza os vários aspectos de vida das pessoas, planeja e prioriza a assistência conforme as necessidades exigidas (BARBOSA *et al* 2004).

É possível ainda afirmar que, para a enfermagem, há diversas possibilidades de atuação, dentro dos aspectos éticos e com respaldos legais, necessários para a assistência ao indivíduo em vários níveis de atenção à saúde, sempre com uma visão de integralidade da assistência.

As práticas de integralidade emergem na superação das diferentes dimensões em que a fragmentação se faz presente no cotidiano, nas relações imediatas com o tempo, com o espaço e com o outro. É na ação contextualizada que integralidade e cuidado se entrelaçam (PINHEIRO, MATTOS, 2008 p.298).

Desta forma a assistência a saúde deve valorizar as práticas de integralidade, como parte de alguns princípios do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, os profissionais de saúde podem despertar para uma atenção em relação a algumas questões sociais e epidemiológicas, que determinam e condicionam o perfil das necessidades de saúde da população.

A concepção de necessidade de saúde do sujeito no contexto da enfermagem apoia-se na compreensão do mundo biológico, psicológico e social como geridos por um tipo de relação em que, a cada estímulo, o ser humano reage com uma resposta que busca a adaptação a uma nova situação (LIMA, TOCANTINS, 2009 p. 368).

É importante compreender os aspectos que estejam relacionados ao contexto de vida de uma população, pois, só assim, será possível identificar as necessidades de saúde de um indivíduo ou de um determinado grupo. Quando uma população encontra-se diante de situações que possam interferir na manutenção da saúde, como é o caso da hepatite C, terá como consequência a vulnerabilidade à saúde, e suas necessidades humanas poderão ficar comprometidas.

Estudo desenvolvido por Oliveira (2002), voltado para as necessidades humanas e de saúde, destaca a hierarquização e a priorização das ações de saúde ao sujeito dos cuidados de enfermagem, valorizando a individualidade, mas reconhecendo que o sujeito é um ser social e que as suas necessidades humanas, além da saúde, são também necessidades sociais.

O profissional de saúde deve considerar a importância de identificar as necessidades sociais e de saúde de grupos da população e do grupo de portadores de HCV. Isso poderá auxiliar na identificação do perfil epidemiológico desse grupo da população através de uma avaliação e também apontar para a vulnerabilidade.

A importância disso pode ser reforçada aqui por estudos como o de Passos (2003), que ressalta o aumento da incidência da hepatite C no Brasil e no mundo, bem como a possibilidade de um grande número de pessoas estar infectado pelo vírus da hepatite C e de ainda não ter sido feito o diagnóstico. Esta situação tornou-se uma preocupação para as autoridades sanitárias em todo o mundo e tem despertado o interesse dos profissionais de saúde para a produção científica sobre esta temática.

1.2 Problemática

O problema deste estudo consiste na alta taxa de infectividade pelo vírus da hepatite C no Brasil, bem como na reduzida participação do enfermeiro na prevenção dessa doença, além da necessidade de uma atuação mais sistematizada em relação à promoção da saúde da população. O enfermeiro, diante desse contexto epidemiológico e social, tendo

por propósito assistir às necessidades de saúde da população, não pode se omitir na identificação das dimensões de vulnerabilidade da população ao vírus da hepatite C.

Por ser uma infecção que tem acometido silenciosamente um grande número de pessoas, o enfermeiro tem uma responsabilidade muito importante, no sentido de somar esforços a outros profissionais de saúde e a minimizar a vulnerabilidade da população ao HCV, que se tornou uma preocupação importante na área da saúde pública.

Ao identificar a vulnerabilidade da população ao HCV, podem-se considerar as várias possibilidades de atuação do enfermeiro, por ser um dos profissionais da saúde responsáveis pelo conjunto das ações assistenciais na área da saúde coletiva. Assim, é importante ter como referência que "doença não é um fenômeno individual centrado no corpo doente, mas um fenômeno coletivo, tendo a epidemiologia como um dos saberes fundamentais" (ALMEIDA e ROCHA, 2000, p.101) no controle das doenças.

Ao reforçar este posicionamento, podem-se tomar como referência as contribuições de Pedersoli, apud Gonçalves (1998, p.103), quando afirma que a epidemiologia, ao tomar a saúde e a doença na sua dimensão coletiva ampliada como objeto de conhecimento, é capaz de produzir para a prática um saber dotado das mesmas características. Não é o caso individual de doença que lhe interessa, a não ser por seu significado indicativo de um conjunto de aspectos que pode contribuir para a sua ocorrência.

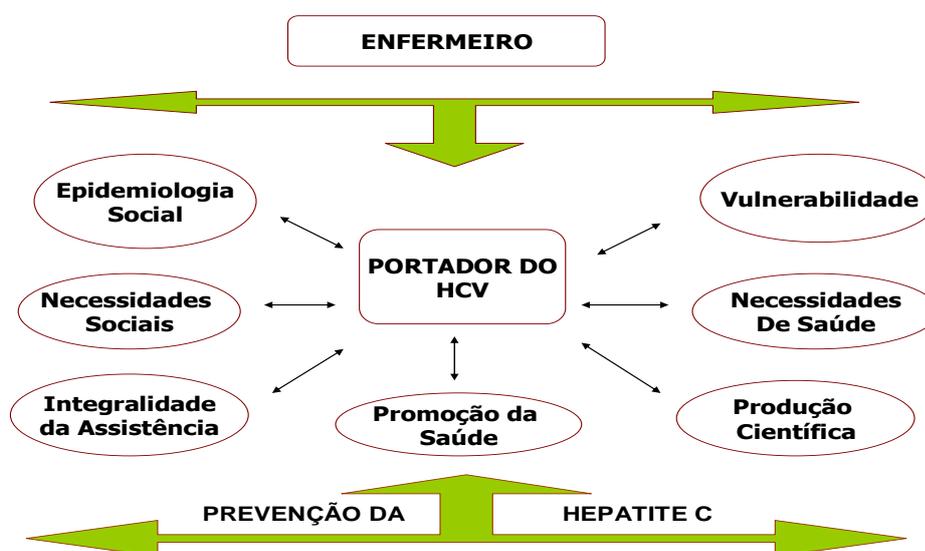
Sendo assim, o enfermeiro é um profissional que deve utilizar no planejamento de suas ações a análise do perfil epidemiológico dos portadores do vírus da hepatite C. Esta perspectiva permite buscar alternativas de prestação de assistência, com uma visão de promoção da saúde para que suas potencialidades de agir, no âmbito da saúde coletiva e no acompanhamento ambulatorial, possam valorizar toda a história de vida, hábitos, costumes

e o direito de acesso aos programas de assistência à saúde desses indivíduos. Por consequência, serão fundamentadas as ações de promoção da saúde junto à população em geral.

É importante reforçar que as informações em saúde são essenciais para a Vigilância Epidemiológica, uma vez que contribuem principalmente para o controle das doenças de notificação compulsória, como a Hepatite C (BRASIL, 2006a). Este recurso de atuação não acontece isoladamente; encontra-se inserido no contexto da saúde coletiva, à medida que incorpora práticas, cuja essência é o cuidado ao indivíduo-coletivo, e permitem criar possibilidades para apoiar os sujeitos sociais no que diz respeito aos seus direitos, mesmo com todos os desafios diante do sistema de saúde (SÁNCHEZ, BERTOLOZZI, 2006 p.322).

Através da Figura 1, podem-se observar as possibilidades de atuação do enfermeiro com o portador do HCV.

Figura 1: Esquema de Possibilidades de Atuação do Enfermeiro com o Portador de Hepatite C



O enfermeiro, ao considerar a situação epidemiológica da hepatite C, pode atuar com a equipe multiprofissional de saúde na prevenção desse agravo e, através de um olhar epidemiológico social, identificar as necessidades sociais, de saúde e a vulnerabilidade desse grupo da população, para um planejamento da assistência, com uma visão integral e, assim, contribuir para a promoção da saúde do portador do HCV.

Neste sentido, cabe ao enfermeiro ampliar as suas possibilidades de atenção, seja para atuar na produção científica em enfermagem direcionada para a situação da hepatite C, seja para ocupar seu espaço na assistência às necessidades de saúde da população, identificando assim as vulnerabilidades sociais e de saúde do portador de hepatite C, que podem resultar em agravos à saúde individual ou coletiva.

1.3 Objetivos do Estudo

- Descrever o perfil epidemiológico dos usuários de um serviço de saúde, diagnosticados como portadores do vírus da hepatite C.
- Analisar a vulnerabilidade da população para hepatite C, a partir do perfil dos portadores do vírus.

1.4. Justificativa do Estudo

Crozeta *et al.* (2009) ressaltam que a enfermagem identifica dimensões determinantes e condicionantes para um melhor respaldo quanto à forma de atuar, permitindo identificar prioridades de assistência. O enfermeiro como integrante da equipe

de saúde, e diante do perfil epidemiológico dos portadores do HCV, poderá priorizar a assistência às necessidades de saúde desse grupo, seja de forma individual, seja coletiva.

Com este entendimento, os enfermeiros são capazes de atuar em diferentes cenários assistenciais, que constituem os espaços de atenção em que são atendidos os usuários do sistema de saúde. O foco central desta atenção implica a identificação de necessidades – individuais e coletivas – de saúde, com respaldo nos Princípios Fundamentais do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem:

O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos em todas as suas dimensões (COFEN, 2007, p. 2).

Desta forma, o enfermeiro, com esta visão ampliada, pode explorar mais sua autonomia para os estudos dos agravos à saúde da população, com respaldo para descrever, analisar e interpretar sua ocorrência em grupos da população.

Através de estudos epidemiológicos, numa visão social, desenvolvidos pela enfermagem, é possível identificar aspectos biológicos, sociais e culturais que apontam para necessidades sociais, de saúde e, conseqüentemente, para a vulnerabilidade de grupos da população ao vírus da hepatite C. Assim sendo, Gomes (1994) afirma que a epidemiologia social deve ir além do problema de saúde específico, permitindo considerar os aspectos sociais que envolvem uma sociedade, estimulando na mesma uma mobilização quanto aos problemas, com a finalidade de conseguir gerar soluções ou modos de intervenção no processo.

Para Zoboli e Fracoli (2007), o enfermeiro na atenção básica deve fundamentar sua atuação na saúde coletiva para entender e respeitar os limites e potencialidades dos corpos sociais, que incluem tanto os sujeitos do cuidado como grupos da população.

Nesta concepção, destaca-se, ainda, a possibilidade de a enfermagem apropriar-se da vulnerabilidade como um recurso de sua prática investigativa, aliada à epidemiologia social, para atuar na atenção básica à saúde. Diante desse posicionamento, é possível valorizar situações que estejam ligadas diretamente ao portador do vírus da hepatite C, seja para a produção científica, visando à promoção da saúde da população, ou para uma melhor assistência à saúde do portador.

As reflexões e informações apresentadas destacam a importância deste estudo, tendo por referência o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), que considera como aspecto preocupante o aumento da prevalência da hepatite C. Portanto, ressalta-se a necessidade da criação de Serviços de Referência em vários níveis e em diversas regiões do país, além do atendimento à demanda pelo trabalho efetivo, incluindo educação em saúde, capacitação de profissionais, especialmente de enfermeiros.

CAPÍTULO II

Fundamentação Teórica

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Entendendo a Hepatite C

As hepatites virais são classificadas de acordo com a estrutura do vírus, que causa a infecção, sendo todas elas com tropismo pelo tecido hepático, podendo ser diagnosticadas numa fase aguda ou crônica da doença. Tendo sido a hepatite A e a hepatite B diagnosticadas no início da década de 1970, percebeu-se que havia hepatites pós-tranfusionais e não estavam associadas a esses vírus (SANTOS, ROMANOS, WIGG, 2002 p. 144).

A hepatite C, até a década de 80, era denominada como hepatite não A não B e, em 1989, Choo e colaboradores identificaram uma estrutura viral diferenciada e denominaram-na como vírus da hepatite C (HCV) (BRASIL, 2005 p. 9).

De acordo com alguns estudos desenvolvidos, e tendo como referência a pesquisa desenvolvida por Torres (2006), para identificação do vírus da hepatite C, foram utilizadas as técnicas de biologia molecular e foi possível identificar que é um vírus RNA da família *flaviridae* e do gênero *hepacavírus*, tendo no seu genoma estrutural moléculas de proteínas C, formando o nucleocapsídeo. A Figura 1 apresenta a estrutura do vírus HCV.

Algumas destas proteínas são enzimas, necessárias para a montagem e replicação viral, e outras têm funções de ligação às células do portador do vírus, desempenhando um papel importante na persistência da infecção (LOHMANN, KOCH e BARTENSCHLAGER, 1996). A Figura 1 apresenta a estrutura do vírus HCV.

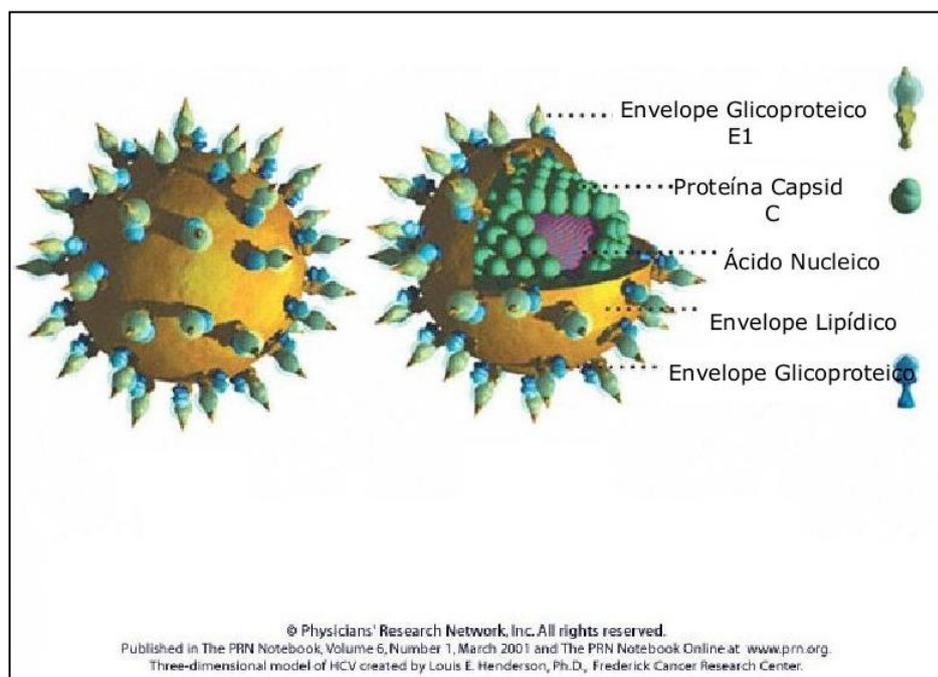


Figura 2: Estrutura do HCV

Em relação a esta morbidade, há estudos, como o de Medeiros (2005, p.sp), que estimam que a ocorrência da infecção pelo HCV será ainda maior entre os anos de 2010 e 2015. Os autores destacam que cerca de 1% da população mundial é portadora do vírus da hepatite C, sendo a situação mais grave entre os usuários de drogas injetáveis.

O conhecimento epidemiológico sobre a Hepatite C tem sido obtido por meio de algumas pesquisas nacionais e internacionais. Como referência, existe a iniciativa do Ministério da Saúde, que, preocupado com a situação, criou, em fevereiro de 2002, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV). Esse programa tem como objetivos: desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde; estimular e garantir as ações de vigilância epidemiológica e sanitária; garantir o diagnóstico e o tratamento das hepatites; ampliar o acesso e incrementar a qualidade e a capacidade instalada dos serviços de saúde; promover a capacitação de recursos humanos e a sensibilização de gestores e entidades profissionais.

