



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Análise do perfil epidemiológico das pessoas que convivem com
Hepatites Virais B e C atendidas no HUGG e proposta de projeto
terapêutico institucional**

Alessandra Carla dos Santos Cavalcante

RIO DE JANEIRO

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

**Análise do perfil epidemiológico das pessoas que convivem com
Hepatites Virais B e C atendidas no HUGG e proposta de projeto
terapêutico institucional**

Alessandra Carla dos Santos Cavalcante

Sob a Orientação da Professora Doutora
Fabiana dos Santos Carolino Firmo Pereira

Dissertação submetida como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre
em Infecção HIV/Aids e Hepatites Virais
na área de Hepatites

RIO DE JANEIRO

2024

C376

Cavalcante, Alessandra Carla dos Santos

Análise do perfil epidemiológico das pessoas que convivem com Hepatites Virais B e C atendidas no HUGG e proposta de projeto terapêutico institucional / Alessandra Carla dos Santos Cavalcante. -- Rio de Janeiro, 2024.
111 f.

Orientadora: Fabiana dos Santos Carolino Figueira Pereira.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2024.

1. Hepatites virais. 2. Comorbidades. 3. Necessidades de saúde. I. Pereira, Fabiana dos Santos Carolino Figueira, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / Aids E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

Alessandra Carla dos Santos Cavalcante

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Infecção HIV/Aids e Hepatites Virais

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: 26/04/2024.

Prof^a. Dr^a. Fabiana dos Santos Carolino Firmo Pereira
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof. Dr. Carlos Eduardo Brandão Mello
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof. Dr. Raphael Mendonça Guimarães
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof. Dr. Alan Messala de Aguiar Britto
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^a. Dr^a. Donizete Vago Daher
Universidade Federal Fluminense - UFF

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a Deus, devo a Ele tudo o que sou, ao meu esposo, João, meu grande amor e aos meus filhos, João Gabriel e Isabela, pelo apoio incondicional e constante incentivo, aos meus pais, Gilcélia e Sandro, pelo dom da vida e ter me ajudado a ser quem eu sou, e a minha vovó Lourdes “*in memoriam*” por tudo que fez por mim durante minha formação acadêmica. Sem o apoio de vocês nada disto se concretizaria.

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de mestrado, de muito estudo, dedicação, esforço e empenho, eu gostaria de agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização de mais este sonho. Por isso, expresso aqui, por meio de palavras sinceras, a valiosa importância que elas tiveram, e ainda têm, nesta conquista e a minha sincera gratidão a todas elas.

Eu sonhei que estava exatamente aqui...

Em primeiro lugar eu gostaria de agradecer a Jesus, o verdadeiro e único que possui o título de Mestre, que diariamente me concedeu sabedoria, força, discernimento e luz. Mestre que não me deixou desistir de lutar para estar exatamente aqui, no Programa de Pós-Graduação em Infecção pelo HIV e Hepatites Virais, Mestre da UNIRIO, um grande sonho, hoje uma linda realização. Agradeço a Nossa Senhora por estar sempre comigo, guiando-me, iluminando os meus passos e me abençoando. Obrigada por me darem a fé e a força necessária para lutar e enfrentar todos os obstáculos, sem nunca desistir, dando-me além do que eu possa merecer.

Ao meu marido, João Edson Peres Cavalcante, meus filhos, João Gabriel dos Santos Cavalcante e Isabela dos Santos Cavalcante, agradeço pela compreensão, ao serem privados em muitos momentos da minha companhia e atenção, e pelo profundo apoio, estimulando-me nos momentos mais difíceis. Obrigada por desejarem sempre o melhor para mim, pelo esforço que fizeram para que eu pudesse superar cada obstáculo em meu caminho e chegar aqui e, principalmente, pelo amor imenso que vocês têm por mim.

Aos meus pais, Gilcélia e Sandro, meu padrasto, Wagner, e minha madrasta, Delsuene, que sempre estiveram ao meu lado, apoiando-me ao longo de toda a minha trajetória. Por serem modelos de coragem, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência demonstrados e total ajuda na superação dos obstáculos que, ao longo desta caminhada, foram surgindo. A eles, dedico este trabalho.

A todos os familiares, em especial a minha prima lanny, que sempre estiveram ao meu lado, acreditando e apoiando meus sonhos, ofertando apoio emocional, compreendendo as ausências e o cansaço durante toda nossa trajetória. Eternamente grata por tudo que sou, por tudo que consegui conquistar e pela

felicidade de tê-los.

Ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Brandão, por acreditar em mim e me conceder a primeira oportunidade. Hoje, com muito orgulho, posso dizer que meu ser-pesquisadora passou por suas mãos, que me acolheram e orientaram com toda dedicação. Serei eternamente grata por todo conhecimento compartilhado e, principalmente, por sua generosidade e ensinamentos de vida, por nos apresentar o verdadeiro significado de “equipe”. Agradeço imensamente por toda paciência e carinho!

A minha orientada Prof^a. Dr^a. Fabiana dos Santos Carolino Firmo Pereira, por me acolher em seu universo de tanto conhecimento e domínio e me orientar com tanto empoderamento e valor. Sempre acreditando que eu era capaz e tinha potencial para ir mais longe. Nossas trocas foram fundamentais. Agradeço ainda pelas valiosas contribuições dadas durante o processo. Sem sua orientação, apoio, confiança e amizade, não somente nesta dissertação, mas em todo caminho percorrido até aqui, nada disso seria possível.

Ao Prof. Dr. Alan Messala de Aguiar, pesquisador e, sobretudo, um querido e grande amigo, pela pessoa e profissional que é. Obrigada pela sua dedicação, que o fez, por muitas vezes, deixar de lado seus momentos de descanso para me ajudar e orientar. E, sobretudo, obrigada por sempre ter acreditado e depositado sua confiança em mim ao longo destes anos.

À Prof^a. Dr^a. Donizete Vago Daher, pesquisadora e companheira do projeto, com quem compartilhei tantas preocupações, aflições e muito trabalho. Quantas descobertas e conquistas durante esta caminhada. Obrigada pelos ensinamentos, pelo companheirismo e, principalmente, pela amizade construída ao longo destes anos de trabalho.

Ao Prof. Dr. Raphael Mendonça Guimarães, membro da Banca de Qualificação e Defesa de Mestrado, pelos conselhos, sugestões e interesse em contribuir para o desenvolvimento desta dissertação.

Aos tantos colegas e alguns grandes amigos com os quais fui presenteada, que passaram comigo pelas disciplinas e pelos encontros nos laboratórios e corredores do HUGG. Foram tantas as conversas e discussões sobre os nossos próprios processos... vocês foram essenciais. Foi um imenso prazer conhecê-los e contar com vocês.

À Enfermeira Mestranda e amiga Andressa da Silva Medeiros, que aceitou o

desafio de caminhar ao meu lado. Pelos ensinamentos, pela generosidade e pelo coração quentinho e cheio de força de vontade de me incentivar à pesquisa. Por todo apoio e palavras que me motivaram a buscar o conhecimento e crescimento pessoal. Meu eterno agradecimento.

Uma gratidão especial às amigas: Ana, Caroline, Rose, Juliana, Regina, Patrícia e Cristina, a quem realmente considero como irmãs e que sempre estiveram ao meu lado, apoiando-me e torcendo por mim, independente da distância entre nós.

À Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e a todos os professores, direção, coordenação e administração do Programa de Pós-Graduação em Infecção pelo HIV e Hepatites Virais.

Foram e serão inúmeras as vezes que utilizarei a palavra GRATIDÃO a todos que cruzaram meu caminho no PPGHIVHV e pelas diversas oportunidades que o programa me proporcionou.

“Há medicamentos para toda a espécie de doenças, mas, se esses medicamentos não forem dados por mãos bondosas, que desejam amar, não será curada a mais terrível das doenças: a doença de não se sentir amado”.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

CAVALCANTE, Alessandra Carla dos Santos. **Análise do perfil epidemiológico das pessoas que convivem com Hepatites Virais B e C atendidas no HUGG e proposta de projeto terapêutico institucional.** 111p. Dissertação (Mestrado em Medicina, Ciências da Saúde). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 2024.

Introdução: As hepatites B e C são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos de distribuição universal, que têm em comum o hepatotropismo. Ainda, divergem quanto as formas de transmissão e consequências clínicas advindas da infecção. O indivíduo com hepatite apresenta diferentes necessidades de saúde devido a doença ser multifatorial como o consumo de álcool, tabagismo e a infecções pelo vírus. A maneira como se vive, traduz as necessidades de saúde que afetam a vida em coletividade. **Objetivos:** Apresentar uma proposta do projeto terapêutico institucional para pessoas que vivem com hepatites B e C, descrever o perfil epidemiológico de pessoas que vivem com hepatites B e C, analisar o itinerário de pessoas que vivem com hepatites B e C e propor um modelo piloto do projeto terapêutico institucional para pessoas que vivem com hepatites B e C atendidas no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. **Metodologia:** Estudo observacional, exploratório e descritivo. A coleta foi o Núcleo Interno de Regulação com os indivíduos da hepatologia do HUGG, os dados demográficos, doença, comorbidades, especialidade solicitada foi coletado da planilha institucional alimentada pelo Núcleo Interno de Regulação no período coletado entre março/ 2021 e Julho/2023 e foram organizados em uma planilha Excel. Pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa nº 22.270-004. **Resultado:** Um total de 50 pedidos de parecer foram solicitados pelo serviço de gastroenterologia e hepatologia. Mais da metade desses indivíduos com necessidade de saúde são do sexo masculino 26/50. No total da clientela 18/50 são casados, 7/50 solteiros, 7/50 desquitados, 13/50 estão enquadrados em outra situação ou não respondeu, 1/50 em união estável, e 3/50 de viúvos. Referente a denominação de cor 29/50 são de pretos ou pardos, sobre o grau de instrução 20/ 50 não responderam, 11/50 não possui primeiro grau completo e 3/50 possuem ensino superior. O município de residência de 41/50 é a cidade do Rio de Janeiro. Foram 19 as subespecialidades que foram solicitadas para resposta dos

pedidos de parecer emitidos pela gastroenterologia, no entanto as mais frequentemente solicitadas foram dermatologia, endocrinologia, nefrologia e ortopedia. O número de diagnósticos da hepatite C foi superior 39/50 e 11/50 hepatites C. Os dados sobre tratamento médico das hepatites pontaram que 24/50 indivíduos estão em acompanhamento, 22/50 estão curados, 1/50 é virgem de tratamento e 1/50 encontra-se sem acompanhamento. As comorbidades 21/50 possuem e 29/50 não declarada. Assim, surge como produto do mestrado o projeto terapêutico institucional que foi elaborado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, levando em consideração seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades, configurando-se numa interação democrática e horizontal entre os autores envolvidos no processo de cuidar, alicerçados pela utilização das relações que propõe novos fluxos e circuitos dentro do sistema institucional. **Conclusões:** Os dados referentes ao perfil epidemiológico dos usuários foram de importância na determinação do perfil dos que vivem com as hepatites virais B e C, permitindo que se estabeleçam propostas adequadas de tratamento, que orientaram estrategicamente, a criação do projeto terapêutico institucional, elaborado a partir deste estudo, orientando e sugerindo melhorias na contribuição do planejamento, gestão e avaliação de intervenções para o controle, tratamento e prevenção de danos desse agravo.

Palavras-chave: Hepatites virais, comorbidades, necessidades de saúde.

ABSTRACT

CAVALCANTE, Alessandra Carla dos Santos. **Analysis of the epidemiological profile of people living with viral hepatitis B and C care at HUGG and proposal for an institutional therapeutic project.** 111p. Dissertation (Masters in Medicine, Health Sciences). Biological and Health Sciences Center, Federal University of the State of Rio de Janeiro, RJ, 2024.

Introduction: Hepatitis B and C are diseases caused by different etiological agents of universal distribution, which have hepatotropism in common. Furthermore, the forms of transmission and clinical consequences resulting from the infection differ. Individuals with hepatitis have different health needs due to the disease being multifactorial, such as alcohol consumption, smoking and virus infections. The way one lives reflects the health needs that affect collective life. **Objectives:** Present a proposal for an institutional therapeutic project for people living with hepatitis B and C, describe the epidemiological profile of people living with hepatitis B and C, analyze the itinerary of people living with hepatitis B and C and propose a pilot model of the institutional therapeutic project for people living with hepatitis B and C treated at the Gaffrée and Guinle University Hospital. **Methodology:** Observational, exploratory and descriptive study. The collection was carried out by the Internal Regulation Nucleus with individuals from HUGG hepatology, demographic data, disease, comorbidities, requested specialty were collected from the institutional spreadsheet fed by the Internal Regulation Nucleus in the period collected between March/2021 and July/2023 and were organized in an Excel spreadsheet. Research was submitted to the Research Ethics Committee No. 22.270-004. **Result:** A total of 50 requests for opinions were requested by the gastroenterology and hepatology service. More than half of these individuals with healthcare needs are male 26/50. Of the total clientele, 18/50 are married, 7/50 are single, 7/50 are divorced, 13/50 are in another situation or did not respond, 1/50 are in a stable relationship, and 3/50 are widowed. Regarding color designation, 29/50 are black or brown, regarding the level of education, 20/50 did not respond, 11/50 did not have completed primary school and 3/50 had higher education. The municipality of residence of 41/50 is the city of Rio de Janeiro. There were 19 subspecialties that were requested to respond to requests for opinions issued by gastroenterology, however the most frequently

requested were dermatology, endocrinology, nephrology and orthopedics. The number of hepatitis C diagnoses was higher than 39/50 and 11/50 hepatitis C. Data on medical treatment of hepatitis showed that 24/50 individuals are being monitored, 22/50 are cured, 1/50 are treatment-naïve and 1/50 is unattended. Comorbidities are 21/50 and 29/50 are undeclared. Thus, the institutional therapeutic project emerges as a product of the master's degree, which was developed based on the health needs of each user, taking into account their way of understanding life, their subjectivities and singularities, configuring a democratic and horizontal interaction between the authors involved in the care process, based on the use of relationships that propose new flows and circuits within the institutional system. **Conclusions:** Data relating to the epidemiological profile of users were of importance in determining the profile of those living with viral hepatitis B and C, allowing appropriate treatment proposals to be established, which strategically guided the creation of the institutional therapeutic project, elaborated by from this study, guiding and suggesting improvements in the contribution of planning, management and evaluation of interventions for the control, treatment and prevention of damage from this condition.

Keywords: Viral hepatitis, comorbidities, health needs.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Detalhamento das variáveis analisadas no estudo	60
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características gerais da população	64
Tabela 2 -	Características conforme o tipo de hepatite	66
Tabela 3 -	Características segundo comorbidade diabetes <i>mellitus</i>	68
Tabela 4 -	Características segundo outras comorbidades	70
Tabela 5 -	Características segundo comorbidade hipertensão arterial sistêmica	71
Tabela 6 -	Características segundo comorbidades não declaradas	73
Tabela 7 -	Características segundo pareceres solicitante e solicitados	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC - Lamivudina

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana

ALLPS - *Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy*

ALT - Alanina Aminotransferase

ANTI-HAV TOTAL OU IGG - Anticorpos contra o vírus da Hepatite A Total ou Imunoglobulina G

ANTI-HBC - Anticorpo Específico contra Hepatite B

ANTI-HBS - Anticorpo contra o antígeno de superfície da Hepatite B

ANTI-HCV - Anticorpos contra o Vírus da Hepatite C

AST - Aspartato Aminotransferase

BD - Bilirrubina Direta

BHCG - Gonadotrofina Coriônica humana

BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

BT - Bilirrubina Total

CEA - Antígeno Carcinoembrionário

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CGHOSP/DAHU/MS - Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência do Ministério da Saúde

CHC - Carcinoma Hepatocelular

CHILD - Cirrose Compensada Child

CID - Classificação Internacional de Doenças

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia

CTP - Child Turcotte-Pugh

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DESC - Descritor em Ciências da Saúde

DHGNA - Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica

EHT - Elastografia Hepática

ETV - Entecavir

FIB - Índice de Fibrose

FTC - Entricitabina

GGT - Gama Glutamil Transferase

HBeAg - Marcador da Hepatite B

HBV - Vírus da hepatite B

HBsAg - Antígeno de Superfície da Hepatite B

HCV - Vírus da hepatite C

HCV-RNA - Vírus da Hepatite C - Ácido Ribonucleico

HDV - Vírus da Hepatite D

HEPADNA - É uma família de vírus DNA de fita dupla que replicam o seu material genético gerando moléculas de RNA de fita

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HUGG - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGA - Imunoglobulina A

IGHAHB - Imunoglobulina Humana contra Hepatite B

K - Potássio

NA - Sódio

NASVAC - Vacina Terapêutica para Hepatite B

NIR - Núcleo Interno de Regulação

NR - Núcleo de Referenciamento

Nursing Now - Enfermagem agora

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Práticas Baseadas em Evidências

PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PEP - Profilaxia Pós-Exposição

PNAHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

PORTARIA SAS/MS - Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição

PT - Projeto Terapêutico

PTI - Projeto Terapêutico Institucional

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos

RJ - Rio de Janeiro

RVS - Resposta Viroológica Sustentada

SECTICS/MS - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde/ Ministério da Saúde

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISREG - Sistema de Regulação

SUS - Sistema Único de Saúde

TAP/INR - Tempo de Atividade Protombina / Relação Normatizada Internacional

TARV - Terapia Antirretroviral

TDF-TAF - Tenofovir Alafenamida

TIS/QT - Terapia Imunossupressora/ quimioterapia

UCE - Urticária Crônica Espontânea

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	PROBLEMA	23
3	JUSTIFICATIVA	25
4	OBJETIVOS	28
4.1	OBJETIVO GERAL	28
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
5	REFERENCIAL TEÓRICO	29
5.1	HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA	29
5.1.1	Hepatite B	32
5.1.2	Hepatite C	34
5.2	EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL	35
5.2.1	Hepatite B	35
5.2.2	Hepatite C	36
5.3	NECESSIDADES DE SAÚDE DOS PACIENTES PORTADORES DE HEPATITES B E C	36
5.4	COMORBIDADES ASSOCIADAS ÀS HEPATITES B E C	41
5.4.1	Urticária Crônica Espontânea	41
5.4.2	Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA)	42
5.5	ESTEATOSE HEPÁTICA	44
5.5.1	Carcinoma Hepatocelular	46
5.6	COINFECÇÃO HIV E HEPATITES B E C	47
5.7	MANIFESTAÇÕES EXTRA-HEPÁTICAS DA INFECÇÃO PELO HBV	48
5.7.1	Cirrose Descompensada	49
5.7.2	Pacientes com insuficiência renal	51
5.7.3	Coinfecção HBV-HIV	51
5.8	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR	54
5.9	PROJETO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL	55
6	METODOLOGIA	58
6.1	DESENHO DE ESTUDO	58
6.2	LOCAL DO ESTUDO	58
6.3	PROCEDIMENTOS	58
6.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	59
6.5	CRITÉRIOS EXCLUSÃO	59

6.6	VARIÁVEIS	59
6.7	COLETA DE DADOS	61
6.8	MÉTODOS DE ANÁLISE	61
6.9	ASPECTOS ÉTICOS	62
7	RESULTADOS	63
8	DISCUSSÃO	76
9	PRODUTO DO MESTRADO	81
10	CONCLUSÃO	95
	REFERÊNCIAS	100
	Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP-HUGG	108

1 INTRODUÇÃO

As hepatites B e C são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos de distribuição universal, que têm em comum o hepatotropismo. Ainda, divergem quanto às formas de transmissão e consequências clínicas advindas da infecção (Brasil, 2021).

Os últimos 50 anos foram de notáveis conquistas no que se refere à prevenção e ao controle das hepatites B e C. Os mais significativos progressos foram a identificação dos agentes virais, o desenvolvimento de testes laboratoriais específicos, o rastreamento dos indivíduos infectados e o surgimento das vacinas protetoras (Duarte *et al.*, 2021).

Os agentes etiológicos que causam hepatites virais mais relevantes do ponto de vista clínico e epidemiológico são designados por letras do alfabeto (vírus B, vírus C) essas nomenclaturas utilizadas para descrição desses vírus são: vírus da hepatite B (HBV), vírus da hepatite C (HCV) (Brasil, 2021).

De acordo com a forma de transmissão, as hepatites podem ser agrupadas por via parenteral (vírus B e C). Uma das principais características que diferenciam esses vírus é a sua capacidade (ou incapacidade) de determinar infecções crônicas. Os vírus B e C são os responsáveis pela maioria das formas agudas da infecção (Duarte *et al.*, 2021).

Os dados epidemiológicos advindos da Europa referem-se à prevalência de fatores de riscos, tais como, obesidade, hepatite viral e a ingestão excessiva de álcool, refletindo a maior carga de doenças como cirrose e câncer de fígado, bem como aumentando a incidência nos países europeus. Em relação aos Estados Unidos da América, Melaram (2021) mostra também que a doença hepática crônica e a cirrose apresentam relevância significativa, tendo em vista o grande número de mortes (quarenta e quatro mil) a cada ano (Melaram, 2021).

Entre 1999 e 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 689.933 casos confirmados de hepatites virais no Brasil. Desses casos, 168.579 (24,4%) são referentes aos de hepatite B, 262.815 (38,1%) e aos de hepatite C e 4.150 (0,6%) (Brasil, 2021).

De acordo com os dados publicados pelo Ministério da Saúde, a distribuição proporcional dos casos variou entre as cinco regiões brasileiras, caracterizando que

a região Nordeste concentra a maior proporção das infecções pelo vírus a região Sudeste, maiores proporções dos vírus B e C (34,2%) e (58,9%) (Brasil, 2021).

Dentre as manifestações das hepatites, há semelhanças do ponto de vista clínico-laboratorial, no entanto, importantes diferenças epidemiológicas quanto a evolução da infecção. As comorbidades que podem ser identificadas, dependendo do tipo de hepatite, são: urticária crônica espontânea (UCE), o risco de doença aguda icterica aumenta com a idade do paciente, doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), coinfeção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites virais B e C, esteatose hepática, bem como fibrose hepática e carcinogênese (Malvezzi, 2021).

O desenvolvimento da infecção crônica pelo vírus da hepatite B ou vírus da hepatite C é um importante fator de risco para o carcinoma hepatocelular (CHC), uma forma predominante de câncer primário de fígado, sendo a terceira principal causa de mortalidade por câncer em todo o mundo (Malvezzi, 2021).

Sendo assim, o indivíduo portador de hepatite apresenta diferentes necessidades de saúde, devido ao fato que a doença hepática é multifatorial de fatores identificados, incluindo o consumo de álcool, obesidade, tabagismo e as infecções pelo vírus das hepatites. O tratamento, quando indicado, é fundamental para evitar a progressão da doença e suas complicações (Malvezzi, 2021).

Pode-se dizer que, a maneira como se vive, traduz-se em diferentes “necessidades de saúde”, e suas formas de expressão estão vinculadas às exigências, não apenas biológicas, mas sociais da vida em coletividade. Trata-se, portanto, de como as condições políticas, econômicas, ambientais e educacionais, entre tantas outras da organização das sociedades, são responsáveis pela geração de saúde-doença nas populações (Carnut; Ferraz, 2021).

De acordo com o Ministério da Saúde, as hepatites são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Trata-se de uma infecção que atinge o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes são infecções silenciosas, ou seja, não apresentam sintomas. No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus das hepatites B e C frequentemente se tornam crônicas. Por isso, a importância do lançamento dessa linha de cuidado, que tem como as hepatites virais desse tipo em adultos. O impacto dessas infecções acarreta aproximadamente 1,4 milhões de mortes anualmente no mundo, seja por infecção aguda, câncer hepático ou cirrose associada às hepatites. A taxa de

mortalidade da hepatite C, por exemplo, pode ser comparada às do HIV e Tuberculose. As hepatites virais compõem a oitava linha de cuidado lançada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2021).

As primeiras diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prevenção, cuidados e tratamento de pessoas que vivem com infecção crônica por hepatites B e C complementam as orientações semelhantes publicadas recentemente pela OMS sobre a prevenção, cuidados e tratamento de infecções devido ao vírus da hepatite. As recomendações destas diretrizes promovem o uso de testes diagnóstico simples e não invasivos para avaliar o estágio da doença hepática e a elegibilidade para tratamento; priorizar o tratamento daqueles com doença hepática mais avançada e com maior risco de mortalidade; e recomendam o uso preferencial de análogos de nucleotídeos com alta barreira à resistência aos medicamentos (tenofovir e entecavir, entecavir em crianças de 02 a 11 anos) para tratamento de primeira e segunda linha. As recomendações para o tratamento de pessoas co-infectadas pelo HIV baseiam-se nas diretrizes consolidadas da OMS de 2013 sobre a utilização de medicamentos antirretrovirais para o tratamento e prevenção da infecção pelo HIV. Estas recomendações proporcionam oportunidades para salvar vidas, melhorar os resultados clínicos das pessoas que vivem com hepatites B e C, reduzir a incidência e transmissão e o estigma devido à doença, mas também colocam desafios práticos aos decisores políticos e implementadores em países de baixo e médio rendimento (Organização Pan-Americana de Saúde, 2019).

Atualmente, o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) é uma unidade que oferece cuidados de saúde complexos na saúde do Rio de Janeiro (RJ) e, também, considerado na hierarquia do Sistema Único de Saúde (SUS), como hospital terciário e quaternário. O fluxo de atendimento para o atendimento ao usuário é iniciado no Núcleo Interno de Regulação (NIR) - serviço responsável pelo processo regulatório - local em que é feito o agendamento para consultas ambulatoriais (Brasil, 2021).

Esse agendamento ocorre a partir de um pedido de parecer interno ou encaminhamento do Sistema de Regulação (SISREG) um sistema *on-line*, disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) para gerenciamento e operações das centrais de regulação, consoante Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (Brasil, 2021).

O ambulatório de hepatologia do HUGG recebe pacientes internos, assim como os advindos de outros serviços de saúde, de todo o estado do RJ. Após o primeiro atendimento no ambulatório de Hepatologia, quando ocorre um pedido de parecer interno para outra (s) especialidade (s), em função da indicação clínica, o mesmo é encaminhado pelo próprio paciente ao NIR.

Segundo Malvezzi (2021), a magnitude, a diversidade sorológica, o padrão de transmissão, a evolução clínica, a complexidade diagnóstica e terapêutica das hepatites B e C impõe a necessidade de saúde a estabelecer políticas específicas no campo de saúde pública.

Nesse contexto, o objetivo principal desta pesquisa foi descrever o perfil clínico e epidemiológico de pessoas que vivem com hepatites B e C, analisando a frequência das comorbidades e queixas principais, e apresentar uma proposta piloto do projeto terapêutico institucional para pessoas que vivem com hepatites B e C, que são atendidas no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

2 PROBLEMA

Há dois tipos de necessidades: as consideradas naturais, por se tratar da conservação da vida e por estarem atreladas às demandas de sobrevivência; e aquelas que são necessárias, que são determinadas por questões sociais, como o ato de estar ou ser livre e ser independente para suas tomadas de decisão. Isso determina que nem todas as necessidades refletem carência de algo, visto que elas representariam a construção social das relações humanas (Freitas; Barcellos; Villela, 2021). A presença de comorbidades associadas reflete como provável forma de agravar o quadro de saúde dos pacientes (Corrêa *et al.*, 2011).

As necessidades em saúde não são apenas médicas, nem problemas de saúde (como doenças, sofrimentos ou riscos), mas dizem respeito também as carências ou vulnerabilidade que expressam modos de vida e identidades, expressos no que é necessário para se ter saúde e no que envolve condições necessárias para o gozo da vida (Hino *et al.*, 2009).