O PNHV congrega três projetos de avaliação epidemiológica: Projeto Sentinela de Gestantes - para 10.000 mulheres em idade fértil; Projeto Sentinela das Forças Armadas - 8.000 recrutas; Inquérito Domiciliar Nacional - para 65.000 pessoas entre 5 e 39 anos de idade. A partir dos dados coletados nesses projetos, acreditava-se que a realidade das hepatites virais no Brasil poderia ser mais bem-avaliada e as ações de prevenção e assistência às pessoas doentes poderiam ser mais bem-planejadas (FERREIRA e SILVEIRA, 2004 p. 475 *Apud* BRASIL, 2002a).

Trata-se do primeiro estudo de âmbito nacional. Até então, os estudos de prevalência das hepatites virais tinham características locais e não permitiam definir a situação epidemiológica nacional. Pesquisas realizadas com seis mil jovens, de 17 a 22 anos, alistados no Exército Brasileiro, foram identificados 2,6% de pesquisados com Hepatite B e 1,5% com Hepatite C, o que permitiu estimar que cerca de 4% dos brasileiros têm estes tipos da doença. Não havia dados nacionais dessas doenças no país e há indicação de aumento da incidência das hepatites B e C entre os jovens (TOLEDO, 2005, p.2).

Fundamentado nesse estudo, o Ministério da Saúde (MS) estimou a média nacional para a hepatite C que é de 1,5%. Apesar de não ser objeto deste estudo analisar e comparar populações, merece destaque que, no Rio Grande do Sul, foi encontrado um índice de ocorrência de hepatite C de 4,5% e, em Rondônia, de 7,3%. Com a incidência da Hepatite C entre os jovens, Toledo (2005, p. 2) alerta que este "é um problema real e que as autoridades e os profissionais de saúde precisam estar atentos para a busca de soluções". Isso deve mudar para que o atual quadro das hepatites virais no Brasil possa ser revertido.

Estima-se que sua prevalência média seja próxima de 3%. São, aproximadamente, 150 a 200 milhões de portadores do vírus da hepatite C (HCV) em todo o mundo, e dois a três milhões no Brasil. São escassos na literatura os relatos a respeito dos aspectos clínicos da hepatite C crônica no Brasil e em Minas Gerais, em razão da subnotificação dos casos e das dificuldades de diagnóstico e tratamento no nosso meio (SOUZA *et al.*, 2004, p. 136).

Relatório de vigilância em saúde, apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), sobre a situação das hepatites virais no Estado de Minas Gerais, mostrou que, somente no ano 2004, foram diagnosticados 421 casos de HCV e a incidência em Minas Gerais estava em torno 2,2%.

De acordo com Zardine (2007, p.1), no ano de 2007, foram confirmados 227 casos de Hepatite C. Realizou-se um Inquérito Nacional das Hepatites Virais, sob coordenação do Ministério da Saúde, visando à identificação da prevalência da doença na Região Sudeste. "O inquérito permitiu quantificar o número de casos de contaminação não só em Minas Gerais, como em todo o Brasil. Atualmente, a única certeza que se tem é que os dados de notificação do número de pacientes infectados pelo HCV estão abaixo da realidade" (ZARDINE, 2007, p. 1).

A cidade de Juiz de Fora dispõe do Ambulatório de Hepatologia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (SSSDA). Este ambulatório – denominado Centro de Referência em Hepatologia –, em nível estadual, tem o objetivo de atender pacientes portadores da Hepatite C e outras doenças do fígado, visando ao controle, diagnóstico e tratamento da Hepatite C. Recebe cerca de 40 usuários por mês, procedentes da macrorregião de Juiz de Fora, municípios da Zona da Mata e do Estado do Rio de Janeiro (MINAS GERAIS, 2004, p. *sp*).

A estimativa em Juiz de Fora é de que 1% a 2% da população esteja infectada pelo VHC, de acordo com Meirelles (2007, p.*sp*), que salienta que, "no Hospital Universitário (HU), são atendidas aproximadamente 600 pessoas que sofrem com a doença". Na

"campanha realizada em 2006, o teste foi feito em 500 pessoas e cinco estavam infectadas, tendo sido iniciado o acompanhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo vírus da hepatite C".

O mencionado Centro realiza exames sofisticados, bem como a campanha anual, na qual é feita a testagem gratuita do vírus HCV na população da cidade e da região. Paralelamente ao serviço ambulatorial, desenvolvido no Serviço de Gastroenterologia, são realizadas atividades de ensino e pesquisa nos níveis nacional e internacional em parceria com laboratórios privados, podendo-se destacar: avaliação de resposta de pacientes ao tratamento da Hepatite C e coinfectados com o vírus HIV (UFJF, 2007, p.sp).

De acordo com Meirelles (2007 p. sp), "o vírus pode ficar décadas, ou anos no sangue de uma só pessoa. Quando o paciente descobre a doença logo no início, pode se tratar e tem 98% de chance de cura. Por isso, quanto antes descobrir, melhor". Além disso, esclarece que esta é uma doença "assintomática em 90% dos casos" e, por isso, só é descoberta muito depois da infecção, quando o quadro dos pacientes já evoluiu para complicações como a "cirrose e o câncer de fígado". Esta doença "é curável em 50% a 85% dos casos, e cerca de 20% dos contaminados eliminam o vírus naturalmente, mas 70% desenvolvem hepatite crônica, devido à característica mutante do vírus".

Com base nesses dados, justifica-se uma atuação mais ativa dos profissionais de saúde na prevenção da hepatite C, visando à promoção da saúde, e a busca do diagnóstico cada vez mais precoce da hepatite C, no sentido de amenizar o comprometimento da saúde do portador do vírus.

2.2 Os Usuários na Atenção Básica e o Programa Nacional de Hepatite Viral C

Os usuários do sistema público de saúde no Brasil dispõem de alguns direitos que garantem o acesso aos serviços de saúde, isso se justifica pelo fato de a população brasileira pagar encargos tributários que financiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, os estados, por sua vez, recebem alguns repasses de verbas do Governo Federal, que elabora um planejamento para distribuição das verbas, conforme os programas e ações de saúde para atender a população. O Estado de Minas Gerais já instituiu um comitê estadual de hepatites virais, de acordo com determinação da Portaria 2.080, de 31/10/2003, na qual prevê a garantia de estruturação de uma rede de atenção primária e de serviços de média complexidade, que atenda pacientes com hepatites virais, sendo uma das prioridades do SUS (BRASIL, 2006b).

O Sistema Único de Saúde se fundamenta na Lei 8.080 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a regulamentação das obrigações dos órgãos governamentais em relação à saúde da população. Pode-se destacar nos Princípios e Diretrizes da Lei do SUS a Universalidade, que, por si só, já define o direito do usuário de utilizar o Sistema SUS, desde a atenção básica até o nível hospitalar.

Tendo em vista o exposto, ressalta-se que toda a população deveria ter fácil acesso aos exames para diagnóstico da hepatite C, o que viabilizaria o diagnóstico do HCV, na fase aguda da infecção e preveniria alguns agravos, que acabam desencadeando a fase crônica da doença.

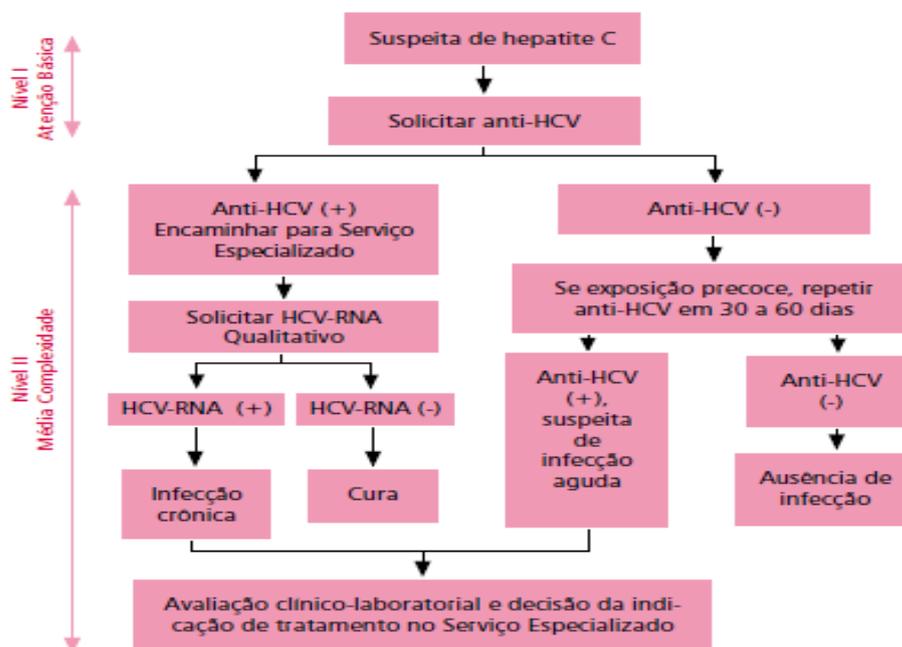
Apesar de o HCV ter sido identificado no final da década de 80, à época em que foi criado o SUS, pode-se perceber que os programas de saúde que tiveram o foco da atenção em outras áreas da saúde, desenvolvidos ao longo dos últimos 20 anos, tiveram um controle e avanço bem superior às ações governamentais de saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da hepatite C. Ainda assim, nos últimos anos, mesmo com todas as campanhas de prevenção da hepatite C, o envolvimento dos profissionais de saúde é pequeno, comparado com o dispensado a outras ações de saúde desenvolvidas no SUS.

Para o acompanhamento e diagnóstico do HCV através do SUS, existem alguns manuais e protocolos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) que normatizam alguns critérios, tanto para a investigação quanto para o tratamento e acompanhamento do portador das hepatites virais. Esses protocolos, apesar de obrigatórios na rede pública, não se restringem apenas a uma norma operacional, uma vez que propõem as melhores evidências científicas sobre o tema.

Tanto a hepatite C quanto os demais tipos de hepatite podem desenvolver no indivíduo acometido alguns sintomas que, inicialmente, pode-se denominar como diagnóstico clínico, que implicará um bom levantamento da história de vida e saúde do indivíduo; em seguida, deve-se dar continuidade à investigação por meio dos exames laboratoriais, para classificar o tipo de hepatite a que o indivíduo está vulnerável para as futuras complicações, caso não seja acompanhado e tratado.

A Figura 3 mostra o fluxograma de investigação laboratorial da hepatite C.

Figura 3: Fluxograma de Investigação Laboratorial da hepatite C



Fonte: Ministério da Saúde 2008

A princípio, ao analisar o fluxograma da Figura 3, é possível refletir sobre o trabalho de investigação epidemiológica, que parece estar acessível a toda a população, mas, na prática assistencial de saúde do serviço público, a rotina é bem diferenciada. Nem todos os gestores de saúde dos municípios brasileiros estão sensibilizados para a situação epidemiológica da hepatite C, o que dificulta a disponibilidade desse fluxo de investigação e atendimento aos usuários da rede pública de saúde.

O diagnóstico laboratorial do vírus da hepatite C pode se dar através de campanhas anuais de investigação específica nos locais que dispõem de um sistema de referência, mas este nem sempre está disponível a toda população brasileira; isso pode ser feito através de exames sorológicos de triagem, em sangue de doadores nos hemocentros e baseado no diagnóstico clínico nos usuários do SUS, quando são solicitados alguns exames, como a

prova de função hepática e, dependendo das alterações, serão solicitados os exames específicos para identificação do tipo de hepatite (BRASIL, 2008, p. 13).

A detecção de anticorpos contra antígenos específicos do VHC é a maneira mais frequentemente empregada para identificar a infecção, presente ou passada. Para isso, são utilizados testes de rastreamento, que apresentam alta sensibilidade, e testes suplementares, também denominados confirmatórios, com maior especificidade (BRANDÃO *et al.* 2001, p.162).

Com esse entendimento, pode-se afirmar que o diagnóstico laboratorial do HCV, como teste de rastreamento, se divide em duas fases. Inicialmente, realiza-se o exame sorológico Anti-HCV, que irá indicar o contato prévio do usuário com o vírus da hepatite C, não sendo possível identificar em qual fase se encontra, se é uma infecção aguda, crônica, ou pregressa, e curada espontaneamente.

Dependendo do resultado do exame sorológico, o usuário será encaminhado para um serviço de saúde de referência, para que possa fazer exames de biologia molecular, como exames confirmatórios, que tenham maior especificidade na identificação do RNA viral. Serão definidos teste quantitativo, utilizado para determinar a carga viral, e qualitativo, para determinar o genótipo do vírus, facilitando, assim, o esquema de tratamento ideal, de acordo com a necessidade do usuário infectado pelo HCV (BRANDÃO *et al.*, 2001, p.166; BRASIL, 2008, p.16).

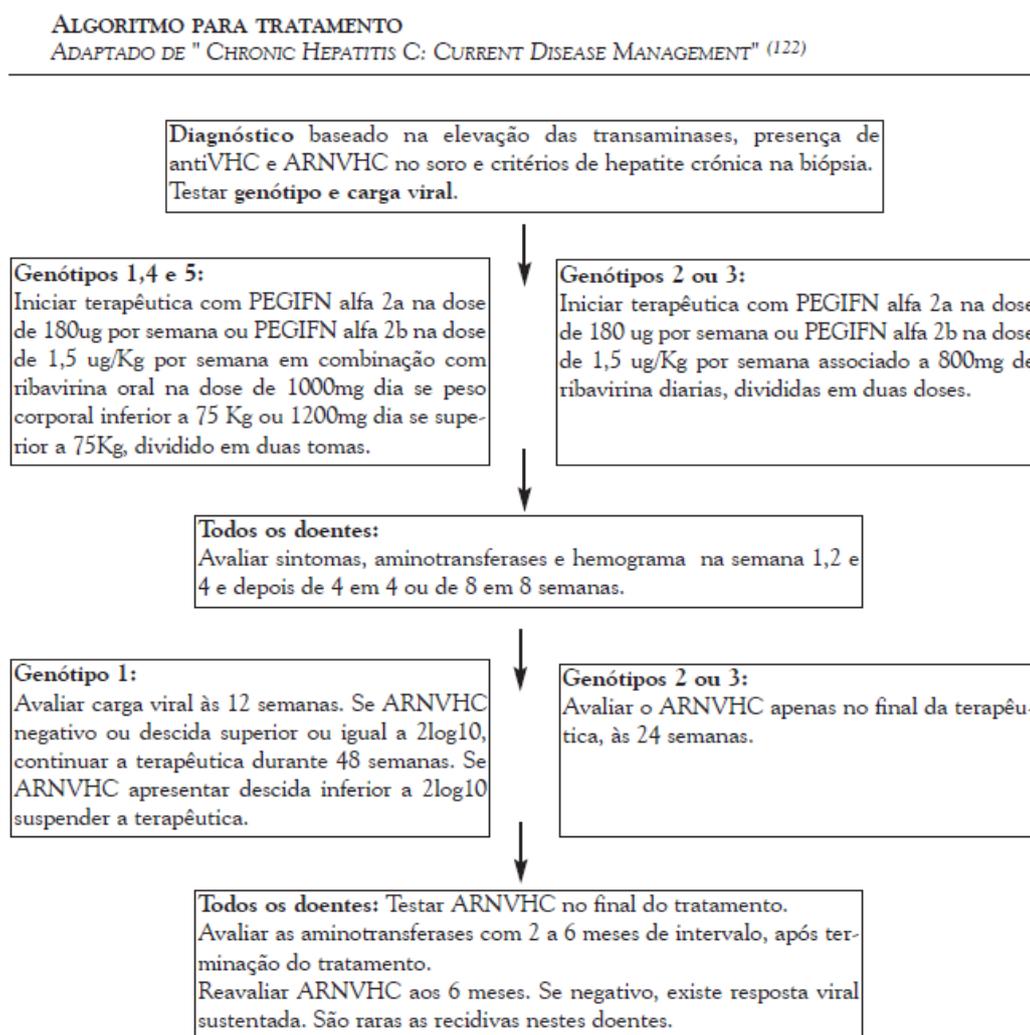
A decisão de tratar os pacientes portadores do vírus da hepatite C é complexa, diferentes variáveis relacionadas ao paciente, como a idade, o estado geral, o risco de cirrose, análise histológica; ou ao vírus, como genótipo e a carga viral, devem ser criteriosamente analisadas (BRASIL, 2007).

O tratamento recomendado para portadores do HCV, segundo Oliveira e Teixeira, *Apud* Mayrink (2003, p.2), é "a combinação de Interferon Peguilado e Ribavirina, por um

período de 24 a 48 semanas", podendo ocorrer variação de acordo com cada paciente. Além disso, o paciente tem como principal restrição a ingestão de bebidas alcoólicas e é recomendável que não doe sangue, mesmo depois do tratamento.

O tratamento a ser adotado é decidido após uma complexa análise que leva em consideração vários fatores clínicos e virológicos. Estes fatores continuam sendo avaliados no período do tratamento, além de todo o controle das condições clínicas e virais do portador que deve ser respeitado para um bom tratamento, como mostra a Figura 4, apresentada num estudo de Augusto e Lobato (2003).

Figura 4: Algoritmo para Tratamento



Fonte: Augusto e Lobato (2003)

Apesar de o Ministério da Saúde assegurar o tratamento da doença, acessível a todos, algumas regiões enfrentam problemas, como a carência para a disponibilidade de um local de referência em hepatologia, que facilite o acesso da população aos exames para confirmação de diagnósticos, acompanhamento ambulatorial e também para avaliar as necessidades de saúde do indivíduo portador do vírus da hepatite C (HCV), e com isso, definir melhor a droga e posologia conforme a Portaria nº 34/2007, para o acompanhamento e tratamento do portador (BRASIL, 2007).

As ações de saúde de alcance coletivo expressam uma tensão entre Estado e Sociedade, entre liberdades individuais e responsabilidades coletivas, entre interesses privados e públicos. A extensão e profundidade dessas ações dependem da dinâmica de cada sociedade, sobretudo diante das articulações que estabelece concretamente com as instâncias econômicas, políticas e ideológicas (PAIM e FILHO, 1998, p.311-312).

De acordo com os estudos que retratam a realidade das necessidades sociais, de saúde e epidemiológica da população, é preciso um esforço das autoridades sanitárias, no sentido de conscientizar o usuário sobre seus direitos de acesso aos cuidados à saúde e assegurar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.3 Ações de Enfermagem no Controle da hepatite C

A enfermagem como integrante da equipe de saúde deve assumir o seu papel na atenção básica à saúde e empenhar-se no controle da hepatite C, para o cumprimento das políticas de saúde.

Entre as ações de enfermagem que podem ser desenvolvidas, destaca-se a prestação da assistência de enfermagem de forma integral, contextualizada por uma visão social, para a identificação das necessidades de saúde dos portadores do HCV e pode-se destacar também o interesse da enfermagem pela produção científica sobre a situação de grupos da população diagnosticados com o vírus da hepatite C e alta morbidade que o HCV pode causar às pessoas que se encontram vulneráveis.

Para valorizar o estilo de vida do portador do HCV, pode-se iniciar a abordagem do usuário através do acolhimento, pois é um momento em que o profissional de enfermagem, através de uma escuta sensível e atenta, identifica os aspectos sociais, história de vida e saúde dos portadores. Isso permite ao profissional de enfermagem traçar o perfil dos indivíduos diagnosticados com o HCV para o planejamento da assistência de enfermagem.

Com este entendimento, a enfermagem é capaz de atuar em diferentes cenários assistenciais, que constituem os espaços de atenção em que são atendidos os usuários portadores do vírus da hepatite C e da população em geral, considerando os pressupostos dos modelos clínicos e epidemiológicos.

O foco desta atenção implica também as ações de enfermagem que possam identificar necessidades - individuais e coletivas - de saúde, para isso, pode-se até se respaldar em alguns princípios como os do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que estabelece que

O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. O

profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões (COFEN, 2007, p. 2).

Conforme o exposto, os profissionais de enfermagem podem ampliar a visão tanto em nível individual como coletivo; podem se apoiar na epidemiologia e dar um passo essencial no estudo de algum agravo, para descrever, analisar e interpretar precisamente sua ocorrência na população. Esta ocorrência implica, entre outros, categorias básicas como a distribuição temporal, a distribuição espacial e a distribuição segundo atributos pessoais, visando identificar o padrão geral de ocorrência e os grupos vulneráveis.

Ao reconhecer a vulnerabilidade da população ao vírus da hepatite C, é possível intervir através de duas ações, pela promoção da saúde e na prevenção de doenças, nesse caso, a hepatite C. Essas ações são vistas como estratégias fundamentais da saúde pública e, conforme a concepção de Verdi e Caponi (2005), são entendidas como conjunto de disciplinas e práticas que têm por objeto a proteção da saúde das populações humanas.

Com o estudo epidemiológico, é possível identificar aspectos biológicos, sociais, culturais que apontam para necessidades de saúde - tanto de um indivíduo, acometido por uma determinada doença, quanto de grupos vulneráveis ao respectivo agravo. Ao levar em conta todas as questões culturais, ambientais, sociais e fisiológicas que se fazem presentes, faz-se possível a elaboração de hipóteses "determinantes e condicionantes" com base na ocorrência usual de doenças conhecidas; isso possibilita o uso da analogia tanto no estudo das doenças novas, quanto na explicação de doenças anteriormente conhecidas. Estes indicadores constituem fontes de informações em saúde, que visam orientar o planejamento, a prestação e avaliação da assistência e da atenção à saúde para a população.

Com base neste entendimento, pode-se contextualizar Tocantins e Souza (1997), que identificam o indivíduo ou grupos da população como sujeitos com necessidades de saúde quando os mesmos, dependendo do contexto de vida ou situação que estejam vivenciando, apresentem limitações em suas atividades sociais e funções fisiológicas, comprometendo sua saúde, tornando-os mais vulneráveis.

A assistência de enfermagem inicia-se no acolhimento, que é considerado um momento muito importante do relacionamento que será estabelecido entre o cliente e profissional de saúde. Este primeiro contato é o que irá facilitar toda a coleta de dados, possibilitando o planejamento de uma assistência individualizada.

O acolhimento é considerado central nas propostas de reorientação da atenção à saúde. Ele tem sido analisado como processo e estratégia fundamental na reorganização da assistência em diversos serviços de saúde no país, buscando a inversão do modelo tecnoassistencial, de modo a contemplar o princípio da universalidade no atendimento e a reorganização do processo de trabalho. Trata-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário num serviço de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema e alguns autores ainda apontam, como fatores positivos do acolhimento, a priorização de casos, a valorização da história de saúde e de vida, a ampliação do acesso, a maior humanização no atendimento aos usuários, a otimização do trabalho da enfermagem, o estímulo ao trabalho em equipe multiprofissional e o aumento do vínculo entre usuários e equipe de saúde (GOMES *et. al*, 2005, p. 2).

O profissional de enfermagem valoriza a importância do acolhimento e respeita o usuário e todo o contexto de vida em que está inserido e, assim, facilita o planejamento da assistência de enfermagem com base no perfil epidemiológico e em todas as características importantes sobre estes usuários, portadores do vírus da hepatite C.

As reflexões e informações apresentadas fortaleceram a importância deste estudo, considerando-se como aspectos preocupantes: a previsão de aumento da Hepatite C; os

resultados obtidos por algumas pesquisas, envolvendo os portadores de hepatite C; a recente criação de setores específicos na rede de saúde da cidade; a demanda pelo trabalho efetivo, incluindo educação em saúde, capacitação de profissionais, especialmente de enfermeiros.

Para o controle da hepatite C, não basta apenas uma política nacional voltada para a elaboração de manuais de esclarecimentos sobre os diversos tipos de hepatites virais, enfocando a sua magnitude em relação à morbidade, ou para tentar alertar e instrumentalizar os profissionais de saúde no atendimento ao portador do vírus, retratando a situação epidemiológica da hepatite C no Brasil e no mundo.

É necessário um envolvimento maior dos governos federal, estadual e municipal, por meio de recursos humanos, conscientizado e treinado para campanhas de esclarecimento à população sobre as formas de transmissão e as complicações que podem ocorrer após a cronificação da doença, bem como de condições materiais, como kits de laboratório para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento.

Diante desse contexto e pelas particularidades de atuação da enfermagem, pode-se valorizar esse profissional na prevenção da hepatite C e na promoção da saúde do indivíduo, no encorajamento e conscientização deste de seus direitos de acesso à saúde e, uma vez infectado e cadastrado o paciente no serviço de saúde, no acompanhamento e tratamento. O enfermeiro deveria ser incluído, como um integrante da equipe multiprofissional e interdisciplinar no atendimento ao portador da hepatite C, com respaldo na legislação profissional que o ampara, que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Através da SAE, o enfermeiro poderia atender o portador, iniciando, por meio do processo de acolhimento, com uma visão holística, a identificação das necessidades de saúde do portador do vírus, como já foi descrito, abrangendo a parte biológica, psicológica e social, que poderia ser definida como:

A concepção de necessidade de saúde do sujeito no contexto da enfermagem apoia-se na compreensão do mundo biológico, psicológico e social como geridos por um tipo de relação em que, a cada estímulo, o ser humano reage com uma resposta que busca a adaptação a uma nova situação (LIMA e TOCANTINS, 2009, p.368).

Na verdade, o aprofundamento nessas necessidades do sujeito pela enfermagem, na maioria das vezes, não ocorre, pois a figura do enfermeiro não faz parte deste cenário. E, no acompanhamento do indivíduo portador do HCV, se faz presente o modelo de atendimento tradicional, com uma visão centrada na doença, e têm sido renegadas muitas questões ligadas às dimensões sociais, ambientais, estilo de vida e ao direito de acesso à saúde, o que pode dificultar o diagnóstico das possíveis vulnerabilidades da população ao vírus da hepatite C.

Ao apoiar-se na perspectiva da vulnerabilidade, é importante considerar alguns problemas enfrentados pela população que podem afetar diretamente as condições de vida e saúde, como a poluição ambiental, carência de acesso a alguns recursos sociais e de saúde por um determinado grupo da população, o que tem sido motivo de discussão por parte de diversos autores, tanto no Brasil quanto no mundo e, principalmente, nos países em desenvolvimento.

Um estudo de revisão sobre promoção da saúde e qualidade de vida, desenvolvido por Buss (2000), mostrou que a saúde é resultado de ampla cobertura de situações e fatores

relacionados com a qualidade de vida, o que nos faz refletir cada vez mais quanto aos investimentos, seja por parte de cada esfera do governo, pelo empenho dos profissionais na área de saúde pública, na atenção básica à saúde e na conscientização da população para o cuidado à saúde, sendo possível, através da promoção da saúde, contribuir para elevação do nível de qualidade de vida.

Buss (2000, p. 170) destaca a Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, alguns pontos principais:

Aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a 'intersectorialidade', ao afirmar que dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de formas sadias de vida, a promoção da saúde transcende o setor saúde. É completa, afirmando que as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Defesa da saúde, capacitação e mediação são, segundo a Carta de Ottawa, as três estratégias fundamentais da promoção da saúde (BUSS, 2000, p. 170).

Dos órgãos governamentais, ao elaborarem Programas, Protocolos e Políticas de Atenção à Saúde, espera-se que possam garantir aos usuários o acesso aos serviços de atenção à saúde, de forma segura, eficaz e menos burocrática, com isso, satisfazer todas as necessidades de saúde. Obtendo-se, assim, o controle dos agravos à saúde, seja individual ou coletivamente. Ao identificar um determinado grupo da população exposto a qualquer agravo à saúde, é possível intervir antes que se torne uma epidemia e, no caso da hepatite C, uma epidemia silenciosa.

O entendimento de que o vírus da hepatite C é transmitido por contato com sangue contaminado possibilita classificar um grupo da população que está mais vulnerável, em relação à população em geral. Para essa classificação, é importante valorizar as necessidades sociais, de saúde e o estilo de vida, adotados por este grupo de pessoas, a saber: usuários de drogas ilícitas por via endovenosa (EV) e por inalação, indivíduos

hemotransfundidos e pacientes transplantados antes de 1992, hemofílicos, pacientes em hemodiálise, indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), pacientes com alterações de aminotransferases e, de acordo com alguns estudos, a população encarcerada (FAGUNDES *et. al.* , 2008, p. 2).

A ficha de investigação epidemiológica e a notificação do SINAN para as hepatites virais valorizam até outras formas de contágio por via parenteral, que devem ser investigadas, como: procedimentos médicos, odontológicos, de acupuntura ou de tatuagem, relacionados pelo fato de serem utilizados materiais perfurocortantes. Na ausência de um processo de desinfecção e esterilização adequado, esses materiais poderão ser um veículo transmissor do HCV de um indivíduo para outro.

Desta forma os profissionais de saúde, com exposição ocupacional documentada, apesar de apresentarem uma baixa incidência, considerando as outras infecções e doenças, não têm como fazer uma quimioprofilaxia pós-exposição. Contudo é preocupante a incidência de agravos ocasionados pelo HCV, conforme o posicionamento de alguns autores:

Os acidentes ocasionados por picada de agulhas são responsáveis por 80 a 90% das transmissões de doenças infecciosas entre trabalhadores de saúde. O risco de transmissão de infecção, através de uma agulha contaminada, é de [...] um em trinta para Hepatite C. O risco de infecção por HCV entre trabalhadores de saúde, que têm exposição ocupacional ao sangue HCV positivo, é baixo, e o índice de soroconversão é entre 0 e 2,8%, assim, recomendam que o seguimento de trabalhadores de saúde pós-exposição ocupacional deva ser baseado em testes periódicos de Alanine Aminotransferase (atividade) e anti-HCV, durante um período de 6 meses, sempre comparando dados de evidência clínica e/ou bioquímica de Hepatite (MARZIALE, NISHIMURA e FERREIRA, 2004, p.37).

O estudo de Fagundes et al. (2008) classifica outra forma de transmissão da hepatite C, como não parenteral que se dá através da relação sexual, sem o uso do preservativo, com uma pessoa infectada pelo HCV; como exemplo, temos os casais monogâmicos heterossexuais, em que um dos cônjuges esteja infectado, apesar da baixa incidência de contaminação, mas pode variar de zero a 27%. Esse mesmo estudo ressalta a importância de se considerar a transmissão intradomiciliar, devendo valorizar o compartilhamento de utensílios de higiene pessoal, como lâmina de barbear, escova de dentes, alicates e cortadores de unhas.

Diante destes aspectos que compõem o quadro epidemiológico da hepatite C e devido a pouca produção científica, justifica-se, cada vez mais, a realização de estudos, tanto pela enfermagem como por outras áreas do conhecimento, envolvendo esta temática. Sendo assim, o surgimento de outros estudos que valorizem o contexto de vida da população e as dimensões sociais e de saúde envolvidas, para tornar o indivíduo vulnerável ao HCV, poderá facilitar a definição da melhor forma de controle, acompanhamento e tratamento.

Atualmente este acompanhamento e ou tratamento do portador do HCV está baseado fundamentalmente no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C, normatizado pela Portaria nº 34, de 28 de setembro de 2007, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), que estabelece basicamente os critérios de inclusão/exclusão e utilização das medicações Interferon alfa, Interferon alfa Peguilado e Ribavirina, utilizadas no controle e tratamento da infecção pelo HCV, em que é possível identificar a supervalorização das questões biológicas do indivíduo infectado, independentemente da forma de contágio e de seu contexto de vida.

2.4 A Vulnerabilidade da População ao Vírus da Hepatite C

O termo vulnerabilidade passou a fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde e a ser utilizado nos trabalhos científicos a partir da década de 90. Até então, o olhar profissional para a ocorrência de algumas doenças era apenas com uma visão do risco que levava ao acometimento da doença. “A vulnerabilidade é o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, diante de uma determinada doença, condição ou dano” (BRASIL, 2006c, p. 20).