O entendimento de “necessidade em saúde”, portanto, passa por uma compreensão de saúde ampliada, a qual não se limita apenas a aspectos biológicos da vida, mas que também está intimamente ligada a fatores que envolvem o contexto político, econômico e social do indivíduo, podendo apresentar uma gama de ordens e que precisam ser exploradas (Mussi; Flores; Almeida, 2021). Além disso, vários aspectos estruturais circundam as situações de acessibilidade, equidade e qualidade dos serviços que também dialogam com as necessidades dos indivíduos portadores de hepatites B e C. Os limites entre uma necessidade e outra se confundem e se transformam num todo que, à medida que ocorrem as avaliações, são hierarquizadas conforme a determinação de sua magnitude e impacto (Hino *et al.*, 2009). Com base nisso, as necessidades de saúde se ampliam e ganham forças para uma análise que ultrapasse os aspectos biomédicos. A escuta do usuário permite moldar as reais demandas do seu processo de cuidado e permitir atender as principais necessidades por intermédio de uma reconfiguração do serviço e sua forma de se relacionar com o mesmo (Freitas; Flores; Camargo Jr., 2022).

As hepatites B e C são importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (Duarte *et al.*, 2021). A Organização Mundial de Saúde - OMS estima que cerca de dois bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus da hepatite B. No

mundo, há cerca de 325 milhões de portadores crônicos de hepatite B e 170 milhões de hepatite C (Brasil, 2021).

Enfrentar o importante problema de saúde que constituem no Brasil, as doenças transmissíveis endêmico-epidêmicas, continua sendo um grande desafio. Mas nem por isso deve-se desanimar da perspectiva de solução. Portanto, educação e pesquisas na área de hepatites B e C é de suma importância. Entre essas doenças, salientam-se as hepatites B e C, cujo comportamento epidemiológico, no nosso país e no mundo, tem sofrido grandes mudanças nos últimos anos (Ferreira; Silveira, 2004).

No ano de 2000 até 2019, foram identificados no Brasil pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 78.642 óbitos por causas básicas e associadas às hepatites virais dos tipos A B, C e D. Desses óbitos, 21,3%, à hepatite B; 76,2%, à hepatite C (Brasil, 2021).

As políticas públicas de prevenção têm mudado o cenário epidemiológico das Hepatites, com redução importante na incidência. Porém, ainda, é necessário ampliar as medidas direcionadas às populações de risco, com enfoque ao comportamento de risco para as hepatites B e C (Ferreira; Pontarolo, 2017).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2021) relatou que a distribuição das hepatites B e C é universal, sendo que a magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. No Brasil, há grande variação regional na prevalência de cada um dos agentes etiológicos. As hepatites B e C têm grande importância pelo número de pessoas atingidas e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas, dentre elas: urticária crônica espontânea, doença hepática não gordurosa alcoólica, esteatose hepática, infecções HCV em crianças, carcinoma hepatocelular e coinfeções HIV e Hepatites B e C.

3 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento deste estudo é fruto da integração da autora, graduada em enfermagem há 20 anos, ao desenvolver a sua prática profissional ambulatorial no HUGG.

O estudo emerge com o intento de reunir informações epidemiológicas específicas e comorbidades dos pacientes portadores de hepatites B e C que são atendidos no HUGG.

No período de 1999 a 2020, foram notificados 254.389 casos confirmados de hepatite B no Brasil; desses casos, a maioria está concentrada na região Sudeste (34,2%), seguida das regiões Sul (31,8%), Norte (14,7%), Nordeste (10,3%) e Centro-Oeste (9,0%). No período de 2010 a 2019, as taxas de detecção de hepatite B no Brasil apresentaram pouca variação, observando-se a maior taxa em 2011 (8,4 casos para cada 100 mil habitantes) e a menor em 2019 (6,3 casos para cada 100 mil habitantes). Em 2020, a taxa caiu para 2,9 casos para cada 100 mil habitantes no país, a menor do período analisado (Brasil, 2021).

De 1999 a 2020, foram notificados no Brasil 262.815 casos confirmados de hepatite C no Brasil, sendo 58,9% no Sudeste, 27,5% no Sul, 6,5% no Nordeste, 3,6% no Centro-Oeste e 3,5% no Norte. Observa-se que as taxas de detecção dos casos confirmados de hepatite C para o país e regiões apresentaram uma elevação a partir de 2015, quando a definição de caso confirmado, para fins de vigilância epidemiológica, se tornou mais sensível. Assim, qualquer caso com um dos marcadores anti-HCV ou HVC-RNA reagentes passaram a ser notificados (Brasil, 2021).

Os óbitos por hepatite C são a maior causa de morte entre as hepatites B e C (Brasil, 2021). O número de óbitos devidos a essa etiologia vem aumentando ao longo dos anos em todas as regiões do Brasil. De 2000 a 2019, foram identificados 59.950 óbitos associados à hepatite C (Brasil, 2021).

Entender a complexidade dos pacientes portadores de hepatites B e C atendidos no HUGG e determinar respostas programáticas a essas infecções requer dados robustos, a fim de que se possa contribuir para o planejamento das ações de vigilância, prevenção, assistência e tratamento das hepatites B e C, impulsionando a redução e a eliminação.

Os dados que serão apresentados após o desenvolvimento desta pesquisa, poderá ser uma importante ferramenta na produção do conhecimento na área da saúde. Ainda, poderá ser instrumento útil para a organização do fluxo de pacientes com hepatites B e C que são assistidos pelo setor de Gastrenterologia, bem como fornece apoio epidemiológico frente a progressão da doença e propagação viral associada às comorbidades e resolução das ações em saúde baseadas em referências científicas.

É necessário repensar a forma de organização e de gestão do trabalho nos serviços de saúde, que poderia envolver a discussão e implantação de uma estratégia como o projeto terapêutico institucional, com vistas à qualificação da atenção às pessoas vivendo com Hepatites B e C, bem como incluí-la na formação e educação permanente dos profissionais de saúde (Massignani *et al.*, 2014).

Este estudo oferecerá aos profissionais de saúde um maior conhecimento da realidade de seu trabalho e sua aplicabilidade com eficácia no cenário hospitalar. No ensino teórico-prático, esta pesquisa poderá contribuir para a formação profissional, enfatizando a eficácia da atenção em saúde, além do incentivo à produção do conhecimento e ao avanço das pesquisas acerca da temática, com futuras publicações científicas. Quanto ao ensino, a relevância da pesquisa pode possibilitar o despertar dos profissionais para o enfoque científico, como valorização da interdisciplinaridade e atuação de um profissional crítico. Portanto, gerar reflexões na construção do saber pelos estudos científicos evidenciados.

A gestão de cuidados entre gerir e o cuidar, bem como, a interação, articulação, comunicação, tomada de decisão e cooperação que devem pautar as relações interpessoais estabelecidas pelo enfermeiro com os integrantes da equipe de enfermagem, profissionais de saúde e paciente. E, a sua aplicabilidade poderá ser determinada através de indicadores de qualidade da assistência, especialmente, os relacionados à segurança do paciente que mensuram a qualidade do cuidado prestado (Mororó *et al.*, 2017). Uma vez que o gestor tem necessidade de conhecer o comportamento dos agravos, para que possa implementar políticas que mudem esse cenário.

Neste estudo serão descritas como comorbidades associadas as hepatites B e C, aquelas condições que, de acordo com a literatura (condições cardiovasculares, renais, neurológicas, psiquiátricas, hematológicas, reumatológicas, endocrinológicas, infecciosas ou neoplásicas) se terão alguma associação com essa infecção e que

durante o acompanhamento atual do paciente levaram a qualquer intervenção, no âmbito do Sistema Único de Saúde, levando-se em consideração as diferentes necessidades desses pacientes e seus graus de complexidade.

A realização deste estudo é relevante, pois não há dados epidemiológicos na determinação do perfil das hepatites B e C dos indivíduos atendidos no HUGG. Os dados epidemiológicos constituem uma ferramenta imprescindível para a determinação do risco de infecção e perfil dos pacientes infectados, possibilitando a implementação de medidas no cuidado do indivíduo com hepatites B e C, com progressão da doença e comorbidades.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar uma proposta do projeto terapêutico institucional para pessoas que vivem com hepatites B e C atendidas no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico de pessoas que vivem com hepatites B e C.
- Análise o itinerário de pessoas que vivem com hepatites B e C no HUGG.
- Propor uma modelo piloto do projeto terapêutico institucional para pessoas que vivem com hepatites B e C atendidas no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

A preocupação em relação às hepatites B e C e a mobilização para a luta contra ela são mundiais. A estratégia global do setor Saúde para Hepatites Virais, da Organização Mundial da Saúde (OMS), endossada pelo Brasil, adota iniciativas voltadas ao controle desse agravo, para atingir os objetivos até 2030 (Organização Pan-Americana de Saúde, 2019).

O intuito é reduzir em 90% as novas infecções por hepatites virais e em 65% as mortes, no período de 2016 a 2030. A estratégia aborda todos os vírus da hepatite (A, B, C, D, E), com um foco particular nas Hepatites B e C, pertencentes às famílias Hepadnaviridae e Flaviviridae, devido às características epidemiológicas, potencial para complicações e a carga relativa de saúde pública que representam. (Oliveira *et al.*, 2020; Organização Pan-Americana de Saúde, 2019; Timóteo *et al.*, 2020).

As hepatites B e C são a segunda maior causa de morte entre as doenças infecciosas, depois da tuberculose. Salienta-se que estas doenças são negligenciadas e estão diretamente ligadas ao nível socioeconômico de cada região. No mais, nove vezes mais pessoas são infectadas com hepatite que com o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV - *Human Immunodeficiency Virus*). A hepatite é evitável, tratável e, no caso da hepatite C, as chances de remissão da infecção são significativas (Sousa *et al.*, 2020).

Neste sentido, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações focadas em ampliar o acesso, bem como incrementar a qualidade e a capacidade instalada dos serviços de saúde. Entretanto, as principais populações-chave ainda não estão sendo adequadamente alcançadas por medidas de prevenção, testagem, tratamento e cuidados de forma integral) (Almeida *et al.*, 2019).

A terapia com Interferons teve seu início no Brasil na década de 90, e os estudos descrevem baixas e regulares taxas de resposta virológica sustentada, associadas a muitos efeitos adversos que culminavam em abandono e sucessivas interrupções do tratamento. A partir de 2001, associou-se o Interferon à Ribavirina, aumentando a resposta virológica sustentada, no entanto, mantendo a quantidade de efeitos adversos (Ferreira; Pontarolo, 2017).

Nesse aspecto, em 2015, a implantação dos antivirais de ação direta revolucionou o tratamento da Hepatite C, até então árduo e de difícil manejo. Estes fármacos agem inibindo a replicação viral e atuam em diferentes estágios do processo de replicação. Essa classe de medicamentos ocasiona um menor número de efeitos adversos, com consequente diminuição das taxas de interrupção e abandono. Além disso, resulta em alta efetividade terapêutica, ou seja, resposta virológica sustentada (Medeiros *et al.*, 2020).

Em 2009, foram incorporados simultaneamente o Adeforvir, o Entecavir e o Tenofovir, resultando em melhor custo-efetividade no uso da terapêutica. Ademais, recomendou-se o uso de associações medicamentosas em casos de resistência viral (Brasil, 2019a).

Buscando simplificar o arsenal para o tratamento da hepatite B, amplia a indicação de uso do Tenofovir e do Entecavir por apresentarem maior eficácia e barreira genética e introduziu o uso da Alfapeguinterferona, uma citocina com ação antiviral e imunomoduladora, conferindo maior facilidade posológica e menos efeitos adversos (Brasil, 2023).

Está em estudo uma vacina terapêutica para a Hepatite B (NASVAC), a qual proporciona esperança aos acometidos cronicamente pelo agravo, prometendo a sua cura funcional. Ao saber, um estudo acompanhou 71 indivíduos durante 18 meses e os pesquisadores concluíram que a vacina é segura e eficaz para alcançar a cura funcional em pacientes com Hepatite B crônica (Yoshida *et al.*, 2020).

Diante da importância dessa temática, o Ministério da Saúde lançou, em 2020, um painel informativo sobre o tratamento das hepatites. Em 2019, 37 mil pessoas estavam em tratamento para a Hepatite B e 36 mil pessoas trataram a Hepatite C. Desse modo, esforços são somados e o combate às hepatites B e C constitui prioridade pactuada entre as entidades representantes do Ministério da Saúde, vislumbrando constante revisão das estratégias empregadas nas políticas de saúde (Brasil, 2020b).

No período de 2010 a 2014, as taxas de hepatite B apresentaram discreta tendência de queda anual até 2019, com diminuição importante nas notificações no último ano, chegando a 2,9/100 mil habitantes. As taxas de detecção de hepatite C eram menores que as de hepatite B até 2015, ano que houve a mudança na definição de caso de hepatite C, para fins de vigilância epidemiológica, e, a partir de então, tornaram-se maiores que as de hepatite B. Todavia, também se observa uma

queda importante da taxa de detecção da hepatite C em 2020, devido à diminuição das notificações de casos (Brasil, 2021).

Segundo Novaes, propôs-se, com esta revisão, investigar a produção científica nacional sobre as estratégias de controle e tratamento das HV, publicada no período de 1998 a 2019. Mediante a relevância dessa problemática, buscou-se elucidar de que maneira essas iniciativas têm sido abordadas e retratadas na literatura. Houve a necessidade da compreensão das estratégias para o enfrentamento das Hepatites B e C propostas pelo MS a partir de 1998, consideradas nesta revisão, haja vista que a quantidade de estudos produzidos foi maior de 2010 a 2013 e de 2014 a 2018. Destaca-se que, nesse período, houve a introdução dos antivirais de ação direta, os quais proporcionaram grandes ganhos em qualidade de vida e eficácia do tratamento, devido à diminuição significativa de eventos adversos e a melhora na resposta virológica sustentada (RVS), o que pode justificar uma maior produção científica (Novaes *et al.*, 2021).

O Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis evidencia um número expressivo de publicações sobre a segurança e a efetividade dos fármacos utilizados para o tratamento da Hepatite C. Foram detectadas, entre outros fatores, a eficácia e a durabilidade da resposta viral sustentada, o que vai de encontro para o biênio 2019-2020 (Brasil, 2020a).

Denota-se uma fragilidade de pesquisas voltadas para as Práticas Baseadas em Evidências (PBE) nesse cenário. O conceito de PBE busca agregar melhor conhecimento científico, aliado à experiência clínica e a escolha do paciente. Trata-se de uma prática fundamental na área da saúde. Cabe destacar que, na enfermagem, essa iniciativa otimiza a sistematização da assistência, possibilitando a promoção de um cuidado fundamentado, seguro e livre de danos (Schneider; Pereira; Ferraz, 2018).

Visando fortalecer as PBE, o Brasil aderiu à campanha de amplitude Internacional intitulada “*Nursing Now*”, uma iniciativa da OMS e do Conselho Internacional de Enfermeiros, em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que intenta fortalecer e valorizar os profissionais de enfermagem no enfrentamento dos desafios de saúde do século XXI.

Nessa perspectiva e partindo-se da premissa de que existem múltiplos fatores para a ocorrência das hepatites B e C no Brasil, torna-se necessário elucidar

de que maneira esses movimentos têm sido suficientemente abordados e investigados.

5.1.1 Hepatite B

A infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) é muito comum e representa um grave problema de saúde pública, no Brasil e no mundo, devido à sua elevada morbidade e mortalidade (Brasil, 2023).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 257 milhões (3,5% da população global) o número de pessoas vivendo com infecção crônica pelo HBV e em 900 mil o número de mortes causadas por esse vírus em 2015. Os óbitos pelo HBV ocorrem, principalmente, devido à cirrose e ao carcinoma hepatocelular (CHC), com uma proporção atribuída à coinfeção com o vírus da hepatite D ou Delta (HDV).

No Brasil, o Ministério da Saúde, estima que cerca de 0,52% da população viva com infecção crônica pelo HBV, o que corresponde a aproximadamente 1,1 milhão de pessoas. As taxas de detecção de hepatite B apresentaram pouca variação nos últimos dez anos, atingindo 6,3 casos para cada 100 mil habitantes em 2019. Entretanto, quando analisadas as faixas etárias abaixo de 40 anos, observa-se um declínio nas taxas de detecção, o que pode ser atribuído, em parte, à introdução da vacinação para crianças a partir da década de 1990. Além disso, em 2020 e 2021, respectivamente, a taxa de detecção na população geral caiu para 3,8 e 3,4 casos a cada 100 mil habitantes no país, a menor do período em análise. Esses dados sugerem relação com a pandemia de covid-19, que teve forte impacto na organização dos serviços de saúde e no acesso a ações de rotina, como a realização de testes e exames para detecção da infecção. Muitas pessoas infectadas pelo HBV desconhecem seu diagnóstico, o que dificulta a interrupção da cadeia de transmissão. Além da ampliação do acesso à testagem, é importante que a população e os profissionais de saúde conheçam as principais formas de transmissão da doença, a fim de evitar exposições de risco, e que a comunidade seja corretamente orientada em relação às medidas de prevenção. A hepatite B é transmitida sexualmente e por contato com sangue contaminado (via parenteral, percutânea e vertical) (Brasil, 2023).

No Brasil, as principais vias de transmissão do HBV são: relações sexuais sem preservativo com uma pessoa infectada; da mãe infectada para o bebê, durante a gestação ou o parto; compartilhamento de seringas, agulhas e outros materiais para uso de drogas (ex.: cachimbos, canudos); compartilhamento de materiais de higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam); confecção de tatuagens, colocação de piercings e procedimentos odontológicos, cirúrgicos, médicos e de hemodiálise, quando as normas de biossegurança não são atendidas de maneira adequada; contato próximo de pessoa a pessoa (presumivelmente por cortes, feridas e soluções de continuidade); e transfusões de sangue (mais relacionadas ao período anterior a 1993) (Brasil, 2023).

Em 2016, a Organização Mundial de Saúde lançou uma estratégia global para a eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030, visando a redução das novas infecções em 90% e da mortalidade atribuída às hepatites virais em 65%. Para tal, em relação à hepatite B, a Organização Mundial de Saúde definiu as metas que estabelecem alcançar uma taxa de cobertura vacinal de 90% em menores de 1 ano, incluindo a dose ao nascimento (aplicada preferencialmente em até 12 horas); diagnosticar 90% das pessoas vivendo com HBV; e manter sob tratamento 80% das pessoas diagnosticadas que tenham indicação de tratamento.

O HBV possui elevado potencial de causar infecções - cerca de dez vezes superior ao vírus da hepatite C (HCV) e 100 vezes superior ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), quando considerado o risco de transmissão por exposição percutânea ocupacional. Além disso, o HBV pode se manter infectante em superfícies por até uma semana em sangue seco à temperatura ambiente, o que contribui para a transmissão em ambientes relacionados à assistência à saúde, como serviços de hemodiálise. O risco de cronificação da infecção pelo HBV é inversamente proporcional à faixa etária de exposição ao vírus, variando de 90% em recém-nascidos a menos de 5% em adultos imunocompetentes. Ademais, a cronificação é mais frequente em indivíduos imunocomprometidos. A hepatite B crônica progride para cirrose e outras complicações de doença hepática terminal em cerca de 20% a 25% dos indivíduos infectados. A incidência anual de Carcinoma Hepatocelular (CHC) é estimada em menos de 0,6% em não cirróticos e de 2% a 3%

naqueles com cirrose. Finalmente, pacientes cirróticos apresentam uma taxa anual de progressão para descompensação hepática estimada em 3% (Brasil, 2023).

A Portaria SECTICS/MS Nº 25, de 18 de maio de 2023, tornou pública a decisão de atualizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B (PCDT) e Coinfecções. A atualização do PCDT de Hepatite B e Coinfecções é uma medida que cumpre o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, com destaque para as orientações previstas no artigo 26, que versa sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) de atualizar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Ademais, tendo em vista o objetivo da eliminação das hepatites virais até 2030, a modernização das condutas inerentes à linha de cuidado contribui para a simplificação das ações de prevenção, rastreamento, acesso ao diagnóstico e ao tratamento e de seguimento da hepatite B (Brasil, 2023).

5.1.2 Hepatite C

Anti-HCV (anticorpos contra o vírus HVC) é o marcador de triagem para a hepatite C. Indica contato prévio com o vírus, mas não define se a infecção é aguda, crônica ou se já foi curada. O diagnóstico de infecção aguda só pode ser feito com a viragem sorológica documentada, isto é, paciente inicialmente anti-HCV negativo que converte, tornando-se anti-HCV positivo e HCV-RNA positivo, detectado por técnica de biologia molecular. A infecção crônica deve ser confirmada pela pesquisa de HCV-RNA. HCV-RNA (RNA do HCV) é o primeiro marcador a aparecer entre uma a duas semanas após a infecção. É utilizado para confirmar a infecção em casos crônicos, monitorar a resposta ao tratamento e confirmar resultados sorológicos indeterminados, em especial em pacientes imunossuprimidos (Gomes *et al.*, 2020).

Apesar das múltiplas tentativas, ainda não há vacina contra a hepatite C, e tampouco uma profilaxia eficaz pós-exposição. A redução da infecção (e das doenças a ela relacionadas) requer a implementação de atividades de prevenção primárias e secundárias. As primeiras, para reduzir a incidência da infecção; as secundárias, para diminuir o risco de hepatopatia e de outras doenças entre os portadores do VHC (Nunes *et al.*, 2017).

5.2 EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL

5.2.1 Hepatite B

O vírus da hepatite B está classificada na família HepaDNA. Devido à sua alta especificidade, o VHB infecta o homem, que constitui o reservatório natural. O risco de desenvolver doença aguda icterica aumenta com a idade do paciente, inversamente à possibilidade de cronificação (Bandeira *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2021) estima que cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo já tiveram contato com o vírus da hepatite B (VHB), e que 325 milhões se tornaram portadores crônicos. Em termos mundiais, as taxas de prevalência da hepatite B variam amplamente, de 0,1% a taxas superiores a 30%, como as verificadas em países asiáticos (Brasil, 2021).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2021) considera que muitos indivíduos infectados são assintomáticos e que as infecções sintomáticas são insuficientemente notificadas, a frequência da hepatite B é, certamente, ainda subestimada (Brasil, 2021).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2021) estima que, no Brasil, pelo menos 15% da população já teve em contato com o vírus da hepatite B e que 1% da população apresenta doença crônica relacionada a este vírus. O conhecimento adequado sobre a frequência do vírus B e a implementação de estratégias indicadas para a sua prevenção exigem métodos complexos de vigilância epidemiológica. Além da prevalência geral na população, devem ser avaliados os indivíduos que constituem grupo de risco, e, ainda, aqueles que apresentam diferentes condições patológicas, tais como: infecção perinatal, hepatites agudas e crônicas, portadores assintomáticos do vírus B, cirróticos e pacientes com carcinoma hepatocelular (Brasil, 2021).

A hepatite B apresenta um importante impacto na saúde pública, uma vez que constitui a segunda maior causa de óbitos entre as hepatites virais, além de estar relacionada à morbidade e à diminuição da qualidade de vida dos indivíduos. Essas informações reforçam a necessidade de melhorar e fortalecer as estratégias de prevenção da doença, especialmente por meio da vacinação, que é considerada pelo MS uma prioridade para prevenir a doença. A saber, a vacina contra a Hepatite B foi implantada no Brasil a partir de 1997 e, até então, era destinada a profissionais

da área da saúde e a pessoas menores de 20 anos de idade. A partir do ano de 2000, passou a compor o calendário básico de vacinação. Ressalta-se que tomar a vacina não necessariamente garante a imunização, visto que até 10% da população não irá produzir anticorpos contra o HBV, sendo, pois, necessária a realização de exames após a vacinação (Neto *et al.*, 2020).

5.2.2 Hepatite C

Embora o vírus C (VHC) seja transmitido por contato direto, percutâneo ou por meio de sangue contaminado, em percentual significativo de casos não se identifica a via de infecção. Pertencente ao gênero Hepacivírus da família Flaviridae, seu genoma é constituído por uma fita simples de RNA. Há uma grande variedade na sequência genômica do VHC. Os diferentes genótipos foram reunidos em seis grupos principais e vários subtipos. Há uma distribuição geográfica diferenciada em relação aos genótipos do VHC. No Brasil, os mais frequentes são: 1, 2 e 3 (Brasil, 2021).

5.3 NECESSIDADES DE SAÚDE DOS PACIENTES PORTADORES DE HEPATITES B E C

O ponto de partida é a definição do termo apresentada pelo vocabulário estruturado utilizado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Saúde (BIREME), o Descritor em Ciências da SAÚDE (DeCS). No DeCS o termo “necessidade de saúde” é caracterizado como a identificação sistemática das necessidades de uma população ou a avaliação dos indivíduos para determinar o nível mais adequado das necessidades de serviço.

O autor define dois tipos de necessidades: as consideradas naturais, por se tratar da conservação da vida e por estarem atreladas às demandas de sobrevivência; e aquelas que são necessárias, que são determinadas por questões sociais, como o ato de estar ou ser livre e ser independente para suas tomadas de decisão. Isso determina que nem todas as necessidades refletem carência de algo, visto que elas representariam a construção social das relações humanas. Tendo

como base o que é necessidade, há uma definição de necessidades em saúde como social historicamente determinadas e situadas entre natureza e cultura, ou seja, não dizem respeito somente à conservação da vida, mas a realização de um projeto em que o indivíduo, ponte entre o particular e o genérico, progressivamente se humaniza. As necessidades em saúde não são apenas médicas nem problemas de saúde (como doenças, sofrimentos ou riscos), mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades, expressos no que é necessário para se ter saúde e no que envolve condições necessárias para o gozo da vida (Freitas; Flores; Camargo Jr., 2022).

Cabe destacar que a reflexão em torno do que se entende por necessidades de saúde passa por uma compreensão mais ampla dos processos de cuidado de cada indivíduo dentro do contexto de uma determinada enfermidade. Nesse sentido, é preciso considerar, portanto, características intrínsecas ao modo de vida do indivíduo, estando relacionado ou não com a sua doença. Faz-se necessário, portanto, compreender a definição de saúde, de doença, entender as demandas do campo e diferenciar as necessidades individuais daquelas que são intrínsecas ao contexto coletivo. Trata-se de processos concomitantes, por exemplo, critica a ideia de que doença seria a ausência de saúde; e saúde, portanto, seria a ausência de doença. Essa tautologia pouco avança na compreensão do fenômeno, além de não considerar os diversos fatores que incidem sobre o desenvolvimento de um quadro de adoecimento pelo indivíduo. Dentre esses fatores, é possível listar alguns: acesso às tecnologias de saúde, aos medicamentos, aos serviços de saúde, compreensão do processo de adoecimento do próprio corpo. E é relevante considerar as questões que envolvem as condições socioeconômicas. Ao criticar essa visão, o autor propõe como alternativa o conceito de normatividade, que seria a capacidade do indivíduo em recriar normas baseadas nas suas condições de saúde (Slomp Junior *et al.*, 2022).

A doença destaca que “A saúde e a doença são, porém, distribuídas desigualmente entre os indivíduos, as classes e os povos”. Visto que dependendo do lugar, cargo ou posição social que o indivíduo ocupa certas manifestações no corpo podem ser consideradas como doença ou não. Em alguns casos, é possível observar a negação da doença, ignorando sinais e sintomas que o corpo expressa. Ao analisar o que abrange a expressão “necessidade de saúde”, salienta que no âmbito da biomedicina a definição de doença consistiria em algo que fosse

compatível com um léxico validado no campo da biologia, ou seja, explicada através do uso de expressões como “moléculas, células, mecanismos, causas e efeitos”. O autor recorda que, ao longo da história e evolução da medicina, um vocabulário estruturado de doenças - organizado pela Classificação Internacional de Doenças (CID) -, vem sendo progressivamente articulado e revisto, indicando que a produção de conhecimento sobre “doenças” estaria em constante transformação refletida na criação e aperfeiçoamento desta taxonomia (Camargo Jr., 2018).