Alguns autores, como Ayres (2003), perceberam que a visão de risco na epidemiologia era muito limitada, pois não permitia identificar através de alguns fatores o contexto de vida de um indivíduo, bem como limitar até o grupo da população a que pertence e quais as dimensões socioculturais, ambientais e programáticas poderiam estar envolvidas durante o processo.

Antes da introdução do termo vulnerabilidade, alguns profissionais de saúde tinham um olhar apenas com enfoque no risco epidemiológico, o que, de certa forma, deve ser também valorizado, conforme a necessidade do que se pretende demonstrar ou identificar numa população.

Em um dos Manuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), em que se discute sobre HIV/Aids, hepatites e outras DSTs, foi introduzida a temática sobre a vulnerabilidade, mas ainda numa perspectiva do risco epidemiológico. Ao refletir sobre esta forma de abordagem, é possível dizer que os programas e protocolos de saúde pública eram muito centrados na prevenção e tratamento de doenças.

Ao longo dos anos, as políticas públicas de saúde têm passado por algumas transformações, desde a discussão das concepções de saúde, risco epidemiológico e vulnerabilidade. Os profissionais de saúde têm sido estimulados a refletir melhor sobre estes conceitos e a se posicionarem quanto às ações de saúde desenvolvidas, partindo do sujeito para a população, e a considerarem as particularidades de cada indivíduo, bem como da coletividade, resultando, assim, na promoção da saúde.

Na concepção de Barchifontaine e Zoboli (2007), através da saúde pública, é importante contextualizar a natureza, sociedade e cultura em que a população se encontra inserida, com isso, permitir identificar as características de uma população, que podem interferir na qualidade de vida e resultar numa vulnerabilidade à saúde da população.

Ao se apropriar melhor da concepção de vulnerabilidade, levando em consideração todas as questões sociais e de saúde, como já foi reforçado, é importante organizar as características encontradas nos grupos de uma coletividade, para, assim, identificar com mais facilidade as necessidades de saúde e identificar as vulnerabilidades da população.

Numa publicação com diversos autores, utilizaram-se as concepções de Ayres (2006) para discutir a vulnerabilidade, na qual descrevem as análises de vulnerabilidade e buscam integrar três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos das vidas das pessoas, de comunidades e da população em geral. Esses eixos – a dimensão individual da vulnerabilidade, dimensão social da vulnerabilidade e dimensão programática da vulnerabilidade – permitem um melhor entendimento da susceptibilidade da população e a valorização de todos os aspectos que devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade.

Para se obter esse entendimento, é necessário valorizar os fatores que contribuam para tornar um grupo da população vulnerável ou mesmo com uma baixa vulnerabilidade. Podem-se tomar como exemplos as práticas sexuais sem o preservativo e o contágio de doenças sexualmente transmissíveis.

Pela via sexual, do ponto de vista epidemiológico, ao se tratar da hepatite C, a incidência é baixa, mas é uma prática que deve ser valorizada, pois há uma série de situações ligadas direta ou indiretamente à falta de uso do preservativo, seja pelas condições sociais, desde o acesso ao insumo, até a conscientização da importância do uso.

É importante considerar também as relações de gênero, mitos, fatores morais e religiosos, o sexo comercial, aliado ao uso de drogas, em que as pessoas podem tornar-se mais resistentes ao uso do preservativo e, conseqüentemente, mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis.

Sendo assim, outras situações também podem tornar a população mais vulnerável à infecção pelo HCV, como é o caso das pessoas que receberam hemotransusão até a década de 1990, devido à falta de hemovigilância à época; das pessoas que usam substâncias psicoativas e que compartilharam seringas no uso das drogas injetáveis; bem como das que usam drogas inaláveis e compartilham os canudinhos com outros usuários de substâncias psicoativas.

Fundamentando-se na temática da vulnerabilidade, permite-se reconhecer o que está por trás dos fatores de riscos para hepatite C, como já foi dito, para identificar melhor as dimensões de vulnerabilidade da população ao HCV.

CAPÍTULO III

Material e Método

III - MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, também denominado "seccional" ou de "corte-transversal". Pode-se elucidar este tipo de estudo, de acordo com a concepção de Medronho (2006), que afirma:

Nos estudos seccionais, todas as observações são feitas em cada indivíduo em uma única oportunidade, sejam aquelas relacionadas com as supostas causas, ou exposições, ou com a consequência, que pode ser uma doença (MEDRONHO, 2006, p. 128).

Segundo Hulley *et. al.* (2008, p.127), “os delineamentos transversais são úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição”. Neste estudo, esse delineamento ocorreu por meio do levantamento do perfil epidemiológico dos portadores do vírus da hepatite C.

3.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Juiz de Fora, situada na Região Sudeste do Estado de Minas Gerais, na Zona da Mata mineira (JUIZ DE FORA, 2008, p.1).

O estudo foi desenvolvido no Centro de Referência em Hepatologia do Hospital Universitário, que funciona na Unidade de Atendimento Ambulatorial do Centro de Atenção à Saúde e pertence à Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-CAS/UFJF). Este ambulatório é referência em doenças do fígado e hepatites virais em Juiz de Fora e

na região da Zona da Mata no Estado de Minas Gerais. O atendimento especializado inclui exames como endoscopia, ultrassom, biologia molecular para hepatites e biópsia hepática (UFJF, 2007).

3.3 Caracterização da População de Estudo

A população de estudo foi composta de usuários do serviço de saúde HU/CAS/UFJF, diagnosticados como portadores do HCV, no período de 2004 a 2008, residentes na cidade de Juiz de Fora e acompanhados pelo Centro de Referência em Hepatologia. Utilizou-se como referência inicial o endereço informado na ficha de notificação (SINAN) que constava no prontuário do usuário portador; quando não encontrada a respectiva ficha, foi utilizado o endereço informado no prontuário do usuário.

A escolha da faixa etária para esta pesquisa foi de 18 a 60 anos de idade, fundamentada em estudos como o do National Center for Infections Diseases (2003), que mostrou uma baixa prevalência na população com idade até 19 anos. Já o estudo de Souza *et al.* (2004) descreve que a prevalência da hepatite C é maior na fase adulta, o que contribui para a vulnerabilidade desse grupo da população.

Levou-se em consideração também o período de incubação do HCV, que é longo, podendo chegar em torno de 24 semanas, acompanhado pelo desenvolvimento da infecção aguda em 75% dos casos, de forma assintomática, sendo necessária uma investigação laboratorial para detectar o vírus no organismo do portador; na maioria das vezes, quando isso acontece, procura-se relacionar as condições clínicas, mas, nesta fase, a infecção já se encontra crônica (BRASIL, 2008).

Diante dessas situações, é que se justifica a opção pela faixa etária escolhida, pois, ao ser diagnosticado o HCV, o portador encontra-se na faixa etária mais adulta

3.4 Procedimento de Coleta de dados

Para proceder à organização da coleta de dados, foi levada em consideração toda a situação da hepatite C no Brasil e no mundo, bem como os aspectos que envolvem os portadores do HCV, através de estudos como Brasil (2008), Gomes e Cabral (2008), Passos (2003). A partir de toda a fundamentação teórica, foi possível organizar a coleta de dados, para a seleção das informações obtidas, através de um roteiro norteador utilizado na coleta dos dados.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), (Parecer nº 0034/09), foi criada uma matriz para lançamento manual das informações coletadas, de acordo com o roteiro de coleta de dados (Apêndice I). A partir daí, deu-se início à coleta de dados por meio dos prontuários. O roteiro que norteava o pesquisador no lançamento das informações na matriz continha 30 perguntas. Em todas as variáveis, a categoria codificada como 999 diz respeito a um dado não informado no prontuário (BRUNI, 2009).

Não foi possível obter informações, através dos registros que estavam disponibilizados nos prontuários, relacionadas a dez variáveis sociodemográficas, a saber: grau de escolaridade, religião, com quem reside, situação de trabalho, imóvel que reside, renda familiar e/ou individual, condições de moradia, acesso à energia elétrica, à água tratada e ao esgoto sanitário.

Para o início da coleta de dados, solicitou-se uma relação dos usuários do serviço portadores do HCV aos funcionários do Centro de Referência em Hepatologia. Como o serviço não dispunha de uma listagem organizada desses portadores, foi disponibilizada através de um banco de dados eletrônico a relação geral de todos os pacientes acompanhados pelo serviço. O banco de dados se referia a 1.297 pacientes, portadores de hepatite C, hepatite B e de outras patologias hepáticas.

A partir da relação de nomes, foram identificados, através da cor vermelha, os portadores de hepatite B e, da cor azul, os usuários portadores de patologias hepáticas em geral, permanecendo na cor preta os portadores de hepatite C. Identificaram-se 743 usuários portadores do HCV, residentes em Juiz de Fora e em outros municípios da Zona da Mata, acompanhados pelo Centro de Referência em Hepatologia do HUCAS/UFJF.

A coleta de dados teve início em julho de 2009, através do prontuário eletrônico, respeitando os critérios de inclusão, quais sejam: idade de 18 a 60 anos, residência informada no prontuário em Juiz de Fora e acompanhamento pelo serviço desde o ano 2004 até 2008.

Os prontuários foram codificados, seguindo uma ordem decrescente, ou seja, partindo dos usuários que foram cadastrados e inicialmente acompanhados pelo Centro de Referência em Hepatologia até os mais antigos em acompanhamento.

Os dados foram coletados através do prontuário eletrônico até o dia 22 de julho de 2009. Numa primeira análise, identificou-se que muitas informações relacionadas à história e hábitos de vida e saúde apresentavam campos não preenchidos.

A partir daí, optou-se por reiniciar a coleta de dados através do prontuário impresso, pois se observou um melhor preenchimento das variáveis de interesse. As informações coletadas eram lançadas na matriz e, posteriormente, digitadas em um banco de dados eletrônico do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), que foi utilizado para processamento e análise. Foram analisados 260 prontuários de pacientes acompanhados pelo Centro de Referência em Hepatologia do HU/CAS/UFJF e que atendiam aos critérios de inclusão.

3.5 Variáveis do Estudo

As variáveis do estudo foram organizadas com base nos objetivos da pesquisa e, utilizada como referência a ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para hepatites virais e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Hepatite Viral C (BRASIL, 2008).

Foram divididas em dois grupos. O primeiro relacionado aos aspectos socioeconômicos e demográficos; início do acompanhamento; sexo; raça conforme proposto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); situação conjugal; grau de escolaridade; profissão; faixa etária; religião; situação de trabalho; com quem reside; imóvel em que reside; renda familiar e/ou individual; bairro/região de residência; condições de moradia; acesso à energia elétrica; acesso à água e acesso ao esgoto sanitário.

O segundo grupo de variáveis abrange aquelas relacionadas com a história e hábitos de vida e saúde; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; uso de drogas psicoativas injetáveis e inaláveis; transfusão sanguínea; tratamento com hemodiálise; relação sexual sem o uso do preservativo; gravidez; registro de algum tratamento

médico, cirúrgico e odontológico; utilização de algum método alternativo e terapia complementar; doença sexualmente transmissível; registro de acidente com perfurocortante; histórico da exposição ao HCV e contato com hepatopata e/ou ictericos.

3.6 Análise dos Dados

Para o processamento e análise dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences – SPSS*, versão 15.0, para Windows. Os dados referentes à caracterização do perfil epidemiológico da população de estudo foram apresentados por meio de medidas de frequência.

Realizou-se a análise univariada das frequências; em seguida, estas informações foram organizadas, sistematizadas, analisadas, e os resultados foram representados através de tabelas. Posteriormente, foi constituído um quadro de características das dimensões de vulnerabilidades dos portadores da hepatite C.

Diante dos dados obtidos, tendo por referência as informações coletadas nos prontuários, foi utilizada a análise de conteúdo fundamentado nas concepções de Bardin (1977): “À medida que as informações obtidas são confrontadas com informações já existentes, pode-se chegar a amplas generalizações, o que torna a análise de conteúdo um dos mais importantes instrumentos para a análise das comunicações de massa” (GIL, 2009, p.153).

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa atende à Resolução 196/1996, que trata de pesquisa com seres humanos. Como este estudo não teve a participação direta dos usuários e envolveu apenas os prontuários dos usuários atendidos no Centro de Referência em Hepatologia/HU-CAS/UFJF, não foi necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Pedido de Dispensa ao CEP (Apêndice II); contudo o pesquisador utilizou o Termo de Compromisso de Utilização e Compromisso de Dados (Apêndice III).

O projeto do estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário/UFJF, tendo sido aprovado conforme Parecer N°. 0034/09 (Anexo A).

3.8 Risco e Benefícios da Pesquisa

A pesquisa não ofereceu nenhum risco aos usuários do Centro de Referência em Hepatologia/HU/CAS/UFJF e ao serviço, pois a mesma teve como base dados secundários, conforme Termo de Compromisso e Divulgação de Dados (Apêndice III).

Quanto aos benefícios deste estudo, acredita-se que irá contribuir para a produção do conhecimento nas áreas da atenção básica à saúde da população e para o aprimoramento da assistência de enfermagem.

3.9 Limitação do Estudo

A inexistência de algumas informações nos prontuários dos portadores de hepatite C, relacionadas às características sociodemográficas e estilo de vida, limitou o aprofundamento nestas questões para análise de algumas variáveis e subdimensões das vulnerabilidades.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

E

DISCUSSÃO

IV RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 743 prontuários de portadores do HCV, acompanhados pelo Centro de Referência em Hepatologia. Para fins deste estudo, foram investigados 260 prontuários de portadores do HCV, residentes em Juiz de Fora e enquadrados na faixa etária de 18 a 60 anos de idade.

É importante registrar que esta pesquisa valorizou, nos resultados e discussão, todos os dados e percentuais encontrados, numa perspectiva social, fundamentada na temática vulnerabilidade trazida por Ayres (2004).

4.1 Características Gerais da Cidade de Juiz de Fora

O município de Juiz de Fora é referência para o acompanhamento e tratamento de saúde especializado e é considerado cidade-polo, devido à disponibilidade de recursos humanos, materiais e tecnológicos para atender a população em geral.

O município de Juiz de Fora tem uma população estimada de 513.348 habitantes, conforme censo demográfico do ano de 2007. Na faixa etária de 18 a 59 anos de idade, interesse desta pesquisa, existiam 272.808 residentes na cidade.

As ações de saúde em Juiz de Fora estão distribuídas por oito Regiões Administrativas (RAs) (Anexo B), sendo que cada RA é subdividida por Regiões Sanitárias (RS), compostas de alguns bairros, destinadas ao atendimento na atenção básica à saúde (JUIZ DE FORA, 2009).

Considerando a organização das Regiões Administrativas, com as respectivas Regiões Sanitárias, foram distribuídos os portadores do HCV acompanhados pelo Centro de Referência em Hepatologia, nas RAs através do banco de dados da pesquisa, conforme o bairro de residência informado.

Neste Centro de Referência, criado em 2004, atua um grupo de profissionais médicos, responsáveis pelo diagnóstico e tratamento dos diversos tipos de Hepatite na rede pública de saúde. Atende a pacientes da macrorregião de Juiz de Fora, municípios da Zona da Mata e do Estado do Rio de Janeiro. O acesso dos usuários para acompanhamento inicial ou para o diagnóstico definitivo se dá através de campanhas ou de encaminhamento de algum serviço de saúde (UFJF, 2007).

O Centro de Referência em Hepatologia realiza anualmente a Campanha de Hepatite C, fazendo testagem gratuita do vírus HCV na população da cidade e região. Paralelamente ao serviço ambulatorial, desenvolvido no serviço de Gastroenterologia, concentra atividades de ensino e pesquisa publicadas em níveis nacional e internacional, correlatas a casos de Hepatite, contando com corpo clínico de médicos doutores e de residentes (UFJF, 2007).

4.2 Variáveis Sociodemográficas

Os portadores do HCV na faixa etária entre 18 e 60 anos de idade correspondem a 0,09% da população residente em Juiz de Fora nesta faixa etária; por outro lado, pode-se ressaltar aqui, até como fonte de informação, um dado do Ministério da Saúde com relação à população brasileira na faixa etária de 10 a 69 anos de idade, que apresenta uma prevalência para o HCV de 0,94% a 1,89% (BRASIL, 2008).

Esse grupo de usuários do Centro de Referência em Hepatologia, que corresponde a 0,09% da população de Juiz de Fora, foi diagnosticado como portador do HCV desde o ano em que foi criado o Centro, em 2004, até o ano 2008. A tabela 4.1 apresenta a distribuição dos portadores de HCV segundo ano de início do acompanhamento no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF.

Tabela 4.1: Distribuição dos Portadores de HCV segundo ano de início de acompanhamento, cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, Juiz de Fora, 2004 a 2008.

ANO	FREQUÊNCIA	%
2004	9	3,5
2005	129	49,6
2006	78	30,0
2007	20	7,7
2008	24	9,2
Total	260	100,0

Fonte: Base de Dados da Pesquisa

Pode-se destacar o ano 2005, posterior ao ano de criação do Centro de Referência em Hepatologia, quando 49,6% dos portadores do HCV iniciaram o acompanhamento ambulatorial pelo serviço. É importante ressaltar que o trabalho do Centro de Referência estava se iniciando na cidade e se tornou referência para os municípios adjacentes.

Foi lançada, no mês de maio de 2005, a campanha nacional de prevenção da hepatite C pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Tal fato pode ter contribuído para uma frequência pouco expressiva de pacientes que iniciaram seguimento.

A tabela 4.2 apresenta a distribuição dos portadores de HCV, por sexo, cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia.

Tabela 4.2. Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, segundo sexo, Juiz de Fora, 2004 a 2008.

SEXO	FREQUÊNCIA	%
Feminino	86	33,1
Masculino	176	66,9
Total	260	100

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Identificou-se que 66,9% desses portadores inscritos no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF são do sexo masculino. Ao comparar com informações obtidas em outros estudos, como o realizado por Ferreira e Silveira (2004), observa-se que 61% dos prontuários pesquisados também pertenciam a homens. Na análise do padrão de distribuição, deve-se considerar, juntamente com outras questões, a adesão ao preservativo masculino.

Quanto à raça, foi possível obter informações em registros de apenas 200 prontuários, que apresentavam esta informação. Identificou-se a raça preta/negra em 8,8%, a parda em 15,4% e a raça branca em um maior percentual, 52,7%. Apesar da proporção de ignorados, cabe aqui demonstrar alguns dados de outras pesquisas, como a de Souza et al (2004), em que a raça branca também apresentou o maior percentual, com 46,4%, e apresentando a raça negra também um menor percentual, de 9,2% de portadores de HCV.

Do ponto de vista social, ao analisar esta variável isoladamente, poderia se pensar em várias situações para comparar, caso tivesse tido informações como a distribuição do percentual da população geral de Juiz de Fora por raça e de acordo com a distribuição por raça, facilitaria ainda mais a análise se houvessem sido encontrados estudos que demonstrassem o acesso da população aos serviços de saúde por raças.

Já quanto à situação conjugal dos portadores do HCV, foram obtidas informações em apenas 64 prontuários, representando 24,6% do total de prontuários de portadores do HCV utilizado nesta pesquisa. Desse total, 3,1% são viúvos; 45,3%, solteiros e 51,6%, casados ou vivem em união, representando 24,6% do total de prontuários de portadores de HCV.

Mediante o total das informações, a opção “casado ou vive em união” prevaleceu com 51,6% dessa população, apresentando uma diferença muito pequena para a situação de solteiro, com uma diferença de 6,3%. A análise teria ficado mais completa se tivesse sido obtido um número maior de informações sobre a situação conjugal nos prontuários.

A tabela 4.3 apresenta a distribuição etária de clientes portadores de hepatite C em seguimento no Centro de Referência em Hepatologia.

Tabela 4.3: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, segundo faixa etária, Juiz de Fora, 2004 a 2008.

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA	%
18 a 20 anos	3	1,2
21 a 30 anos	14	5,4
31 a 40 anos	62	23,8
41 a 50 anos	91	35,0
51 a 60 anos	90	34,6
Total	260	100

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

A faixa etária em 41 e 60 anos de idade corresponde é a mais representativa, com 69,6% dos casos, seguida da faixa etária de 31 a 40 anos, que é de 23,8%.

Em estudo de Souza *et al.* (2004), o percentual de pacientes na faixa etária de 40 a 60 anos de idade também ficou em torno de 55%. Estes dados comprovam que, quanto maior o período de tempo vivido pelos portadores, maior a expressão dos sinais e sintomas da hepatite C e maior a probabilidade de estar infectado pelo vírus HCV e não ter sido diagnosticado (BRASIL, 2006).

Nesta pesquisa, não foi possível identificar o nível de escolaridade, com base no preenchimento dos prontuários dos portadores de HCV acompanhados pelo Centro de Referência em Hepatologia.

Com relação à profissão dos portadores do HCV, identificaram-se 97 profissões. Foi utilizada como referência a classificação das profissões estabelecida pelo Ministério do Trabalho (2002), denominada como Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que é um documento que codifica os títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro.

Na tabela 4.4, é apresentada a distribuição de grupos profissionais dos portadores de HCV, cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia, com ressalva para as seis últimas situações profissionais da tabela que não permitiram utilizar classificação conforme a CBO.

Tabela 4.4: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, Juiz de Fora, segundo grupo profissional informado, 2004 a 2008.

ÁREA PROFISSIONAL	FREQUÊNCIA	%
Profissionais das Ciências e das Artes	5	2,3
Técnicos de Nível Médio (Abrange Trabalhadores da Saúde)	25	11,3
Trabalhadores de Serviço Administrativo	8	3,6
Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados.	39	17,6
Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais (produção extrativa)	25	11,3
Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais (processos contínuos)	3	1,4
Trabalhadores de Reparação e Manutenção	45	20,4
Autônomos	7	3,2
Aposentados	23	10,4
Pensionistas	2	0,9
Estudantes	3	1,4
Desempregados	8	3,5
Do lar	28	12,7
Total	221	100

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Dos prontuários, 221 disponibilizavam a profissão do portador, tendo sido mais frequentes dois grupos profissionais. O grupo de Trabalhadores de Reparação e Manutenção, que compreende operadores de outras instalações industriais, trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica, polimantenedores, outros trabalhadores da conservação, manutenção e reparação, que correspondem a 20,4% desse total. O grupo de Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio

em Lojas e Mercados compreende os prestadores de serviços do comércio e soma 17,6%.

O grupo de Profissionais das Ciências e das Artes, que, de acordo com a CBO, é um grupo que concentra profissionais de nível superior, formação educacional mais desenvolvida, apresentou menor frequência de trabalhadores, com 2,3%.

A tabela 4.5 apresenta a distribuição dos portadores de HCV, cadastrados no Centro de Referência, conforme área de residência na cidade de Juiz de Fora. A separação por região administrativa é uma forma de divisão do município por área, de acordo com o planejamento estratégico para a saúde, sendo que cada RA possui as subdivisões enumeradas por Regiões Sanitárias (RS) (JUIZ DE FORA, 2009).

Tabela 4.5: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, por região administrativa, conforme a informação do bairro em que residem. Juiz de Fora, 2004 a 2008.

REGIÃO ADMINISTRATIVA	FREQUÊNCIA	%
Sudeste	24	9,7
Leste	51	20,6
Nordeste	14	5,5
Norte	50	20,2
Oeste	19	7,7
Centro	64	25,8
Sul	23	9,3
Campo (zona rural)	3	1,2
Total	248	100,0

Fonte: Base de Dados da Pesquisa

A Região Administrativa Centro, que abrange a Região Sanitária 10, concentra 25,8% de portadores; a Região Administrativa Leste, com as Regiões Sanitárias 3 e 4, detém 20,6% dos portadores do HCV e a Região Administrativa Norte, com as Regiões

Sanitárias 7 e 8, detém 20,2% de portadores. Cabe destacar que, em 12 prontuários analisados, não foi possível identificar a região de Juiz de Fora em que os portadores do HCV residem.

Reconhece-se que, para o estudo de vulnerabilidade, o detalhamento das condições sociais, ambientais e de saúde é primordial, contudo estas informações não estavam disponibilizadas no sítio da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora por ocasião da análise dos dados deste estudo.

4.3 Variáveis sobre História e Hábitos de Vida e Saúde

As variáveis relacionadas com a história e hábitos de vida e saúde retratam o estilo de vida dos 260 portadores de hepatite C, o que permitiu dar mais condições para identificar as características desse grupo.

Em relação ao estilo de vida adotado pelos portadores, algumas variáveis não constavam das informações registradas. Como é o caso do tabagismo, que, apesar de não ter uma relação direta com o avanço da infecção crônica do HCV, não pôde ser avaliado, já que, em apenas 14,3% dos prontuários, a informação esteve disponível.

A informação sobre o uso do preservativo pelos portadores na relação sexual foi se deu em 56,5% do total de prontuários analisados; desse percentual, 69,4% não usam o preservativo. Este é um dado que deve ser valorizado, com um olhar ampliado para as questões que envolvem o não uso do preservativo, pois além da vulnerabilidade do indivíduo à infecção pela hepatite C, há também o risco das possíveis doenças sexualmente transmissíveis e o indivíduo, uma vez infectado pelo HCV, a coinfeção contribui para uma ação mais rápida do vírus.

Apesar de alguns estudos mostrarem que a probabilidade de contrair o vírus através da relação sexual é baixa, uma pesquisa realizada por Gomes e Carvalho (2008) apresenta percentuais de prevalência para o HCV de 10,9% para mulheres profissionais do sexo e 38% para as pessoas com múltiplos parceiros sexuais. De acordo com estes percentuais, nota-se que ainda existe uma baixa conscientização para busca de melhor estilo de vida por parte de um grupo da população, que ainda deve ser trabalhada.

A tabela 4.6 trata da distribuição dos portadores de HCV segundo ocorrência de DSTs em 201 prontuários.

Tabela 4.6: Distribuição dos Portadores de HCV, segundo ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) ao longo da vida, cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, Juiz de Fora, 2004 a 2008

OCORRÊNCIA DSTs	FREQUÊNCIA	%
Não tiveram	123	61,2
Sim, tiveram	78	38,8
Total	201	100,0

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Dos portadores, 38,8% relatam ocorrência de DSTs. Este achado desperta uma reflexão: além de ser portador do vírus da hepatite C, este cliente já foi infectado por outra doença sexualmente transmissível, aumentando cada vez mais os riscos à saúde desse grupo da população.

Através da tabela 4.7, apresenta-se a distribuição dos portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia, por tipo de DST, com base em 78 prontuários.

Tabela 4.7: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF e residentes no município de Juiz de Fora, por registro de ocorrência de cada DST nos prontuários, 2004 a 2008

REGISTRO DE DSTs	FREQUÊNCIA	%
ISOLADAS		
HIV/AIDS	14	17,9
Sífilis	9	11,5
Gonorreia	28	35,9
Condiloma	2	2,6
Cancro	1	1,3
Hepatite B	1	1,3
Outras DSTs associadas	23	29,5
TOTAL	78	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa

Observa-se que a Gonorreia teve um percentual maior de ocorrência (35,9%), seguida de 29,5% dos portadores que já tiveram ao longo da vida várias DSTs associadas. Dentre todas as DSTs apresentadas, pode-se destacar ainda o HIV/AIDS (17,9%), que também pode ser transmitido por via sanguínea, e o portador do HCV terá que lidar com uma coinfeção, deixando-o cada vez mais vulnerável à ação dos vírus.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a taxa de prevalência da coinfeção HIV-HCV situa-se entre 9,2% e 54,7%, conforme a distribuição geográfica no Brasil, o que dependerá do estilo de vida, da conscientização sobre a importância do acompanhamento e tratamento.

Foi possível obter informações relativas ao consumo de álcool em 243 prontuários de portadores de HCV, conforme mostra a tabela 4.8.

Tabela 4.8: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF e residentes no município de Juiz de Fora, conforme a história de ingestão de álcool, 2004 a 2008.

HISTÓRIA DE ETILISMO	FREQUÊNCIA	%
Não alcoolistas	66	27,2
Ex-alcoolistas	42	17,3
Sim, alcoolistas	73	30,0
Sim, socialmente	62	25,5
Total	243	100,0

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Com base na totalidade das informações encontradas nos prontuários, apenas 27,2% dos participantes da pesquisa não possuem em sua história de vida a ingestão do álcool, sendo os demais distribuídos em ex-alcoolistas, alcoolistas e alcoolistas sociais, somando 72,8% .

Numa pesquisa desenvolvida por Souza et al (2004), com 249 pacientes portadores do vírus HCV, foram identificados 33% de alcoolistas ativos ou pregressos, desse percentual 15,8% foram a óbito, já entre os não alcoolistas, o percentual de óbito foi de 6,4%.

Ao se comparar a pesquisa apresentada e o percentual de portadores com história de alcoolismo neste estudo, observou-se uma concentração de alcoolistas ativos ou pregressos bem superior. Diante desses dados, cabe aos profissionais de saúde uma reflexão sobre a situação e a proposta de ações de saúde para redução desta vulnerabilidade para outros agravos à saúde da população, ocasionada pela uso do álcool.

Na tabela 4.9, analisou-se a frequência dos portadores de HCV em relação às drogas psicoativas por via de uso: dos portadores, 202 apresentam história de uso por via injetável e 210, história de uso por via inalável, com história de uso pela via injetável simultaneamente.

Tabela 4.9: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, conforme a história de uso de drogas psicoativas, Juiz de Fora, 2004 a 2008.

	FREQUÊNCIA	%
USO DE DROGA INJETÁVEL		
Nunca usaram	136	67,3
Já fizeram uso	38	18,8
Sim, usuários	28	13,9
Total	202	100,0
USO DE DROGA INALÁVEL		
Nunca usaram	136	64,8
Já fizeram uso	28	13,3
Sim, usuários	46	21,9
Total	210	100,0

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Os portadores do HCV com história do uso atual e pregresso de drogas psicoativas injetáveis somam o total de 32,7%. É importante destacar que se chega a um percentual de 35,2% se somados os portadores do HCV que já fizeram uso de drogas psicoativas por via inalável aos que ainda são usuários.

Observa-se um percentual elevado de usuários, ao comparar com outros estudos como o de Ferreira e Silveira (2004), que descreve uma prevalência de 4,5% por drogas EV e 47% dos pacientes infectados pelo uso de drogas psicoativas, mas por via ignorada.

Pode-se ressaltar o estudo de Souza *et al.* (2004), que apontou uma frequência total de 226 portadores de HCV com informações sobre os fatores de risco, em que a prevalência para o uso de drogas psicoativas injetável foi de 26%.

A tabela 4.10 mostra a distribuição de portadores de HCV segundo recebimento de hemotransusão.

Tabela 4.10: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, Juiz de Fora, conforme história de ter recebido hemotransfusão, 2004 a 2008.

HEMOTRANSFUSÃO	FREQUÊNCIA	%
Não receberam	158	61,9
Receberam até a década de 80	56	22,0
Receberam na década de 90	28	11,0
Receberam a partir do ano 2000	9	3,5
Receberam, mas data não informada	4	1,6
Total	255	100,0

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Na tabela 4.10, identifica-se que os portadores do HCV cadastrados receberam hemotransfusão principalmente nas décadas de 80 e 90, perfazendo um total de 33% dos pacientes acompanhados pelo serviço.

A partir do ano 2000, a ocorrência de transfusão sanguínea entre os portadores cadastrados apresentou uma queda no percentual. A hemotransfusão é uma das variáveis importantes para este estudo, por ter sido também uma das formas de infecção pelo HCV, numa época em que não ocorria a hemovigilância, o que contribuía para a vulnerabilidade da população.