Nesse contexto é imperativo destacar que as necessidades que as necessidades que o corpo humano emite não são somente aquelas debruçadas ao corpo físico em si, mas, acima de tudo, estão presentes no itinerário terapêutico traçado pelo indivíduo. Por muitas vezes, o caminho trilhado por ele dirá mais sobre seu corpo do que sua própria aparência ou resultado de exames solicitados. Suas escolhas como trabalhador, ser social, emocional, espiritual e financeiro delineiam traços capazes de conduzir ao desenho de suas demandas (Freitas; Flores; Camargo Jr., 2022).

Com base nisso, as necessidades de saúde se ampliam e ganham forças para uma análise que ultrapasse os aspectos biomédicos. A escuta do usuário permite moldar as reais demandas do seu processo de cuidado e permite atender as principais necessidades por intermédio de uma reconfiguração do serviço e sua forma de se relacionar com o mesmo. Este autor alerta para o risco de assumimos uma “definição positiva” de saúde como norteadora, tendo em vista que isso pode levar a uma generalização da ideia de saúde que avança para uma medicalização extrema da população e incide sobre políticas públicas, uma vez que ao considerar “tudo” como saúde, entendendo que inúmeros fatores influenciam na busca por uma vida saudável, incorre-se ao risco de desvios de recursos que seriam aplicados na saúde e são redirecionados para atender as demandas que seriam de responsabilidade de outro setor, ou ainda de investir em tratamentos populares, que embora tenham importância cultural são comprovadamente inócuos, do ponto de vista técnico-científico (Camargo Jr., 2018).

Isso incide diretamente na definição das necessidades e no modo como elas são manejadas. Reitera a necessidade de reconhecer que há um arcabouço de profissionais no campo da saúde com diferentes expertises para contribuir nessa distinção, e que só através da colaboração e compartilhamento dessas noções é

que o debate pode avançar para caminhos que visam um melhor atendimento das demandas dos usuários (Camargo Jr., 2018).

A inovação como ferramenta estratégica para o desenvolvimento social tem recebido, gradativamente, especial atenção nas mais diversas áreas do conhecimento. A mesma diz respeito à implementação de ideias que resultam na introdução de novos serviços, métodos, técnicas, sistemas de gestão e outros. (Relvas; Ramos, 2021).

Neste sentido, a inovação é um determinante indispensável para o desenvolvimento socioeconômico de um país e, por isso, estimulada pelas agências de fomento nacionais e internacionais. Requer-se, além da invenção, recursos e habilidades para produzir aplicáveis centrados nas necessidades de saúde dos usuários e que possam ser sustentados a longo prazo, no sentido de agregar valor individual e coletivo (Granstrand; Holgerssonb, 2019).

O usuário é, aqui, apreendido à luz de referenciais sistêmicos, como sujeito ativo e participativo na produção de saúde. E, a saúde, como sistema dinâmico, singular e auto organizador, interligada aos diferentes sistemas sociais que buscam promover o viver saudável de indivíduos, famílias e comunidades (Backes *et al.*, 2016).

A capacidade de empoderar o usuário como protagonista para o alcance das soluções criativas e colegiadas em relação aos problemas previamente identificados. Deseja-se com esse pensar, contribuir para o empoderamento dos usuários de saúde, a fim de torna-los cada vez mais protagonistas de suas vidas e condições de saúde além de interdependentes das políticas públicas. Identificando as potencialidades, fragilidades, oportunidades e ameaças referentes ao objeto sob investigação, a fim de discutir e prospectar estratégias que satisfaçam às necessidades de saúde dos usuários (Rauen; Barbosa, 2019).

Cabe aos Estados o dever de assegurar o direito à vida dos indivíduos, o que, em termos de operacionalidade se constitui na formulação das políticas sociais. Especialmente sobre o direito à vida, como um direito social, disposto no art. 6 da Constituição Federal de 1988, seus moldes se conformam sob a lógica de uma atenção integral, que, em primazia, deveria ser para todos (Brasil, 1990, art. 6).

Vale ressaltar a magnitude do Sistema Único de Saúde como uma política pública inclusiva no Brasil, mediante a diminuição das desigualdades de acesso à saúde. No entanto, esse sistema é um processo social em construção

interdependente de uma efetiva participação popular, para melhorias na atenção com acesso qualificado pela acessibilidade às ações e aos serviços do SUS, conforme necessidade de cada usuário e da coletividade (Duarte *et al.*, 2021).

As investigações epidemiológicas limitadas especulam a associação entre a exposição ambiental à toxina e o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular em regiões endêmicas. Conforme Melaram (2021), o carcinoma hepatocelular, uma causa regular de morte por câncer em todo o mundo, continua a crescer em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Aqui, a exposição ambiental constitui um perigo para a saúde pública devido ao aumento do uso de pesticidas organoclorados em ambientes ocupacionais, alimentos básicos perpetuamente contaminados com aflatoxina B1 e presença contínua de microcistinas hepatóxicas em água potável. (Melaram, 2021).

Apesar dos avanços no desenvolvimento das vacinas e dos antivirais, a doença hepática representa um fardo significativo para a sociedade pelo grave comprometimento hepático relacionada ao álcool, lesão hepática induzida por drogas, infecções pelo vírus da hepatite B e C, câncer de fígado, cirrose hepática e doença hepática gordurosa não alcoólica com evidências recentes indicam toxinas ambientais (pesticidas organoclorados, aflatoxinas, microcistinas) contribuem para a doença hepática (Melaram, 2021).

Essas comorbidades podem conduzir ao agravamento do quadro de saúde dos pacientes. Os portadores de Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico apresentam risco aumentado de aquisição do vírus da Hepatite C e Hepatite B. A cronicidade da doença e o potencial evolutivo para cirrose e hepatocarcinoma, fazem com que a patologia se constitua em um grave problema em saúde pública. A patologia associada mais frequente foi glomerulonefrite crônica e hipertensão arterial (Corrêa *et al.*, 2011).

A obesidade é doença epidêmica e crônica que pode trazer outras comorbidades ao paciente. A doença hepática gordurosa não alcoólica pode evoluir para hepatite e hepatocarcinoma estando estreitamente correlacionada com a síndrome metabólica, especialmente com a diabetes *mellitus* tipo 2 e dislipidemia (Barros, 2019).

Esta constatação sugere que a alta incidência de esteatose hepática na população de pacientes obesos está provavelmente relacionada à síndrome metabólica (Barros, 2019).

5.4 COMORBIDADES ASSOCIADAS ÀS HEPATITES B E C

Conviver com as hepatites B e C implicam as complexas e diversas necessidades que devem ser consideradas associadas às comorbidades, à estruturação da resposta nacional e à atenção à saúde, dentre elas: urticária crônica espontânea, doença hepática não gordurosa alcoólica, esteatose hepática, infecções HCV em crianças, carcinoma hepatocelular e coinfeções HIV e hepatites B e C (Duarte *et al.*, 2021).

5.4.1 Urticária Crônica Espontânea

A Urticária crônica espontânea (UCE), uma doença causada por mastócitos que dura mais de 6 semanas e vários anos em média, ocorre em 0,5% - 1% da população, especialmente em pacientes do sexo feminino de meia-idade. As doenças infecciosas, incluindo hepatite viral, têm sido relatadas como comorbidades relevantes. O estudo retrospectivo de prontuários eletrônicos de pacientes com suspeita de urticária induzida. Todos os pacientes foram submetidos aos testes de provocação com estímulos desencadeantes, conforme história clínica e, posteriormente, foi avaliada a resposta ao tratamento medicamentoso. Foram incluídos 191 pacientes com suspeita de urticária crônica induzida, a qual foi confirmada em 118 pacientes e 122 testes positivos (4 pacientes com 2 testes positivos diferentes). A maioria apresentava urticária demográfica (70,3%), seguida de urticária colinérgica (17,8%). Em relação ao tratamento, 28% responderam ao anti-histamínico em doses licenciadas, 34,7% em doses aumentadas e 9,3% responderam a adição de outro medicamento. A concomitância de urticária crônica induzida com urticária crônica espontânea foi encontrada em 35,3% dos pacientes sendo mais frequente no sexo feminino, com tempo mais prolongado para controle dos sintomas e maior frequência de urticária colinérgica (Pereira *et al.*, 2020).

Os vírus das hepatites B e C (HBV e HCV) são responsáveis por a maioria dos casos de hepatite viral, enquanto a maior parte da morbidade e mortalidade é causada pelas hepatites crônicas B e C. A erupção urticariforme, incluindo a (UCE), ocorre em 3% dos pacientes com HCV (Maurer; Fluhr; Khan, 2018).

Muitos poucos pacientes foram avaliados quanto aos efeitos de antivirais no tratamento de hepatite B e C em suas UCE, e dois, mas nem todos, mostraram melhoras. As infecções por hepatite B e C parecem improváveis de estarem ligadas à UCE (Pereira *et al.*, 2020).

Um total de 32 estudos independentes em um total de 5.104 pacientes com UCE em 16 países diferentes relatou a prevalência de HBC e/ou HCV. A HBC foi encontrada em 0%-30% dos pacientes com UCE (5% em 17 de 21 estudos). A HCC foi relatada em 0%-25%, 8% dos pacientes com UCE (2% em 21 de 28 estudos). HBC ou HCV foi detectado em pelo menos um paciente com UCE em 18 e 16 estudos, respectivamente. A maioria dos estudos sobre a taxa de HCV e/ou HBV foram realizadas na Turquia (n=9), Tailândia (n=3), França (n=3) e Paquistão (n=3). Os marcadores sorológicos HCV foram semelhantes em pacientes com urticária crônica em comparação com as taxas observadas na população geral turca. Pouco se sabe da prevalência de UCE em pacientes com hepatite viral. A prevalência pontual de UCE na população geral é em torno de 1% a 3% dos pacientes com HCV apresentam erupção urticariforme relatada pela maioria dos estudos. Alguns desses pacientes podem ter urticária aguda, vasculite urticariforme ou urticária crônica induzível. Em um estudo na França, nenhum dos 100 pacientes infectados pelo HCV teve urticária no momento do estudo e/ou em sua história médica pregressa (Kolkhir *et al.*, 2018).

5.4.2 Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA)

A DHGNA está fortemente associada à síndrome metabólica e é uma das comorbidades mais prevalentes em pacientes infectados pelo HBV. O papel do HBV na patogênese da DHGNA é controverso. O HBV foi previamente associado a um nível diminuído de triglicerídeos e a um papel protetor contra o desenvolvimento de esteatose e síndrome metabólica. Esse vírus apresenta um alto potencial fibrogenético e oncogenético. Na coinfeção HBV, as alterações metabólicas são iniciadas tanto pela disfunção mitocondrial quanto pela sobrecarga gordurosa do fígado, dois mecanismos interligados. A evolução da DHGNA é ainda perpetuada pela resposta inflamatória a esses agentes virais e pela toxicidade variável da terapia antirretroviral (Tavares *et al.*, 2022).

A DHGNA engloba um espectro de alterações patológicas induzidas pelo acúmulo de gordura no parênquima hepático, na ausência do consumo de álcool. Do ponto de vista histopatológico, a DHGNA progride do simples acúmulo de gordura (esteatose) para inflamação do fígado (esteato-hepatite não alcoólica) e para fibrose hepática, potencialmente levando ao carcinoma hepatocelular (Tavares *et al.*, 2022).

A evolução da DHGNA é agravada ainda mais pelas infecções por HBV, como resultado da resposta inflamatória intra-hepática e desequilíbrios metabólicos desencadeados pelo vírus. As alterações patológicas por trás desses eventos consistem na capacidade do vírus de controlar simultaneamente as principais enzimas necessárias para a replicação viral e os fatores de transcrição envolvidos nos processos metabólicos. A replicação viral do HBV, assim como a resposta inflamatória e a deposição de gordura no fígado contribuem para a toxicidade mitocondrial hepática, um dos principais mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento da DHGNA (Tavares *et al.*, 2022).

A coinfeção HIV/HBV promove lesões hepáticas durante a DHGNA por meio de vários mecanismos desencadeados por sua replicação persistente, resposta inflamatória aumentada e interferência metabólica. A toxicidade da terapia antirretroviral também pode contribuir para a DHGNA. Assim, a prevalência de DHGNA em pacientes infectados pelo HBV é estimada em 31,4%, enquanto os pacientes coinfectados com HIV/HBV também apresentam uma prevalência menor de apenas 30%. Por outro lado, pacientes coinfectados HIV/HBV apresentam um risco maior de fibrose hepática de 37-40% e exibem uma progressão mais rápida para cirrose hepática (Tavares *et al.*, 2022).

O HBV promove principalmente esteatose hepática, bem como fibrose hepática e carcinogênese, mas está mesmo associado a alterações inflamatórias hepáticas. O fígado contém uma grande variedade de células através das quais desempenha um papel complexo no metabolismo glicolipídico, excreção de drogas e resposta imune (Tavares *et al.*, 2022).

A DHGNA em pacientes coinfectados por HIV/HBV pode ter uma gravidade alta devido ao potencial dos dois vírus de se replicar e induzir uma resposta inflamatória. Além disso, o HIV e o HBV desempenham um papel importante na interrupção do metabolismo glicolipídico e na comunicação do fígado através do desequilíbrio das hepatocinas e adipocinas. Os dois vírus atuam de forma complementar e desempenham um papel aditivo no surgimento e progressão da

DHGNA. Ao mesmo tempo, a TARV agrava o contexto metabólico induzido pelos dois vírus, através do efeito tóxico nas mitocôndrias e do desenvolvimento da lipodistofia (Tavares *et al.*, 2022).

A principal causa de doença hepática crônica, afetando aproximadamente 25% da população mundial. Atualmente, a prevalência de DHNAC na Ásia é de aproximadamente 30%, como é o caso em muitos países ocidentais. Na Ásia, a prevalência e a apresentação da DHGNA variam amplamente entre as regiões devido à diversidade substancial de raça, status socioeconômico e ambiente de vida. Além disso, a dupla etiologia do fígado gorduroso, particularmente com a hepatite viral na Ásia, torna o tratamento complexo e desafiador (Nakatsuka; Tateishi; Koike, 2022).

O HBV tem sido visto como um “vírus metabólico” com múltiplas interferências metabólicas. Ainda assim, a correlação entre o HBV e as alterações metabólicas na patogênese da DHGNA permanece incerta (Rezende *et al.*, 2021).