A prevalência do HCV em portadores hemotransfundidos encontrada neste estudo está bem próxima da média nacional. Ferreira e Silveira (2004) apresentam uma pesquisa retrospectiva de 1975 e 2003 com 1.594 pacientes que apresentaram positividade para anti-HCV e descrevem uma prevalência de 44,8% de infectados por transfusão de hemoderivados.

Outra situação que pode resultar na vulnerabilidade desse grupo da população é a realização de hemodiálise. Na tabela 4.11, é possível visualizar a distribuição dos portadores de hepatite C cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia que já foram ou são submetidos à hemodiálise.

Tabela 4.11: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, Juiz de Fora, conforme história de ter realizado hemodiálise, 2004 a 2008.

HEMODIÁLISE	FREQUÊNCIA	%
Não realizaram	223	89,9
Realizam desde a década de 80	4	1,6
Realizam desde a década de 90	13	5,2
Realizam desde o ano 2000	4	1,6
Realizam a partir do ano 2004	2	0,8
Realizaram por uma fase da vida	2	0,8
Total	248	100,0

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Dentre as categorias apresentadas, na década de 90, 5,2% dos portadores do HCV realizaram hemodiálise, somados às demais categorias, somam-se 10,1% do total de portadores submetidos ao procedimento.

A tabela 4.12 apresenta a distribuição dos Portadores de HCV por registro de tratamento cirúrgico, odontológico e ou procedimento médico.

Tabela 4.12: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, Juiz de Fora, conforme registro de tratamento cirúrgico, odontológico e ou procedimento médico, 2004 a 2008

TRATAMENTO E/OU PROCEDIMENTO MÉDICO	FREQUÊNCIA	%
Não receberam	58	17,4
Procedimento cirúrgico	160	47,9
Tratamento odontológico	81	24,2
Endoscopia	35	10,5
Total	334	100,0

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Dos portadores, foram identificados 276 tratamentos e/ou procedimentos, sendo que um portador pode ter recebido mais de um tratamento/procedimento. O procedimento cirúrgico destacou-se com quase a metade das intervenções identificadas (47,9%), seguido do tratamento odontológico com 24,2%.

O tratamento médico e o odontológico, além de fazerem parte da ficha de notificação/investigação para hepatite C no Brasil, também são valorizados por outros países, como mostra um estudo de revisão clínica desenvolvido no Canadá, por Nash, Bentley e Hirschfield (2009). Fazem parte do rastreamento dos fatores de risco para a infecção pelo vírus da hepatite C, em que se relacionam com outras situações vivenciadas pelos indivíduos atendidos no ambulatório, para identificar o fator de exposição ao vírus.

A tabela 4.13 mostra a distribuição dos portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia, por registro de haver se submetido a algum procedimento alternativo e ou complementar. Foram agrupados por colunas acupuntura, *piercing* e tatuagem e apontadas as respostas negativas e afirmativas com relação à realização desses procedimentos.

Tabela 4.13: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, Juiz de Fora, por registro de haver se submetido a algum procedimento alternativo e ou complementar, 2004 a 2008

PROCEDIMENTO ALTERNATIVO E OU COMPLEMENTAR	FREQUÊNCIA	%
Acupuntura		
Sim	16	6,3
Não	239	93,7
Piercing		
Sim	4	1,6
Não	251	98,4
Tatuagem		
Sim	68	26,7
Não	187	73,3
Total	255	100

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Nesse agrupamento de procedimentos alternativos e/ou complementares, destaca-se a tatuagem, com 26,7% dos portadores. No estudo de Souza et al (2004), o

percentual de procedimentos alternativos e/ou complementares perfaz um total de 2,8%. Estes dados fazem parte dos registros na ficha do Sistema de Investigação de Agravos de Notificação – SINAN para hepatites virais e devem ser valorizados no preenchimento, pois este facilita a busca ativa das doenças transmissíveis pelo serviço de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2008).

A tabela 4.14 trata da distribuição dos portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia por ocorrência de acidente com material biológico perfurocortante em três prontuários informados e, na coluna da esquerda, o contato com hepatopatas e ou pacientes ictericos, sobre o qual houve uma frequência total de 252 prontuários com esta informação.

Tabela 4.14: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, segundo contato com hepatopatas e/ou ictericos, Juiz de Fora, 2004 a 2008

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIA	%
Contato com Hepatopatas e/ou Ictéricos		
Sim	32	12,7
Não	220	87,3
Total	252	100,0

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

Dos portadores, 12,7% tiveram contato com hepatopatas e ou pacientes ictericos. Esta é uma informação que deve ser considerada no preenchimento da ficha do Sistema de Investigação de Agravos de Notificação – SINAN para hepatites virais, Ministério da Saúde (2008).

Estudos como o de Fagundes et al (2008) valorizam muito a investigação do contato intradomiciliar pela possibilidade de compartilhamento de objetos pessoais,

como alicates e cortadores de unha, lâminas de barbear ou, até mesmo, escovas dentais, pois estes materiais são de uso muito pessoal e, dependendo do contato, este pode ocasionar um acidente percutâneo, mesmo que ainda seja pouco considerável.

Ao se tratar de acidente com perfurocortante, pode-se dizer que os profissionais de saúde encontram-se mais vulneráveis a essa ocorrência. Nesta pesquisa, obteve-se esta informação em apenas três prontuários de portadores, o que impede a análise desta variável. Mas, com base no estudo de Marziale, Nishimura e Ferreira (2004), é possível afirmar que a incidência de infecção pelo HCV, através de acidente com perfurocortante entre trabalhadores de saúde é baixa e fica em torno de 0% a 2,8%. Mesmo assim, recomenda-se o acompanhamento das pessoas que sofreram o acidente, com a realização de exames como a dosagem de aminotransferases.

Observa-se que os profissionais de saúde ficaram com um percentual de 5,9% da frequência total para esta variável, ou seja, apesar de estes profissionais de saúde estarem expostos, ao executarem suas funções de trabalho, ao se relacionar a variável de acidente com material biológico perfurocortante, percebe-se que apenas um portador que trabalha na área de saúde sofreu esse tipo de acidente de trabalho. De acordo com Ferreira e Silveira (2004), deve-se reforçar, cada vez mais, que, mesmo que a incidência de infecção pelo vírus através desse tipo de acidente seja muito baixa em profissionais de saúde, devem ser adotadas as medidas de precaução.

Embora tenham sido apresentadas, praticamente em quase todas as tabelas das variáveis relacionadas à história de vida e saúde, algumas situações vivenciadas pelos portadores do HCV, que constituem vulnerabilidade à infecção pelo vírus HCV, na tabela 4.15, pode-se visualizar uma distribuição geral dos portadores do HCV, baseada em sua história de exposição. Alguns portadores estiveram expostos a mais de uma

situação, o que fez com que a frequência total de exposições relatadas ultrapassasse o número de prontuários analisados.

Tabela 4.15: Distribuição dos Portadores de HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF e residentes no município de Juiz de Fora, com base no histórico de exposição informado nos prontuários, 2004 a 2008

HISTÓRICO DE EXPOSIÇÃO INFORMADO	FREQUÊNCIA	%
Acidente com perfurocortante	1	0,4
Hemotransusão	97	32,5
Hemodiálise	25	8,4
Relação sexual desprotegida	102	34
Uso de drogas psicoativas	74	24,7
Total	299	100

Fonte: Base de Dados da Pesquisa

Estas situações de exposição irão contribuir para que algumas características gerais sejam apontadas e, assim, relacionadas com as demais variáveis utilizadas neste estudo. Posteriormente, será identificado o perfil epidemiológico dos portadores de hepatite C, bem como será feita análise das dimensões de vulnerabilidade.

Observa-se que, neste grupo de portadores, três situações que foram mais frequentes no histórico de exposição devem ser ressaltadas, a relação sexual desprotegida (34%), a hemotransusão (32,5%) e o uso de drogas psicoativas (24,7%).

4.4 Características das Dimensões de Vida dos Portadores de HCV

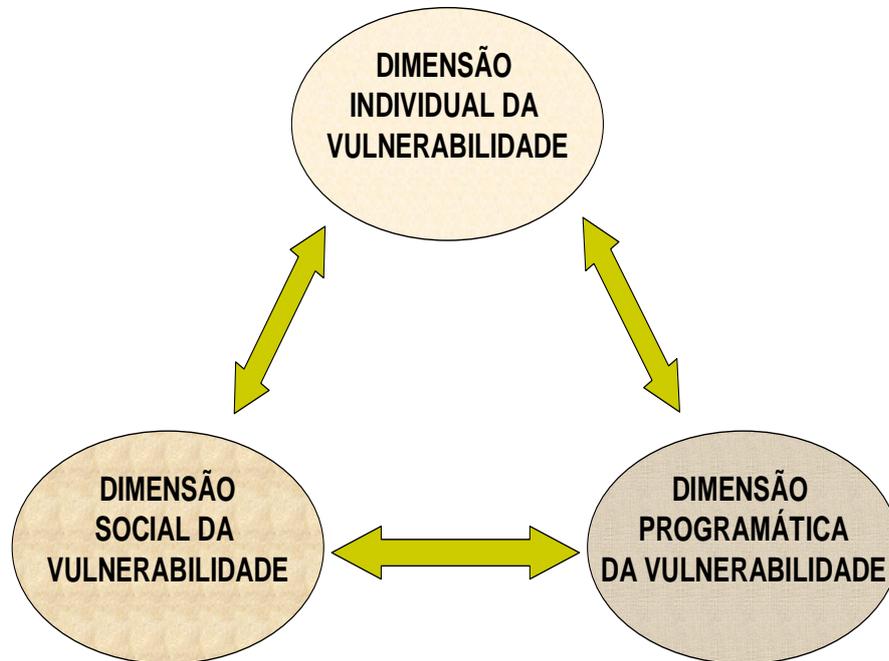
Para descrever as características de vida desse grupo de portadores de hepatite C, optou-se por valorizar todos os dados encontrados, fundamentando-se na concepção de vulnerabilidade conforme indicam Ayres et al (2004). Esta perspectiva de vulnerabilidade, ao mesmo tempo, implica uma abordagem qualitativa com a possibilidade de contemplar as diferentes dimensões apresentadas pela população.

De acordo com Ayres et al (2006), para fazer as análises de vulnerabilidade, devem-se integrar três eixos interdependentes para a compreensão das características de vida das pessoas.

O primeiro eixo está relacionado à dimensão individual da vulnerabilidade, em que se pode considerar que todos os indivíduos, dependendo do estilo de vida, são suscetíveis ao HCV. O segundo eixo, a dimensão social da vulnerabilidade, procura focar situações que fogem à vulnerabilidade individual. Já o terceiro eixo, a dimensão programática da vulnerabilidade, reconhece que um indivíduo ou uma comunidade pode-se prevenir do HCV, partindo dos recursos sociais disponíveis de forma democrática.

A partir desse entendimento, foi esquematizada, na Figura 5, a estrutura de interdependência das dimensões de vulnerabilidade.

Figura 5: Estrutura de Interdependência das Dimensões de Vulnerabilidade



A importância de se reconhecer a interdependência destes três eixos reforça a concepção da valorização do contexto social e de saúde de portadores do HCV. Com esta concepção, foram distribuídas as características das dimensões de vida dos portadores do HCV cadastrados no Centro de Referência em Hepatologia, como mostra o Quadro 4.1. Estas características foram identificadas com base no perfil epidemiológico desses portadores e agrupadas em quatro subdimensões, fundamentadas nos três eixos de interdependência das dimensões de vulnerabilidade.

<p style="text-align: center;">SUBDI- MENSÃO ESTILO DE VIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ União estável - 51,6% e solteiros - 45,3% ▪ Trabalhadores de Reparação e Manutenção - 20,4% ▪ Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados - 17,6% ▪ 32,2% não apresentam vínculo empregatício atual, sendo 12,7% do lar e 10,4%, aposentados ▪ Em torno de 90% dos portadores não possuem escolaridade em nível de 3º grau, baseado na ocupação de trabalho. ▪ Predomina como bairro de residência a região centro, 25,8%, seguida da região leste, 20,6% e norte, 20,2% do município ▪ 68,4% - fumantes ou ex-fumantes ▪ 72,8% ingerem bebida alcoólica ou já fizeram uso de; sendo que 30% ingerem atualmente ▪ A maioria nunca fez uso de substâncias psicoativas, sejam injetáveis ou inaláveis; por volta de 32% já fizeram uso ou fazem uso atualmente. ▪ 69,4% não usam o preservativo ▪ A maioria não foi submetida ao método de acupuntura e não utiliza <i>piercing</i>, mas 26,7% têm tatuagem. ▪ 94,1% ocupam profissão que não expõe a risco de acidente com material biológico
<p style="text-align: center;">SUBDI- MENSÃO SOCIOECO- NÔMICA E DE SAÚDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalhadores de Reparação e Manutenção - 20,4% ▪ Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados - 17,6% ▪ 32,2% não apresentam vínculo empregatício atual, sendo 12,7% do lar e 10,4%, aposentados ▪ Em torno de 90% dos portadores não possuem escolaridade em nível de 3º grau, baseado em sua ocupação. ▪ 72,8% ingerem bebida alcoólica ou já fizeram uso de; sendo que 30% ingerem atualmente ▪ A maioria nunca fez uso de substâncias psicoativas, sejam injetáveis ou inaláveis; por volta de 32% já fizeram uso ou fazem uso atualmente. ▪ 62% não receberam hemotransfusão; 33% receberam hemotransfusão anteriormente a 1990. ▪ 89,9% não fizeram hemodiálise; 6,8% fizeram hemodiálise anteriormente a 1990. ▪ 69,4% não usam o preservativo ▪ 38,8% apresentam DSTs (HIV, Sífilis, Gonorreia, Condiloma, Cancro e Hepatite B). ▪ 82,6% receberam tratamento médico e odontológico ▪ A maioria não foi submetida ao método de acupuntura e não utiliza <i>piercing</i>, mas 26,7% têm tatuagem. ▪ 66,7% não sofreram acidente com perfurocortante ▪ 84,7% não tiveram contato domiciliar com hepatopatas e ou ictéricos

<p style="text-align: center;">SUBDI- MENSÃO AMBIENTAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Predomina como bairro de residência a região centro, 25,8%, seguida da região leste, 20,6%, e norte, 20,2% do município ▪ 66,7% não sofreram acidente com perfurocortante ▪ 84,7% não tiveram contato domiciliar com hepatopatas e ou ictéricos.
<p style="text-align: center;">SUBDI- MENSÃO ACESSO A SERVIÇOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em torno de 90% dos portadores não utilizaram o direito ao acesso à escolaridade em nível de 3º grau. ▪ 61,9% não receberam hemotransfusão; 33% receberam hemotransfusão anteriormente a 1990 ▪ 89,9% não fizeram hemodiálise; 6,8% fizeram hemodiálise anteriormente a 1990. ▪ 38,8% apresentam DSTs (HIV, Sífilis, Gonorreia, Condiloma, Cancro e Hepatite B). ▪ 82,6% receberam tratamento médico e odontológico ▪ Uma parte dos portadores: já recebeu hemotransfusão; já fez hemodiálise; tem acesso a tratamento médico e odontológico

Quadro 4.1 Características das Dimensões de Vida dos Portadores de HCV cadastrados no Centro Referência em Hepatologia do HU-CAS/UFJF, para o Diagnóstico de Possíveis Vulnerabilidades

O perfil dos portadores de hepatite C, conforme estudo de Passos (2003), está ligado diretamente aos fatores que contribuem para tornar a população exposta aos riscos de contrair a infecção pelo HCV.

As situações de vulnerabilidade observadas nesta pesquisa, como relação sexual sem o uso do preservativo, uso de drogas sem os cuidados necessários, acidente com perfurocortante, hemotransfusão até a década de 90 e hemodiálise, podem estar relacionadas ao estilo de vida adotado pelos portadores, bem como ao comportamento ou as más condições de atendimento à saúde, oferecidas aos usuários pelo sistema público de saúde que os tornaram mais vulneráveis para a hepatite C.

Para identificar o perfil epidemiológico dos portadores de HCV numa visão mais crítica e social, utilizaram-se as características identificadas no grupo, conforme o estilo de vida, com base no agravo a que está suscetível a população, mas não com uma visão

apenas biomédica centrada na doença da hepatite C. Contudo foram valorizadas também as questões sociais, o que permitiu conhecer melhor as características do grupo de portadores de HCV ao apropriar-se da temática da vulnerabilidade.

O enfermeiro integrante de uma equipe multidisciplinar e diante desse grupo de portadores do HCV, ao reconhecer as particularidades desse grupo, poderá planejar a assistência de enfermagem, a partir do acolhimento, de forma que contribua para atender as necessidades de saúde desse grupo. É possível ainda dizer, com base no perfil epidemiológico e vulnerabilidades da população ao HCV, que o enfermeiro pode desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde.

È importante destacar que, ao utilizar as informações contidas nos prontuários para traçar o perfil epidemiológico dos portadores de hepatite C, não foi possível obter algumas informações com relação à situação sociodemográfica, como grau de escolaridade, religião, renda familiar e/ou individual, se reside sozinho ou com alguma companhia, as condições de moradia, moradia com acesso à energia elétrica, acesso à água tratada e acesso ao esgoto sanitário.

Fundamentando em Ayres *et al.* (2006), quando se valorizam as características sociodemográficas de um grupo da população, cabe ao profissional de saúde desenvolver uma concepção mais ampliada de saúde e identificar no indivíduo ou na coletividade situações que possam resultar em vulnerabilidade à saúde do grupo que está sendo acompanhado.

Dependendo da concepção epidemiológica, o profissional de saúde pode ter como foco principal a doença e não valorizar inicialmente o sujeito, bem como todas as questões sociais e de saúde em que o grupo de portadores de hepatite C está envolvido.

Sendo assim, com esta concepção, poderá torná-los cada vez mais vulneráveis (GOMES, 1994).

Quando se valorizam aspectos que envolvem dimensões da vida - dimensões sociais, estilo de vida, dimensão de acesso aos serviços, dimensões ambientais, contribui-se para a identificação das características do grupo numa perspectiva de promoção da saúde e, conseqüentemente, prevenção de alguns agravos à saúde da população.

Para o enfermeiro identificar a vulnerabilidade de grupos da população ao vírus da hepatite C, deve levar em consideração todas as características das dimensões de vida dos portadores. Cabe uma reflexão sobre cada dimensão apontada no quadro 4.1, para entender melhor a vulnerabilidade da população à hepatite C.

Com relação ao estilo de vida, foram descritas algumas características que podem levar a uma situação de vulnerabilidade individual. De acordo com Neves (2006), dentre os sentidos da vulnerabilidade, é importante reconhecer que alguns valores pessoais poderão influenciar nas atitudes e perspectivas de vida da população, principalmente quando está diante de alguma situação de vulnerabilidade.

No caso da hepatite C, devem ser investigados os limites e potencialidades do grupo que está vulnerável, para entender às crenças, ao contexto de vida e ao nível de informação a respeito da prevenção da hepatite C e promoção da saúde. Com este entendimento, cabe afirmar que o enfermeiro deve ficar atento a estas questões e converter as limitações da população em práticas de prevenção.

A respeito da dimensão soioeconômica e de saúde e dimensão ambiental, Ayres *et al.* (2006) relacionam várias situações interdependentes e, caso não seja feita análise

mais detalhada por parte do profissional de saúde, além da vulnerabilidade individual, a população terá também a vulnerabilidade social.

Com este entendimento, pode-se dizer que, além das características demonstradas no Quadro 4.1, a falta de algumas informações sociodemográficas com relação ao grupo de portadores do HCV pode resultar numa situação de vulnerabilidade. A partir do momento em que são identificadas as vulnerabilidades de um grupo, os profissionais de saúde têm a possibilidade de realizar um planejamento das intervenções com o foco na prevenção de agravos à saúde do indivíduo ou da população.

Observa-se também no Quadro 4.1 a dimensão acesso a serviços e, para ser analisada, será contextualizado o estudo de Zoboli e Fracolli (2007), que mostrou, em relação aos cuidados à saúde, que, no grupo de portadores, alguns tiveram acesso a serviços especializados conforme as suas necessidades de saúde.

Mas, conforme Zoboli e Fracolli (2007), as dimensões possuem algumas características que têm uma interdependência, algumas situações como a falta de acesso a serviços de saúde, educação, dentre outros serviços e a falta informações necessárias para a prevenção e promoção da saúde podem acarretar ao portador do HCV e à população vulnerabilidade programática ou até as demais vulnerabilidades sociais e individuais.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 Considerações Finais

Através desta pesquisa, foi possível agregar conhecimentos, já adquiridos com relação à situação da hepatite C no Brasil e no mundo, agregar novas maneiras de pensar, valorizar e articular a situação epidemiológica do portador do vírus da hepatite C e a vulnerabilidade da população, com as possibilidades de atuar, como enfermeiro, com os portadores.

Com base na epidemiologia social e nas situações de vulnerabilidades, foi possível traçar o perfil dos usuários portadores do HCV, caracterizados como grupo predominantemente do sexo masculino, com ocupações de trabalho bem diversificadas e um percentual reduzido de profissionais de saúde. Ressalta-se que não houve registros de profissionais do sexo; com relação à idade, a maioria está na faixa etária de 41 a 60 anos de idade, com história de uso de drogas injetáveis, inaláveis e com história pregressa e atual de ingestão de bebida alcoólica. Neste perfil, identificou-se também que uma parte dos portadores de HCV não faz uso do preservativo em suas relações sexuais, 33% receberam hemotransfusão, 26,7 fizeram tatuagens e 12,7% mantiveram contatos com hepatopatas e/ou ictericos.

Diante desse perfil de portadores, podem-se apontar as vulnerabilidades da população ao vírus da hepatite C, como predominantemente a vulnerabilidade programática.

De acordo com a vulnerabilidade programática, pode-se dizer que ainda tem sido feito muito pouco, devido aos possíveis agravos à saúde de um indivíduo que a infecção pelo vírus pode causar. Apesar do empenho das autoridades sanitárias, ainda há dificuldade na sustentabilidade das ações de saúde, resultando em situações de

desinformação sobre a prevenção e os agravos da hepatite C, dificultando o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde.

Através do perfil observado, constatou-se também a vulnerabilidade individual, que está relacionada diretamente ao estilo de vida dos portadores do HCV ou ao modo como um grupo da população tem vivido, bem como suas escolhas, suas crenças e culturas. A opção pela forma de uso das drogas psicoativas, o nível de conhecimento e conscientização para a relação sexual sem o uso do preservativo representam situações de vulnerabilidade para o HCV.

A população pode ter uma vulnerabilidade social para o HCV; apesar da interdependência entre os três eixos de vulnerabilidade, pode-se destacar aqui o acesso da população às informações para a prevenção da hepatite C e a forma como o indivíduo ou a população assume sua autonomia para a promoção da saúde, a partir das informações recebidas.

Para fundamentar a atuação do enfermeiro com uma visão epidemiológica mais crítica e social, é importante reconhecer o perfil dos portadores de hepatite C, bem como suas características das dimensões de vida, para descrever as possíveis vulnerabilidades desse grupo da população, e, com base na realidade de vida e saúde dos portadores, o enfermeiro poderá propor ações de saúde que visem a satisfazer as necessidades sociais e de saúde da população.

Não se pode desconsiderar que o enfermeiro, diante de situações relacionadas à hepatite C, possui potencialidades para elaborar um plano de assistência, conforme a realidade individual do portador ou de grupos da população, na atenção básica, reconhecendo também as possibilidades da assistência de enfermagem aos portadores do HCV em serviços de média e de alta complexidade.

Para garantir a integralidade da atenção e da assistência, o enfermeiro também deve respaldar a sistematização da assistência de enfermagem mediante ações de acolhimento aos usuários, seja no momento da confirmação laboratorial ou no início do acompanhamento terapêutico. Pois, no momento do acolhimento, é possível obter informações sobre as condições sociodemográficas, história de vida e saúde dos portadores de HCV, ampliando a perspectiva do diagnóstico da vulnerabilidade da população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. de ; ROCHA, S. M. M. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. 2000. v. 8, n. 6, p.98-101
- AUGUSTO, F. LOBATO, C. Hepatite C. In: COTTER J. *et al* (Org.). Hepatites Viricas. Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais (NGHD). Portugal. 2003. p.99-130.
- AYRES, J.R.C.M. *et al*. Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p.375-414.
- AYRES, J.R.C.M. *et al*. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas: Novas Perspectivas e Desafios. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexos, Tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 117-139.
- BARBOSA, M.A. MEDEIROS, M. PRADO, M.A. BACHION, M.M.BRASIL, V.V. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2004. v.06, n. 01, Disponível em www.fen.ufg.br
- BUS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2000. 5(1); p.163-177.
- BRANDÃO, A.B.M. *et al* .Diagnóstico da hepatite C na prática médica: revisão de literatura. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. Washington. 2001.v.9, nº3, p.161-168.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites Virais: O Brasil está Atento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p.44-60.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 34 de 28 de Setembro de 2007. Dispõe sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C**. Brasília:, Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Brasileiro de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: **Relatório de situação: Minas Gerais/Ministério da Saúde**(Série C. Projetos, Programas e Relatórios), Secretaria de Vigilância em Saúde. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. 24 p
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Cadernos de Atenção Básica, n. 18, (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. p.161

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites Virais: O Brasil está Atento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-12.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____, Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações instituída pela **Portaria Ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002b**. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf;jsessionId=96558E93C9CE684285827C3A726468AB.node1>. Acesso em 04 nov. 2009.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. [Acesso em 10 mar. 2009]

_____, Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações instituída pela **Portaria Ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002b**. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf;jsessionId=96558E93C9CE684285827C3A726468AB.node1>. Acesso em 04 nov. 2009.

BRUNI, A.L. **SPSS aplicado à pesquisa acadêmica**. São Paulo: Atlas, 2009. 253 p.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente**. 25. ed. São Paulo: Cultrix, 1982. 447 p.

CARRILHO F.J., SILVA L.C.. Epidemiologia. In: SILVA L.C.. **Hepatites agudas e crônicas**. São Paulo: Sarvier; 1995. p.73-95.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 311/2007, **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**, [online]. Rio de Janeiro; 2007. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=73238sectionID=38>; [Acesso em 24 de outubro de 2008]

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Lei 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Legislação e Normas**. COREN-MG. Belo Horizonte; 2005.

CROZETA, K; *et al.* Determinantes e condicionantes para a implementação da consulta de enfermagem. **Cogitare Enferm (UFPR)**. Curitiba; 2009. jan-mar; 14(1): 120-6.

DÍAZ, F.R. LOPEZ, F.J.B. **Bioestatística**. São Paulo: Thomson; 2007. 284 p.

FAGUNDES, G.D; *et al.* Detecção do vírus da hepatite c em uma população de adultos. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto; 2008. mai-jun; v16, nº3, p. 2

FERREIRA, C.T.; SILVEIRA, R.T. Hepatites Virais: Aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev. Bras. Epidemiol.**2004;7;473-487.

FIGUEIREDO, E.Q.G; COTRIM H.P.; TAVARES-NETO J. Frequência do Vírus da Hepatite C em profissionais da saúde: **Revisão Sistemática da Literatura**. GED. 2003; 22(2): 53-60.

FOCACCIA R.; *et al.* Prevalência das Hepatites Virais em São Paulo. In. Focaccia R. **Tratado das Hepatites Virais**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 3-10.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 148-154.

GOMES, A.S. *et al.* Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem a Portadores de Hepatites Virais no Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias-CTR/DIP Orestes Diniz.. **Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG**. Belo Horizonte. 2005.

GOMES, D.L.S. A epidemiologia para o enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto. 1994. vol.2, n.1. p.31-39.

GOMES, D.T., CARVALHO, I.P. **Hepatite C**: Aspectos Patológicos e Epidemiológicos. Monografia de Conclusão de Especialização. CDU 616.36-002. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2008. p.1-23.

GONÇAVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da USP. São Paulo. 1986. 416p.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**. v.21, n.1. , p.00. jan./fev. 2005.

HULLEY, S.B.; *et al.*; **Delineando a Pesquisa Clínica**: Uma Abordagem Epidemiológica. 3ª Ed., Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 127.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-**IBGE Cidades**. Perfil dos Municípios Brasileiros-2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 02 out. 2009.

JUIZ DE FORA. Topologia do Serviço de Saúde. Regiões Administrativas Atendidas. **Secretaria de Saúde**. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, 2009. Disponível em: http://www.pjf.mg.gov.br/saude/regioes_atendidas/regioes.php. Acesso em 02 out. 2009.

JUIZ DE FORA . Parceria garante atendimento em hepatologia. Juiz de Fora: **Secretaria de Comunicação e Qualidade** , Prefeitura de Juiz de Fora, 19.9.2006.

KUBO, Cristina Hitomi, *et al.* Construção e implementação de ações de enfermagem em ambulatório de gastroenterologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 11, n. .6. nov./dec. 2003.

KUDO, A. Y; ABREU, E. S.; ALFREDO, M. L. Hepatite. In: SOUZA, M. **Assistência de enfermagem em infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 19, p.179-187.

LAGUARDIA, J. *et al.* Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Desafios no Desenvolvimento de um Sistema de Informação em Saúde. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília. Ministério da Saúde. Sept. 2004, vol.13, no.3, p.135-146.

LIMA, C.A; TOCANTINS, F.R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasilia. 2009. maio-jun; 62(3): 367-73.

LOHMANN, V.; KOCH, J.; BARTENSCHLAGER, R. Processing pathways of the hepatitis C virus proteins. **J Hepatol**. 1996. n°.24, p.11-19.

MAYRINK, D.S. et al. HCVWeb: Uma Ferramenta para Gerenciamento e Controle da Evolução Clínica do Paciente com Sorologia Positiva para Vírus da Hepatite C. **UNIBH**. Belo Horizonte. 2003. p. 1-10.

MARZIALE, M.H.P., NISHIMURA, K.Y.N., FERREIRA, M.M..Riscos de Contaminação Ocasionalmente por Acidentes de Trabalho com Material Pérfuro-Cortante entre Trabalhadores de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2004. jan.-fev. p.36-42 .

MEDEIROS, J. L. **Hepatite C**: aspectos epidemiológicos. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Médicas/UFMG, 2005.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 127

MEIRELLES, A. **HU-CAS oferece exames gratuitos para Hepatite C**. Juiz de Fora: HU/CAS/UFJF, <http://www.hu.ufjf.br/> [Outubro 2007.]

MINAS GERAIS. Resolução Nº 0391. 06.02.2004- define a **Rede Regionalizada e Hierarquizada de Assistência aos Portadores de Hepatite Viral** - Criação do Ambulatório de Hepatologia HU/CAS/UFJF. Centros de Referência Integrantes. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde, 2004.

NASH, K.L. BENTLEY, I. HIRSCHFIELD, G.M. Manejo da infecção pelo vírus da hepatite C. **British Medical Journal (BMJ)**. Porto Alegre: Artmed, 2009. ano 2, nº17, set. p. 484-489.

NATIONAL CENTER FOR INFECTIOUS DISEASES. Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings: recommendations and reports. **Division of Viral Hepatitis**. 2003. jan. 24. 52(RR01);1-33. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5201a1.htm>. Acesso em 10 dez. 2009.