5.5 ESTEATOSE HEPÁTICA

Anormalidades no metabolismo lipídico no fígado são características bem conhecidas da hepatite C crônica. De fato, a esteatose hepática geralmente ocorre em aproximadamente 50% dos pacientes com infecção pelo HCV, e a esteato-hepatite foi documentada em 4%-10% dos indivíduos infectados pelo HCV (Nakatsuka; Tateishi; Koike, 2022).

A esteatose hepática associada ao HCV contribui para a progressão da fibrose hepática subjacente e afeta significativamente a progressão da doença hepática e a resposta terapêutica. Apesar de inúmeras ligações cruzadas encontradas entre a infecção pelo HBV e o fígado gorduroso, o impacto da esteatose hepática na história natural do HBV permanece discutível. Foi observada uma relação inversa entre o DNA do HBV sérico e a esteatose hepática, e a esteatose hepática moderada a grave foi associada a uma maior probabilidade de *seroclearance* do HBsAg (Nakatsuka; Tateishi; Koike, 2022).

Por outro lado, a esteatose hepática grave foi associada à fibrose hepática grave em pacientes com HCV, e qualquer grau de esteatose hepática foi associado à progressão da fibrose em pacientes com HCV (Nakatsuka; Tateishi; Koike, 2022).

A esteatose deve ser tratada como uma doença multissistêmica e o objetivo final do tratamento é prevenir complicações relacionadas ao fígado e danos extra-hepáticos. Além de contribuir para várias complicações sistêmicas, como doenças cardiovasculares e câncer extra-hepático, devido a sua estreita associação com distúrbios metabólicos (Silva *et al.*, 2021).

Os objetivos do tratamento do HCV são múltiplos. A primeira é prevenir as complicações da doença hepática relacionada ao HVC, ou seja, cirrose e insuficiência hepática. Em segundo lugar, o tratamento pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes com infecção crônica e remover o estigma social de ser HCV positivo (Nicastro *et al.*, 2021).

Finalmente, o tratamento eficaz para eliminação do HCV também previne a transmissão da infecção, que visa a eliminação global do HCV. O excelente perfil de eficácia e segurança da terapia antiviral para pacientes com doença hepática avançada e para aqueles em lista de espera para transplante de fígado, levando a uma notável melhora clínica, evitando a infecção do enxerto e até mesmo permitindo a exclusão de até um terço dos pacientes (Nicastro *et al.*, 2021).

Semelhante ao HCV, as infecções por HBV na infância ocorrem principalmente por transmissão de mãe para filho. Em países altamente endêmicos, até um terço das transmissões de incidentes de HBV são horizontais, causadas por contatos de criança para criança, domiciliares ou intrafamiliares (Silva *et al.*, 2021).

A maior preocupação em crianças com infecção crônica pediátrica por HBV é o risco de cirrose, sendo que o objetivo final a longo prazo é alcançar a supressão viral sustentada, seja como resultado do controle imunológico ou com o uso de drogas antivirais (Nicastro *et al.*, 2021).

Para a infecção pelo HBV, estudos de coorte recentes esclareceram que vários fatores, incluindo o fenótipo do hospedeiro imune, o genótipo viral e a etnia, contribuem para o controle espontâneo. Novos fármacos em desenvolvimento para o tratamento do HBV, atuando principalmente promovendo a quebra de tolerância (Nicastro *et al.*, 2021).

5.5.1 Carcinoma Hepatocelular

O carcinoma hepatocelular, uma causa regular de morte por câncer em todo o mundo, continua a crescer em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A doença hepática é uma doença multifatorial de fatores identificados, incluindo o consumo de álcool, tabagismo e infecções pelos vírus da hepatite B e C. Investigações epidemiológicas limitadas especulam a associação entre a exposição ambiental à toxina e o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular em regiões endêmicas (Melaram, 2021).

O câncer hepático é a terceira malignidade mais diagnosticada no mundo, considerada uma das principais causas de óbitos. O tratamento consiste em cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Todavia, apesar dos avanços no tratamento, o prognóstico nos casos de tumores metastáticos permanece reservado (Castoldi *et al.*, 2020).

Marcadores minimamente invasivos sanguíneos ganharam importância devido à facilidade para triagem e monitoramento de pacientes. O antígeno carcinoembrionário (CEA) é o mais usado, porém sua elevação sérica pode sugerir, mas não confirmar o diagnóstico ou metástase do câncer (Castoldi *et al.*, 2020).

Dados norte-americanos mostram sobrevida em cinco anos de 88,1% e 12,6% para os estádios I e IV da doença, respectivamente. Considerando o exposto acima, a avaliação da expressão por imunoistoquímica das proteínas OPN e ABCB5 em tecido pode auxiliar no melhor prognóstico e detecção desses tumores. Estratégias diagnósticas e terapêuticas são necessárias, o que exige maior compreensão dos mecanismos moleculares e utilização de biomarcadores com a finalidade de melhorar o prognóstico através da detecção precoce destes tumores (Castoldi *et al.*, 2020).

Atualmente, o tratamento se baseia em uma abordagem multidisciplinar e multimodal. O melhor fator prognóstico nos portadores de metástase hepática é a possibilidade de ressecção cirúrgica com margens livres. Neste contexto, a hepatectomia se tornou o principal pilar no tratamento, possibilitando sobrevida global entre 30-55% em cinco anos e 20-25% em 10 anos. Várias estratégias têm sido utilizadas para ampliar a possibilidade de ressecção com remanescente, tais como técnica de preservação do parênquima, embolização da veia porta, ressecção hepática em dois tempos e o ALLPS (*“Associating Liver Partition and Portal Vein*

Ligation for Staged Hepatectomy”). No entanto, mesmo utilizando estas estratégias, a maioria dos pacientes permanecem irressecáveis do ponto de vista funcional ou anatômico (Ernani *et al.*, 2021).

A intervenção comportamental e a vacinação mostraram reduzir a incidência de câncer de fígado. Universalmente, a disponibilidade da vacina HBV resultou em menos infecções. Da mesma forma, o desenvolvimento de uma vacina contra o HCV é fundamental para o controle e eliminação global do HCV (Melaram, 2021).

5.6 COINFEÇÃO HIV E HEPATITES B E C

Comorbidades na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana são de grande interesse devido à associação com desfechos desfavoráveis e falhas na terapia antirretroviral (Leoni *et al.*, 2018).

Anos após a descoberta do vírus da imunodeficiência humana (HIV), é evidente que tivemos avanços progressos. De uma doença mal compreendida, em grande parte fatal, tornou-se uma condição crônica tratável com, pelo menos no mundo ocidental, um potencial para uma expectativa de vida normal (Leoni *et al.*, 2018).

Em um estudo que avaliou a prevalência de coinfeção entre o vírus da imunodeficiência humana e hepatites B e C, em uma área endêmica de hepatite B, na Amazônia Ocidental. Marcadores sorológicos para o vírus da hepatite B e vírus da hepatite C foram testados em uma de pacientes referenciados para o tratamento em ambulatório para pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência ou síndrome da imunodeficiência adquirida. As variáveis como sexo, idade, origem e categoria de exposição, foram obtidas dos prontuários médicos e do banco de dados da Coordenação Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Entre os 704 indivíduos incluídos, a prevalência de portador crônico do vírus da hepatite B foi 6,4% e de infecção passada 40,2%. O vírus da hepatite B esteve associado com o local de nascimento em áreas hiperendêmicas da Amazônia, sexo masculino e uso de drogas ilícitas. A prevalência da hepatite C foi 5%, estando associada com uso de drogas ilícitas. A prevalência dos vírus da hepatite B e C, entre indivíduos vivendo com o vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida na Amazônia ocidental, foi mais baixa que as observadas em estudos com

populações de outras regiões. Provavelmente, estes resultados estão associados à epidemiologia local destes vírus, e ao grau de superposição dos fatores de risco associados à infecção na população estudada (Braga; Cardoso; Segurado, 2007).

Estudos epidemiológicos que são conduzidos em regiões específicas do Brasil são de extrema importância, visto que há uma disparidade em questões socioeconômicas nas diversas cidades e regiões do país. Evidências demonstram que estes fatores são relevantes nas estimativas e na determinação de populações de risco, onde se deve empregar intervenções adequadas e específicas com o intuito de promover a conscientização da saúde (Freire *et al.*, 2021).

As infecções sexualmente transmissíveis, de maneira geral, podem provocar importantes implicações na saúde dos indivíduos afetados, comprometendo diferentes órgãos e tecidos alvos. Também promovem um desequilíbrio na resposta imunológica, podendo levar a produção não homeostática de citocinas, alteração na expressão de receptores celulares e modificação na resposta celular promovida pelos agentes infecciosos. Em relação ao HIV, é de suma importância o diagnóstico precoce visto que o vírus tem preferência por infectar células do sistema imune, levando a quadros de imunodeficiência importantes (Freire *et al.*, 2021).

As oportunidades de avaliar a prevenção da hepatite C e B, através de medidas de redução de danos e programa de vacinação em indivíduos vivendo com vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida (Freire *et al.*, 2021).

5.7 MANIFESTAÇÕES EXTRA-HEPÁTICAS DA INFECÇÃO PELO HBV

Entre 1% e 10% dos indivíduos com HBV 143 apresentam manifestações extrahepáticas da infecção, que podem ocorrer devido à deposição de imunocomplexos circulantes e à ativação do sistema complemento. Tais manifestações incluem vasculites sistêmicas, artrite, neuropatia periférica, síndrome de Guillain-Barré e acometimento cutâneo. As manifestações extra-hepáticas renais da infecção pelo HBV compreendem: glomerulonefrite membranoproliferativa, nefropatia membranosa, poliarterite nodosa, nefropatia por IgA, glomerulonefrite mesangial e amiloidose. A glomerulonefrite associada ao HBV ocorre, geralmente, em crianças do sexo masculino vivendo em regiões endêmicas para o HBV.

Costuma ser autolimitada e leve em crianças; entretanto, quando ocorre em adultos, tende a ser mais grave e progride para insuficiência renal dialítica com maior frequência. A poliarterite nodosa é uma complicação sistêmica rara e grave associada à infecção pelo HBV - cerca de 30% a 50% dos casos têm relação com o vírus. Essa vasculite causa inflamação de vasos sanguíneos de grande, médio e pequeno calibre, manifestando-se por envolvimento multissistêmica, o que inclui artrite, nefropatia, cardiopatia (pericardite, insuficiência cardíaca), hipertensão, afecções do aparelho gastrointestinal (dor aguda, sangramento) e distúrbios neurológicos e dermatológicos. Sua gravidade é variável, podendo levar à falência múltipla de órgãos e ao óbito (30% em cinco anos, se não tratada) (Brasil, 2023).

A síndrome semelhante à doença do soro pode ocorrer durante a fase aguda da infecção pelo HBV; caracteriza-se por febre, exantema e poliartralgia e/ou poliartrite. Geralmente, há remissão da icterícia; porém, esta pode persistir durante toda fase aguda. A presença de manifestação extra-hepática pode ser utilizada como critério isolado para indicação de tratamento de infecção pelo HBV, devendo-se considerar o uso de análogos alternativos (Entecavir ou Tenofovir) naqueles com acometimento renal. A alfapeginterferona está contraindicada pelo risco de piora das manifestações imunomediadas. Manifestações mais graves podem necessitar de tratamentos associados, como plasmaferese, corticoterapia ou outras terapias imunossupressoras na sua fase inicial (Brasil, 2023).

5.7.1 Cirrose Descompensada

A cirrose hepática é definida como uma importante causa de mortalidade no mundo, com 1,32 milhões de mortes ou 2,4% da mortalidade global em 2017, sendo a hepatite B responsável por quase um terço dos óbitos por cirrose. Pacientes cirróticos apresentam uma taxa anual de progressão para descompensação hepática estimada em 3%, que costuma ocorrer dentro dos primeiros cinco anos após o desenvolvimento da cirrose. Para fins práticos de classificação da cirrose, pode-se utilizar o escore de ChildTurcotte-Pugh (CTP ou Child): cirrose compensada - Child A, 5 a 6 pontos; cirrose descompensada - Child B, 7 a 9 pontos, ou Child C, $\geq$ 10 pontos. Em pacientes com cirrose compensada (Child A), a taxa de sobrevida em cinco anos é de 84% e a expectativa média de sobrevida é de dez a 13 anos; porém,

esses índices decrescem para 14% a 35% e para dois anos, respectivamente, na presença de descompensação hepática (Child B ou C). Além disso, a presença de cirrose está relacionada a um aumento do risco para hepatocarcinoma, com risco acumulado de 10% a 17% em cinco anos (Freire *et al.*, 2021).

A descompensação da cirrose é caracterizada pelo surgimento de icterícia ou pela presença de ascite, encefalopatia hepática ou sangramento de varizes em um indivíduo cirrótico. Pacientes cirróticos com altos níveis de replicação viral, demonstrados pela mensuração da carga viral, têm risco aumentado (quatro a seis vezes) de descompensação. Outros fatores de risco adicionais para progressão incluem múltiplos episódios de flares hepáticos (elevações de aminotransferase), presença de coinfeção (HDV, HCV), idade avançada, sexo masculino, gravidade da fibrose hepática no momento da avaliação e abuso de álcool. A presença de cirrose representa indicação de urgência, visando a melhoria das taxas de sobrevida. A terapia antiviral deve ser iniciada independentemente dos níveis de aminotransferase, do status do HBeAg e dos valores de HBV-DNA, objetivando a supressão viral completa no menor tempo possível, e necessita ser mantida indefinidamente (Brasil, 2023).

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite B e coinfeções (Brasil, 2023), o antiviral de primeira escolha para cirrose é, via de regra, o Entecavir (ETV), na dose de 0,5 mg/dia para cirrose compensada e 1 mg/dia para cirrose descompensada. Na situação de uso prévio de lamivudina ou de resistência conhecida a esse fármaco, a alternativa é o uso de Tenofovir, uma vez que o Tenofovir ainda não possui segurança estabelecida em pacientes cirróticos. A alfapeginterferona apresenta contraindicação absoluta para cirróticos descompensados. A acidose láctica é descrita como evento adverso raro, mas grave, e ocorre pela inibição da polimerase gama mitocondrial no fígado e nos músculos (Brasil, 2023).

Provavelmente, os pacientes com cirrose descompensada apresentam um risco maior para esse evento e demandam mais atenção, especialmente em insuficiência renal - sendo importante ajustar a dose do Etenavir ou do Tenofovir se o clearance de creatinina for inferior a 50 mL/min. Deve-se suspeitar de acidose láctica na presença de sinais e sintomas como náusea, dor abdominal, astenia, dispneia, taquicardia, taquipneia ou rebaixamento do nível de consciência. A maioria dos pacientes com cirrose descompensada (mais de 80% após um ano de

tratamento) atinge níveis indetectáveis de HBV-DNA, o que está relacionado a um menor risco para desenvolvimento de Carcinoma hepato celular. Além disso, até um terço dos casos podem ser retirados da lista de transplante devido à resposta ao tratamento (Brasil, 2023).

5.7.2 Pacientes com insuficiência renal

A infecção pelo HBV ainda é prevalente em serviços de hemodiálise e de transplante renal, conferindo significativa morbimortalidade relacionada à disfunção renal. Todos os pacientes com insuficiência renal dialítica e/ou candidatos a transplante renal devem ser rastreados para HBsAg e anti-HBc e ter sua documentação de vacinação para hepatite B verificada. Esses pacientes também possuem recomendação de testagem para anti-HBs um a dois meses após o término da vacinação. Indivíduos em terapia de substituição renal devem repetir a dosagem de anti-HBs anualmente para avaliar os níveis de soroproteção da vacina. Pacientes em hemodiálise apresentam redução dos níveis séricos de aminotransferase, sendo este um parâmetro menos fidedigno para determinar lesão hepática. Aconselha-se, portanto, avaliação especial de outros critérios para tratamento, incluindo o estadiamento hepático por elastografia, naqueles com níveis de transaminases persistentemente normais (Brasil, 2023).

5.7.3 Coinfecção HBV-HIV

Aproximadamente 5,1% dos casos detectados de infecção pelo HBV no Brasil apresentam coinfecção com o HIV. A coinfecção HBV-HIV está associada a um maior risco de cronificação do HBV, níveis mais elevados de HBV-DNA, taxa de clearance de HBeAg mais lenta, progressão acelerada da fibrose hepática e maior risco de desenvolvimento de carcinoma hepato celular, cirrose e descompensação hepática. A coinfecção com o HBV eleva o risco de mortalidade geral em 50% e aumenta em mais de três vezes as mortes relacionadas a complicações no fígado em comparação com a monoinfecção pelo HIV. Após a redução da mortalidade decorrente do HIV, em virtude da disponibilidade da terapia antiviral, a mortalidade

relacionada à hepatopatia emergiu como uma das principais causas de óbito em pessoas vivendo com hepatite. Após o diagnóstico de uma das infecções (HIV ou HBV) em um indivíduo, deve-se realizar o teste para a outra, assim como para HCV e sífilis. Os análogos nucleotídeos - como pró-fármacos de tenofovir (TDF, TAF), lamivudina (3TC) e entricitabina (FTC) - possuem boa atividade para ambos os vírus. Já o entecavir apresenta alta potência contra o HBV, mas fraca contra o HIV (Brasil, 2023).

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite B e coinfeções (Brasil, 2023) em pacientes coinfectados HBV-HIV, recomenda-se o início imediato do tratamento para ambos os vírus com contagens de linfócitos T CD4+72. Deve-se evitar a interrupção da Tarv ou a alteração do esquema antirretroviral com a retirada de tenofovir (TDF ou TAF) em indivíduos coinfectados HBV-HIV, pelo alto risco de exacerbação grave e descompensação da hepatopatia, especialmente na ausência de soroconversão do HBeAg e em indivíduos com fibrose avançada ou cirrose. O monitoramento clínico e laboratorial do HBV em indivíduos coinfectados e que estejam em supressão viral do HIV é o mesmo estabelecido para pacientes monoinfectados. Nas situações de falha virológica para o HIV, recomenda-se o monitoramento mais frequente da função hepática. Todos os indivíduos coinfectados HBV-HIV têm indicação de rastreamento semestral para CHC. Na presença de elevações de ALT em indivíduos coinfectados, deve-se investigar a adesão ao tratamento e outras causas, como hepatotoxicidade medicamentosa ou infecções oportunistas associadas ao HIV.

Pessoas vivendo com HBV e uso de PrEP para HIV Os indivíduos que desejam fazer uso de profilaxia pré-exposição (PrEP) para HIV devem ser testados para HBsAg e ter sua documentação do esquema vacinal para hepatite B verificada. Aqueles com HBsAg não reagente e sem documentação do esquema vacinal completo devem ser encaminhados para vacinação. As pessoas vivendo com infecção pelo HBV que iniciarão a PrEP precisam ser avaliadas em relação às indicações de tratamento para hepatite B. Se preencherem algum critério de tratamento, devem iniciar/manter o uso de TDF até que atinjam parâmetros para a interrupção segura do tratamento de hepatite B. Caso a PrEP seja suspensa e não haja parâmetro para interrupção do tratamento da hepatite B, o paciente deve continuar recebendo TDF e ser redirecionado para o fluxo de acesso aos tratamentos para hepatite B no SUS. Já na situação de suspensão da PrEP, está

recomendada a manutenção do tratamento da hepatite B com TDF ou TAF, conforme critérios para seleção de AN preconizados neste Protocolo e também segundo o fluxo definido para acesso aos tratamentos da hepatite B no SUS (Freire *et al.*, 2021).

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite B (Brasil, 2023), em virtude da exposição à entricitabina, que apresenta grande semelhança com a lamivudina, há possibilidade de desenvolvimento de resistência cruzada ao entecavir. Portanto, não está recomendado o uso de ETV em pacientes que vivem com infecção pelo HBV e que fizeram uso prévio de PrEP com TDF/FTC. Nas situações de pacientes com HBsAg reagente que iniciaram PrEP sem a avaliação da necessidade de tratamento para hepatite B, podem-se utilizar critérios clínicos para a decisão sobre a manutenção ou não do uso de tenofovir ao término da PrEP. É importante observar que não se recomenda a realização de elastografia hepática para definição de tratamento após a introdução de antivirais com ação para o HBV. Nos casos em que se deseja interromper a PrEP e não há recomendação de tratamento da infecção pelo HBV, o indivíduo deve ser monitorado para exacerbações da hepatopatia após a suspensão do antiviral. Esquema contendo TDF ou TAF, incluindo os indivíduos com infecção oculta pelo HBV, por médico especialista com experiência no cuidado das duas infecções. O início do tratamento, assim como em indivíduos monoinfectados pelo HIV, deve ocorrer independentemente da contagem de linfócitos T CD4+164, visando a preservação da imunidade e um melhor prognóstico em relação ao risco futuro para morbimortalidade não relacionada à aids. Além disso, a indicação de tratamento imediato da infecção pelo HBV utilizando a coinfeção com o HIV como critério isolado, independentemente dos níveis de HBVDNA, ALT ou da gravidade da lesão hepática, tem como objetivo evitar a progressão acelerada da hepatopatia e o risco de desenvolvimento de suas complicações. Atenção: No Brasil, o uso de TAF, isoladamente, só está indicado para o tratamento de pacientes com coinfeção HBV-HCV. As hepatites B e C possuem modos de transmissão e populações vulneráveis em comum. Portanto, a coinfeção pode ocorrer em locais de alta endemicidade e, especialmente, entre grupos de risco para transmissão parenteral.

A infecção aguda simultânea por HBV e HCV está relacionada a uso de drogas injetáveis, aparecimento tardio e breve de HBsAg, curso bifásico da elevação de transaminases e taxas de cronicidade semelhantes às de monoinfectados. Já a

coinfecção crônica por ambos os vírus está associada a progressão acelerada da fibrose hepática, predominância mais frequente do HCV e aumento dos riscos para cirrose, descompensação hepática e CHC, em comparação com a monoinfecção por HBV ou HCV. Pacientes com infecção crônica pelo HBV que apresentam superinfecção pelo HCV possuem um risco aumentado de descompensação hepática, que pode ser seguido por um clareamento do HBeAg e de HBsAg, ou pela persistência da infecção crônica pelo HBV (Brasil, 2023).

Por outro lado, a superinfecção pelo HBV em pacientes com hepatite C crônica é mais rara e está associada, inicialmente, à supressão do HCV e a um risco de descompensação da hepatopatia, seguidos, geralmente, da cura funcional do HBV e da persistência da hepatite C crônica. Contudo, em cerca de 25% dos casos de hepatite B aguda grave, nota-se resolução da coinfecção com HCV1. Todos os indivíduos coinfectados HBV-HCV têm indicação de rastreamento semestral para CHC, mesmo após resposta virológica sustentada (RVS) do HCV ou cura funcional do HBV tratados imediatamente com análogo nucleotídeo para evitar a progressão para insuficiência hepática ou para reduzir o risco de recorrência da infecção pelo HBV após o transplante hepático (Freire *et al.*, 2021).

5.8 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP), instituída por meio da Política Interna de Regulação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais. Ele realiza a interface com as Centrais de Regulação, delineando o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS, bem como permiti o acesso de forma organizada e, também, por meio do estabelecimento de critérios de gravidade e disponibilizar o acesso ambulatorial, hospitalar, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Brasil, 2017).

Isso, além do critério pré-estabelecidos, como protocolos que deverão ser instituídos em conjunto pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) e a gestão de regulação, além de permitir a busca por vagas de internação e apoio diagnóstico/terapêutico fora do próprio estabelecimento para os pacientes que requeiram serviços não disponíveis, sempre que necessário, conforme pactuação na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2017).

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma iniciativa da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) e dos dirigentes de hospitais gerais e especializados para a melhor condução do processo de implantação e implementação do NIR, em conformidade com a legislação em vigor (Brasil, 2017). É uma unidade técnico-administrativa que realiza o monitoramento do paciente, a partir de seu ingresso no hospital, sua movimentação interna e externa até a alta hospitalar. É uma estrutura ligada diretamente à direção-geral do hospital e deve ser legitimada, com papel e função definidos (Brasil, 2017).

5.9 PROJETO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL

A construção dos Projetos Terapêuticos (PT) institucionais é a principal forma utilizada pelas equipes para o alcance de suas ações (Jardim; Cartana; Kantorski, 2009). O PT é definido como um documento que compõe um conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe, voltado para a recuperação do usuário, desde sua admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada paciente e de sua família. Envolve, também, a existência de um sistema de referência e contrarreferência que permite os encaminhamentos corresponsáveis que garantem a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à atenção prestada à saúde (Brasil, 2002).

Ao utilizar o PT como norteador do serviço, este é entendido também como instrumento para a gestão do serviço e para o cuidado aos usuários, pois serve de eixo de referência para guiar as ações da equipe na busca da reabilitação dos usuários que convivem com hepatites B e C (Kantorski *et al.*, 2010).

O projeto terapêutico incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência (Campos; Domitti, 2007).

Assim, as equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre a equipe de saúde e o usuário/família. Cada profissional de referência terá o papel de acompanhar as pessoas ao longo de todo o seu tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio, assegurando sua alta e continuidade de assistência em outra instância do sistema (Silva; Fonseca, 2005).

A dimensão singular é a essência do projeto terapêutico. É onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de criar produtos de saúde: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde/doença, entre outros (Pinto *et al.*, 2011).

A depender da atenção recebida, a escolha e predileção à continuidade do acesso ao serviço de saúde representam importantes indicadores de qualidade, pois refletem o grau de desempenho do serviço e de satisfação por parte de quem o acessa. Além disso, devido aos profissionais de saúde representarem a rede secundária de apoio aos usuários com hepatites B e C, o acolhimento e o vínculo podem contribuir para essa escolha. Ainda, a condução do cuidado aos pacientes com hepatites B e C também pressupões considerar as diferentes necessidades de saúde dessa população. Nesse sentido, devemos considerar o trabalho tendo como norte o projeto terapêutico institucional com o envolvimento compartilhado dos diferentes pontos de acesso (Kleinubing *et al.*, 2021).

Para que seja possível superar as barreiras de acesso e de comunicação entre os serviços de saúde que, muitas vezes, consistem em entraves para o funcionamento institucional das pessoas com hepatites B e C, a implantação de um projeto terapêutico institucional poderia atuar como uma eficiente estratégia (Kleinubing *et al.*, 2019). A descentralização da atenção às pessoas vivendo com hepatites B e C teve como uma de suas primeiras estratégias a realização do diagnóstico da infecção pelo vírus das hepatites, na Atenção Primária a Saúde, caracterizando esta como porta preferencial para testagem rápida, com intuito de ampliar as possibilidades de acesso (Massignami *et al.*, 2014).

Assim sendo, após a elaboração do PT do serviço e integração dos profissionais, a partir da compreensão de diferentes pontos, qualificaram-se as ações no serviço, bem como a formação dos estudantes na lógica do SUS. Dessa forma, espera-se obter a produção de trabalhos que possibilitem o reconhecimento e

execução de ações coletivas como a apresentada neste estudo, consolidando as relações entre universidade e serviços que compõem a rede. Assim, salienta-se a colaboração das instituições formadoras no avanço destes processos e a relevância dos projetos de extensão para os serviços de saúde, comunidade, docentes e estudantes (Kleinubing *et al.*, 2019).

Assim, os projetos terapêuticos são elaborados com base nas necessidades de saúde de cada usuário, levando em consideração seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades, configurando-se numa interação democrática e horizontal entre os atores envolvidos no processo de cuidar (trabalhadores/usuário/família), alicerçados pela utilização das tecnologias das relações que propõe novos fluxos e circuitos dentro do sistema, seguindo os movimentos dos usuários e a incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão (Kleinubing *et al.*, 2019).

Outros avanços a serem destacados no processo dizem respeito à flexibilização e à participação, ou seja, configura-se numa (re) construção coletiva, a qual pode ser modificada conforme as necessidades. O projeto terapêutico busca atender a demandas de saúde complexas e por isso conta com a equipe multidisciplinar, articulando saberes, práticas e conhecimento dos equipamentos comunitários, possibilitando a inserção do usuário em seu próprio meio (Kleinubing *et al.*, 2021).

Dessa forma, pensar no cuidado em saúde dos usuários que convivem com as hepatites B e C envolvem pensar na integralidade do sujeito, do ambiente e das relações, pois o cuidado é um construto da cumplicidade de diversos atores apoiados em todos os contextos: sociais, econômicos, familiares, biológicos, psicológicos e culturais. E por isso comprometer-se com o cuidado em saúde é o desafio de ir além dos discursos para se aproximar de práticas transformadoras do modelo assistencial (Pinto *et al.*, 2011).

6 METODOLOGIA

6.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, exploratório e descritivo, onde foram coletadas informações de pacientes atendidos no serviço de hepatologia do HUGG, que necessitaram de atendimento especializado em outra clínica do HUGG.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

A unidade gestora denominada Núcleo Interno de Regulação foi o local onde ocorreu a coleta das informações de pacientes atendidos no serviço de hepatologia do HUGG. Nesse local há o Núcleo de Referenciamento (NR), que é responsável por receber todos os pedidos de parecer do HUGG.

6.3 PROCEDIMENTOS

A primeira ação prática para a realização do estudo foi iniciada com a ida à Instituição Universitária Gafrée Guinle para iniciar a discussão com o chefe do setor, Professor Carlos Eduardo Brandão. Tal discussão ocorreu semanalmente, às terças-feiras, no turno da manhã, no período de janeiro a abril de 2024. Os assuntos pontuados discorreram sobre: populações mais vulneráveis à infecção pelo HBV e HBC; sinais de doença hepática: alterações de enzimas hepáticas, hepatomegalia, esplenomegalia, plaquetopenia ou icterícia, hepatopatias e nefropatias crônicas; pessoas com diabetes melito; pessoas imunossuprimidas devido às coinfeções HIV e Hepatites Virais B e C; estratégia global para eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030, que visa a redução de novas infecções em 90% e da mortalidade atribuída às hepatites virais em 65%; bem como atuação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas 2023.

Pactuou-se com a coordenação de serviço de Gastroenterologia, na especialidade de Hepatologia, a realização desta pesquisa. Inicialmente a proposta foi construir o projeto institucional a partir de discussões com a equipe

multidisciplinar. Nesse momento, a discussão com o chefe de setor, Professor Brandão, no setor de Gastroenterologia. O referido professor adota, juntamente com sua equipe, no HUGG, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, seguindo integralmente o diagnóstico e tratamento das hepatites virais, conforme determina o Ministério da Saúde, 2023.

6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos neste trabalho indivíduos adultos com o diagnóstico de hepatite B e C. Os indivíduos deveriam estar em acompanhamento nos ambulatórios de hepatologia e gastroenterologia, não necessariamente acompanhados por ambos os ambulatórios. Além disso, o pedido de parecer para outra especialidade deve ser emitido por profissional do HUGG.

6.5 CRITÉRIOS EXCLUSÃO

Foram excluídos deste trabalho participantes adultos com diagnóstico de cirrose hepática, gestantes e crianças.

6.6 VARIÁVEIS

As variáveis analisadas neste estudo incluem Sexo, Idade, Estado Civil, Cor, Religião, Município de Origem, Escolaridade, Especialidade do Solicitante, Especialidade Solicitada, Tipo de Hepatite, Status do Tratamento e Comorbidades dos pacientes. Os dados originais, organizados em uma planilha contendo diferentes registros para as categorias de cada variável, foram organizados e recategorizados para fins de análise. A idade em anos completos em 31 de dezembro de 2023 foi calculada com base na data de nascimento, e a partir dos registros de comorbidades, originalmente apresentados em texto sem padronização em uma única coluna, foram derivadas as variáveis Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Não Declaração de Comorbidades, Outras Comorbidades e Comorbidades

Combinadas. O Quadro 1 a seguir apresenta um resumo das variáveis do estudo, suas definições, as categorias originais registradas na planilha e as categorias padronizadas para análise.

Quadro 1: Detalhamento das variáveis analisadas no estudo

Variável	Definição	Categorias Originais	Categorias Padronizadas
Sexo	Sexo do paciente	Feminino, masculino	Feminino, Masculino
Idade	Idade do Paciente em anos completos em 31 de dezembro de 2023, obtida a partir da data de nascimento do paciente	Data de nascimento do paciente registrado em dia, mês e ano (DD/MM/AAAA)	Variável numérica representando
Estado Civil	Trata-se do estado civil dos pacientes	Casado, casada, união estável, desquitada, desquitado, separado, solteiro, solteira, viúvo, viúva, outro, outros, não declarado	Casado ou União Estável, Divorciado, Solteiro, Viúvo, Outros ou Não Declarado
Cor	Identifica a etnia dos pacientes	Branca, branco, preta, preto, parda, não declarado	Branca, Preta, Parda, Não Declarado
Religião	Religiões declarada dos pacientes	Dados não fornecidos	Dados não fornecidos
Município de Origem	Município de origem dos pacientes	Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Belford Roxo, não declarado, outros municípios	Rio de Janeiro, Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Fora do Rio de Janeiro, Não Declarado
Escolaridade	Nível educacional dos pacientes	Nenhum, 1 grau incompleto, 1 grau completo, 2 grau incompleto, 2 grau completo, superior, ignorado, não declarado	Sem Instrução até 1º Grau Incompleto, 1º Grau Completo até 2º Grau Incompleto, 2º Grau Completo, Superior, Ignorado ou Não Declarado
Especialidade do Solicitante	Especialidade do profissional que solicitou o encaminhamento	Gastroenterologia, hepatologia, alergia, clínica médica, clínica médica, obstetrícia	Gastroenterologia, Hepatologia, Outros
Especialidade Solicitada	Especialidade solicitada no encaminhamento	Cardiologia, endocrinologia, cirurgia geral, psiquiatria, geriatria, dermatologia, neurologia, nefrologia, pneumologia, urologia, angiologia, reumatologia, alergista, hematologia, hepatologia, proctologia, gastroenterologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia vascular, oftalmologia.	Alergista, angiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, hematologia, hepatologia, nefrologia, oftalmologia, ortopedia, pneumologia, proctologia, psiquiatria, reumatologia, urologia
Tipo de Hepatite	Classificação da hepatite dos pacientes	Autoimune, autoimune, autoimune, cirrose hepática, não cita o tipo, B, C	B, C
Tratamento	Status do tratamento recebido pelos pacientes	Curada, acompanhamento, sem acompanhamento, virgem de, em trata, pós, iniciará tratamento	Curado, em acompanhamento, sem acompanhamento, virgem de tratamento, em tratamento, pós tratamento, iniciará tratamento

Variável	Definição	Categorias Originais	Categorias Padronizadas
Hipertensão Arterial Sistêmica	Presença de hipertensão arterial sistêmica entre as comorbidades nos registros originais	Não declarado, trombose de porta+esplenomegalia, hipertensão arterial/diabetes, hipertensão arterial, hipertensão e diabetes, co-infecção hiv e hepatite B, HAS/DM/hipotireoidismo, has/dm, hipotireodismo, HAS/DM2/HAS/DM/IRC/síndrome nefrótica, cirrose hepática, DM, hipotireodismo/has, doença renal crônica, hipertensão portal, hipertenso/diabético, IRC/ICFER (insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida), hepatopatia crônica pelo HCV	Sim, Não
Diabetes Mellitus	Presença de Diabetes Mellitus entre as comorbidades nos registros originais		Sim, Não
Não Declaração de Comorbidades	Indicação de “não declaração” de comorbidades nos registros originais		Sim, Não
Outras Comorbidades	Presença de outras comorbidades, não especificadas como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus ou Não declarada nos registros originais		Dados não fornecidos
Comorbidades Combinadas	Combinações de nos registros originais		Sem Comorbidade Declarada, Apenas Outros, HAS e DM, Apenas HAS, Apenas DM, Outros

6.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela autora da presente pesquisa mediante consulta à planilha institucional gerenciada pelo Núcleo de Regulação, do HUGG, no período de março de 2021 a julho de 2023.

6.8 MÉTODOS DE ANÁLISE

Para a compreensão do perfil epidemiológico foi realizada uma análise descritiva e exploratória univariada através das distribuições de frequência absoluta e percentual das variáveis categóricas, bem como a descrição da média e desvio padrão da idade dos pacientes tanto de forma geral e estratificada pelo tipo de hepatite e a presença de comorbidades, incluindo Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Outras Comorbidades e Comorbidades não Declaradas.

O fluxo de encaminhamento dos pacientes entre as especialidades médicas, foi analisada utilizando tabela de contingência com distribuições absolutas e percentuais das especialidades solicitadas em relação à clínica de origem.

6.9 ASPECTOS ÉTICOS

Foram considerados nesta pesquisa os preceitos éticos previstos. A pesquisa foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, CNS nº 466/2012, a qual determina que o anonimato e a participação voluntária dos sujeitos são garantidos (Anexo A).

A consulta aos prontuários dos pacientes foi iniciada após aprovação do presente estudo pela Comissão de Ética para análise de Projetos de Pesquisa do HUGG. Por se tratar de estudo que envolve apenas análise de prontuários, foi solicitada dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

7 RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentados os dados de 50 indivíduos selecionados em acompanhamento no ambulatório. Em relação ao gênero, nota-se que há 24 (48%) participantes do sexo masculino e 26 (52%) participantes do sexo feminino. No que se refere ao estado civil 07 (14%) solteiros, percebe-se uma predominância dos casados ou união estável 19 (38%), divorciados 08 (16%), viúvo 03 (6%) e outros ou não declarados 13 (26%). De acordo como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, foram coletadas as características de acordo com a cor da pele. A autodenominação da cor preta e parda representou 58%. Quanto a religião, percebe-se a ausência da informação entre 38 (76%), e declarados católicos romanos 8 (16%). Nota-se o que se refere a escolaridade sem instrução até Nível Fundamental Incompleto, 12 (24%), Nível Fundamental Completo até Nível Médio Incompleto, 8 (16%), Nível Médio Completo, 7 (14%), Nível Superior, 3 (6%) e percebe-se uma predominância dos ignorados ou não declarados, 20 (40%). No que se refere ao município, percebe-se uma predominância do Rio de Janeiro 34 (68%).

Os pedidos de parecer das Especialidades solicitantes Hepatologia, 25 (50%) e Gastreenterologia, 22 (44%) correspondendo as unidades mandatórias de cuidados dos usuários com hepatites B e C. No teste exato de Fisher, há uma associação Bordeline entre o tipo de solicitante e a não presença de comorbidade, sendo que entre aqueles sem comorbidade há uma maior proporção de indivíduos da hepatologia, enquanto entre aqueles com alguma comorbidade, há maior proporção de gastroenterologistas.

A especialidade endocrinologia foi a especialidade que mais recebeu pedidos, ou seja, 6 (12%), seguida da dermatologia 5 (10%) nefrologia e ortopedia, 4 (8%) hematologia, cardiologia, urologia, cirurgia geral e cirurgia vascular 3 (6%). Dentre os usuários assistidos, foram identificados em tratamento 10 (20%), em acompanhamento 14 (28%) e percebe-se uma predominância nos curados 22 (44%). Na população pesquisada o tipo de hepatite mais frequente foi a hepatite C, 39 (78%), a hepatite B, 11 (22%).

No que se refere às comorbidades, aos que não declararam, percebe-se uma predominância dos que declaram sim 29 (58%), os que declararam não possuir 21 (42%) e evidencia-se uma relevância dos que não apresentam hipertensão

arterial 38 (76%), sendo que os que possuem hipertensão arterial são 12 (24%). No que diz respeito a diabetes *mellitus*, nota-se um dado importante dos que não apresentam 40 (80%) e possuem diabetes *mellitus* 10 (20%). Saliento que os indivíduos que possuem hipertensão arterial e diabetes *mellitus* correspondem a 8 (16%) observa-se uma associação significativa apenas entre dm e hipertensão, sendo a proporção de indivíduos com hipertensão arterial e diabetes *mellitus* elevada, assim como a proporção de indivíduos sem hipertensão arterial e sem diabetes *mellitus* comparados apenas a hipertensão arterial declarada 2 (4%) e diabetes *mellitus* isolada 1 (2%) e apenas outros 8 (16%), os que apresentam hipertensão arterial e outros 1 (2%) e diabetes *mellitus* e outros 1 (2%) sendo os indivíduos que declararam sem comorbidade 29 (58%)

Tabela 1 - Características gerais da população

Características	n = 50¹
SEXO	
<i>Feminino</i>	24 (48%)
<i>Masculino</i>	26 (52%)
ESTADO CIVIL	
<i>Solteiro</i>	7 (14%)
<i>Casado ou União Estável</i>	19 (38%)
<i>Divorciado</i>	8 (16%)
<i>Viúvo</i>	3 (6%)
<i>Outros ou Não Declarado</i>	13 (26%)
COR	
<i>Branca</i>	13 (26%)
<i>Parda</i>	20 (40%)
<i>Preta</i>	9 (18%)
<i>Não Declarado</i>	8 (16%)
RELIGIÃO	
<i>Católico Romano</i>	8 (16%)
<i>Protestante Pentecostal</i>	3 (6%)
<i>Sem Religião ou Outros</i>	1 (2%)
<i>Não Declarado</i>	38 (76%)
MUNICÍPIO	
<i>Rio de Janeiro</i>	34 (68%)
<i>Região Metropolitana do Rio de Janeiro</i>	5 (10%)
<i>Fora do Rio de Janeiro</i>	9 (18%)
<i>Não Declarado</i>	2 (4%)
ESCOLARIDADE	
<i>Sem Instrução até 1º Grau Incompleto</i>	12 (24%)
<i>1º Grau Completo até 2º Grau Incompleto</i>	8 (16%)
<i>2º Grau Completo</i>	7 (14%)
<i>Superior</i>	3 (