NEVES, M. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**. UNB. Brasília. 2006. v.2, n2, p.157-172

- OLIVEIRA, G., TEIXEIRA, R.. **Hepatite Crônica pelo vírus C: Aspectos Clínicos, Epidemiológicos, Viroológicos, Imunológicos e terapêuticos.** Belo Horizonte: UFMG, 2003.
- OLIVEIRA, D.C. A categoria necessidades nas teorias de enfermagem: recuperando um conceito. **Revista de Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, 2002. v.10, nº1, p.47-52, jan.-abr.
- PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou um campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Públ.** 1998, v.32, n.4, p. 299-316.
- PASSOS ADC. Aspectos epidemiológicos das hepatites virais. **Medicina.** Ribeirão Preto. 36: 30-36, jan./mar. 2003.
- PEDERSOLI, C.E.; *et al* Apud MENDES GONÇALVES . O enfermeiro na vigilância epidemiológica no município de Ribeirão Preto 1988-1996. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 1998, v. 6, n. 5, p. 99-105.
- PINHEIRO, R. MATTOS, R.A., **Cuidar do cuidado: Responsabilidade com a Integralidade das Ações de Saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p.298.
- ROUQUAYROL, M.Z.; PONTES. L. A medida da saúde coletiva. In: **epidemiologia e saúde**, 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p.23-76.
- SANCHEZ, A.I.M. BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva?. **cienc. saúde coletiva** [online]. 2007, v.12,nº2, p.319-324. ISSN 1413-8123.
- SANTOS, N.S.O.; ROMANOS, M.T.V.; WIGG, M.D. **Introdução à virologia humana.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.144-146
- SILVEIRA, P.S.P. **Epi Info:** versão 6. Informática Médica e Telemedicina do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2000. <URL:<http://www.usp.br/fm/dim/epiinfo/index.php>>
- SILVEIRA T.R.; CUNHA, J.; KREBS L.S.. Hepatites virais e aleitamento materno. In Focaccia R. **Tratado das Hepatites Virais.** São Paulo: Atheneu; 2003. p. 811–14.
- SOUZA, F.B.A, TOCANTINS, F.R.. Contactantes de Doentes com Tuberculose Multirresistente – Possibilidades de Intensificar a Ação da Enfermagem. **Boletim de Pneumologia Sanitária.** v.7 nº1. Rio de Janeiro. jun. 1999.
- 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. **Revista Médica de Minas Gerais.** Belo Horizonte. 2004. n14,v.3, p. 136-141

TOCANTINS, F.R., SOUZA, E.F. O agir do enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde – análise compreensiva das necessidades e demandas. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem.** , v.1, p.143 - 159, 1997.

TOLEDO, Antônio. Pesquisa Nacional sobre Hepatite B e C. 14º Congresso Brasileiro de Infectologia. Belo Horizonte: **Sociedade Mineira de Infectologia.** Belo Horizonte, 26-30.11.2005.

TORRES, M. S. Prevalência da Infecção pelo vírus da hepatite C em doadores de sangue em Campo Grande – MS. Tese (Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande. 2004.

UFJF. Ambulatório de Hematologia. **Centro de Referência em Hepatologia.** Juiz de Fora: HU/CAS/UFJF, 2007. <http://www.hu.ufjf.br/>

VERDI, M. CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm.** 2005. jan-mar; 14(1):82-8.

ZARDINI, S.M. **Inquérito Nacional das Hepatites Virais.** Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2007. p.sp.

ZOBOLI, E. FRACOLLI, L.A. Vulnerabilidade, Bioética e a Ação em Enfermagem em Saúde Coletiva. In: BARCHIFONTAINE, C.P. ZOBOLLI, E.L.C.P. (Organizadores) **Bioética, vulnerabilidade e saúde.** São Paulo; Ed. Idéias e letras – Centro Universitário São Camilo São Camilo, 2007. p.139-157.

APÊNDICES

APÊNDICE I: ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS****ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS**

Código Identificador: _____

1 – Sexo:

- 1 () Feminino
2 () Masculino

2 – De acordo com a classificação do IBGE, a raça informada é:

- 1 () Preta/negra 2 () Parda 3 () Branca 4 () Amarela
5 () Indígena 999 () Não informado

3 – Situação atual:

- 1 () Casado(a) ou vive em união
2 () Desquitado(a) ou separado(a)
3 () Viúvo(a)
4 () Solteiro(a) (nunca se casou ou viveu em união)
5 () União consensual

4 – Grau de escolaridade:

- 1 () Ensino fundamental incompleto
2 () Ensino fundamental completo
3 () Ensino médio incompleto
4 () Ensino médio completo
5 () Ensino superior incompleto
6 () Ensino superior completo
999 () Não informado

5 – Em relação à profissão:

- 1 () Profissional de saúde
2 () Profissional do sexo
3 () Outras
categorias: _____

999 () Não informado

6 – Em relação à idade, a faixa etária é:

- 1 () De 18 a 20 anos
2 () De 21 a 25 anos
3 () De 26 a 30 anos
4 () De 31 a 35 anos
5 () De 36 a 40 anos
6 () De 41 a 45 anos
7 () De 46 a 50 anos
8 () De 51 a 55 anos

9 () De 56 a 60 anos

7 – Religião:

- 1 () Não possui
2 () Católica
3 () Protestante
4 () Outras religiões

999 () Não Informado

8 – Trabalhando atualmente:

- 1 () Está aposentado (a)
2 () Está de Licença Médica
3 () Sim, trabalhando
4 () Não, está desempregado (a)
999 () Não informado

9 – Residindo com:

- 1 () Companheiro(a)
2 () Familiares
3 () Amigos
4 () Sozinho (a)
5 () Outros:

999 () Não informado

10 – Imóvel em que mora:

- 1 () Imóvel próprio
2 () Imóvel cedido
3 () Imóvel alugado
999 () Não informado

11 – A renda familiar e/ou individual:

- 1 () Menos de 01 salário mínimo
2 () Entre 01 a 02 salários mínimos
3 () Entre 03 a 04 salários mínimos
4 () Acima de 05 salários mínimos
999 () Não informado

12 – Bairro/Região em que mora:**13 – Condições de moradia:**

- 1 () Alvenaria com laje


Prof. Dra. Angela Maria Guffner
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

- 2 () Alvenaria com telha
 3 () Madeira com telha francesa
 4 () Madeira com telha de amianto
 5 () Material alternativo
 6 ()
 Outros: _____

999 () Não informado

14 – Moradia com acesso à energia elétrica:

- 1 () Sim
 2 () Não
 999 () Não informado

15 – Moradia com acesso à água:

- 1 () Tratada
 2 () Poço
 3 () Mina
 999 () Não informado

16 – Moradia com acesso a esgoto sanitário:

- 1 () Rede
 2 () Fossa
 3 () Céu aberto
 999 () Não informado

HISTÓRIA E HÁBITOS DE VIDA E SAÚDE

17 – Tabagista:

- 1 () Não
 2 () Sim, menos de ½ maço por dia
 3 () Sim, de ½ a 1 maço por dia
 4 () Sim, em média 01 maço por dia
 5 () Sim, mais de 01 maço por dia
 999 () Não informado

18 – Consumo de bebida alcoólica:

- 1 () Não
 2 () Sim
 3 () Apenas socialmente
 999 () Não informado

19 – Uso de drogas injetáveis:

- 1 () Não
 2 () Sim
 3 () já fez uso no passado
 4 () _____ Outros

999 () Não informado

20 – Transfusão sanguínea:

- 1 () Não
 2 () Sim, recebeu na década de 80
 3 () Sim, recebeu na década de 90
 4 () Sim, recebeu a partir do ano 2000
 999 () Não informado

21 – Faz hemodiálise:

- 1 () Não
 2 () Sim, desde a década de 80
 3 () Sim, desde a década de 90
 4 () Sim, desde o ano 2000
 5 () Sim, a partir do ano 2004

6 () Sim, por uma fase da vida

999 () Não informado

22 – Relação sexual sem o uso do preservativo:

- 1 () Não
 2 () Sim
 3 () Não se aplica
 999 () Não informado

23 – Esteve grávida:

- 1 () Nos últimos 08 anos
 2 () Nos últimos 06 anos
 3 () Nos últimos 04 anos
 4 () Nos últimos 02 anos
 5 () Há 01 ano
 6 () Não se aplica
 999 () Não informado

24 – Registro de ter recebido algum tratamento ou utilizado algum método alternativo:

- 1 () Tratamento cirúrgico/dentário
 2 () Endoscopia
 3 () Transplante
 4 () Acupuntura
 5 () Tatuagem
 6 () Piercing
 999 () Não informado

25 – Teve alguma doença sexualmente transmissível:

- 1 () Não
 2 () Sim, Qual? _____
 999 () Não informado

Prof.ª Dra. Angela Maria Gollner
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
 HU/CAS da UFJF

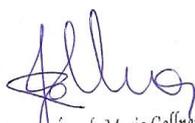
26 – Sofreu algum acidente perfuro-cortante:

- 1 () Sim
2 () Não
3 () Não se aplica
999 () Não informado

27 – Histórico da exposição ao HCV

- 1 () Acidente Pérfuro-cortante
2 () Recebeu hemotransusão
3 () Transplantado
4 () Faz hemodiálise
5 () Relação sexual desprotegida
6 () Usuário de drogas
999 () Não declarado

28 – Início do Tratamento/Acompanhamento em: / /


Prof.ª Dra. Ângela Maria Gollner
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

**APÊNDICE II: PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO**

**PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Eu, Delmar Teixeira Gomes, pesquisador responsável, pela pesquisa intitulada: O Perfil Sócio-Epidemiológico dos Portadores de Hepatite C em Juiz de Fora: Potencialidades para a Assistência de Enfermagem, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na Resolução Nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções 240/97, 251/97, 292/99, 303/00 e 304/00 do CNS/MS).

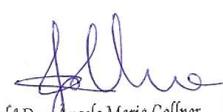
Solicito a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo fato de, a coleta de dados da pesquisa, limitar apenas em prontuários de usuários portadores de hepatite C, atendidos no Centro de Hepatologia do Hospital Universitário-CAS/UFJF

Assumo mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletados no (s) prontuários do (s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Juiz de Fora, 25 de Março de 2009.


Delmar Teixeira Gomes
 ENF. OBSTETRA
 COREN-MG 71.219

DELMAR TEIXEIRA GOMES
 PESQUISADOR RESPONSÁVEL
ENFERMEIRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFJF
 Endereço: Rua Ipanema nº 36 – Milho Branco
 Juiz de Fora – MG – 36083-240 – Tel.:(32) 8813-9820
 e-mail: delmartg@terra.com.br ou gomesddt@gmail.com


 Prof.ª Dra. Angela Maria Gollner
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
 HIVEAS HA UFJF

**APÊNDICE III: TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E
DIVULGAÇÃO DE DADOS**

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS

Eu, **Delmar Teixeira Gomes**, pesquisador responsável, pela pesquisa intitulada: **O Perfil Sócio-Epidemiológico dos Portadores de Hepatite C em Juiz de Fora: Potencialidades para a Assistência de Enfermagem**, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução Nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde**, e em suas complementares (**Resoluções 240/97, 251/97, 292/99, 303/00 e 304/00 do CNS/MS**).

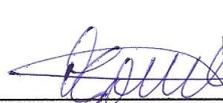
Assumo mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletados no (s) prontuários do (s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Destaco que a pesquisa se expressa como a Dissertação de Mestrado a ser apresentado e defendido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO e tem como objetivos: descrever o perfil sócio-epidemiológico dos usuários, diagnosticados como portadores de Hepatite C, considerando os indicadores sociais e demográficos, critérios de diagnóstico, tratamento e acompanhamento; discutir as implicações do perfil sócio-epidemiológico dos portadores de hepatite C para a assistência de enfermagem; e, propor ações de enfermagem para grupos da população vulneráveis ao vírus da hepatite C.

Assumo ainda neste Termo o compromisso destinar os dados coletados para a pesquisa mencionada.

Declaro ainda que os dados da pesquisa ficarão arquivados na UNIRIO/CCBS no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, sob os cuidados da Linha de Pesquisa Enfermagem e População e que os resultados obtidos serão divulgados em publicações e eventos científicos relativos à área da saúde com o propósito de aprimorar a assistência oferecida aos portadores do vírus da hepatite C e da população em geral.

Juiz de Fora, 25 de Março de 2009.


Delmar Teixeira Gomes
ENF. OBSTETRA
COREN-MG 71.219

DELMAR TEIXEIRA GOMES
PESQUISADOR RESPONSÁVEL
ENFERMEIRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFJF
Endereço: Rua Ipanema nº 36 – Milho Branco
Juiz de Fora – MG – 36083-240 – Tel.: (32) 8813-9820
e-mail: delmartg@terra.com.br ou gomesddt@gmail.com


Prof.ª Dra. Ângela Maria Gollner
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

ANEXOS

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF
RUA CATULO BREVIGLIEI S/Nº
B. SANTA CATARINA
36036-110- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº. 0034/09

Protocolo CEP-UFJF: 0034/09 **FR:** 248891 **CAAE:** 0034.0.420.000-09

Projeto de Pesquisa: PERFIL SÓCIOEPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HEPATITE C EM JUIZ DE FORA: POTENCIALIDADES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Versão do Protocolo e Data: 13/04/09

Pesquisador Responsável: : Delmar Teixeira Gomes

TCLE: 13/04/09

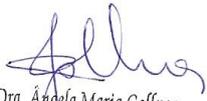
Pesquisadores Participantes: Florence Romijn Tocantins

Fabiana Barbosa Assumpção de Souza

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário/comentários do protocolo:

- Justificativa: O autor do projeto discorre sobre as há várias possibilidades de atuação, dentro dos aspectos éticos e com respaldos legais, necessários para a assistência ao indivíduo em vários níveis de atenção à saúde, sempre com uma visão de integralidade da assistência. Através deste estudo, ao conhecer o perfil sócio-epidemiológico dos portadores do vírus da hepatite C e usuários atendidos no Hospital Universitário/UFJF, pretende-se contribuir para mudança de paradigma e competências do enfermeiro na assistência ao portador do vírus da hepatite C, e mais especificamente da população vulnerável, visando uma assistência de enfermagem de forma integral.
- Objetivo: Descrever o perfil sócio-epidemiológico dos usuários de um serviço de saúde, diagnosticados como portadores de Hepatite C, considerando os indicadores sociais e demográficos, critérios de diagnóstico, tratamento e acompanhamento.
- Metodologia: Com base na revisão de literatura sobre a hepatite C, foi possível fundamentar a seleção das informações a serem obtidas, através de um roteiro norteador para a fase de coleta de dados. Em seguida estas informações serão organizadas, sistematizadas e analisadas para constituir o quadro teórico e epidemiológico das características dos portadores da hepatite C.
- Revisão e referências: atualizada, sustentam os objetivos do estudo.
- Características da população a estudar: Serão selecionados para a coleta de dados, os prontuários de usuários portadores de hepatite C, com a idade entre 18 a 60 anos, atendidos no ambulatório de Hepatologia.
- Critérios de participação: Prontuários de usuários portadores de hepatite C, com a idade entre 18 a 60 anos.
- Orçamento e responsável pelo financiamento da pesquisa são apresentados e os responsáveis pela pesquisa.
- Instrumentos de pesquisa constam como anexos e estão adequados aos objetivos do estudo.
- Cronograma: contem agenda para realização de diversas etapas de pesquisa, observando que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê. Início desta etapa previsto para Maio de 2009.
- Identificação dos riscos e desconfortos possíveis e benefícios esperados estão discriminados adequadamente.
- Termo de Compromisso de Utilização dos Dados está adequado ao estudo e apresentando os responsáveis pela pesquisa.


Prof.ª Dra. Ângela Maria Gollner
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF
 RUA CATULO BREVIGLIEI S/Nº
 B. SANTA CATARINA
 36036-110- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

- Pesquisador: Delmar Teixeira Gomes, Mestrando em Enfermagem, apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo. Demais membros da equipe também apresentam qualificação para atividade que desempenharão durante o estudo.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/CAS da UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 27 de abril de 2009.

Prof.^a Dra. Ângela Maria Gollner
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
 HU/CAS da UFJF

RECEBI
DATA: 27/06/2009
ASS:

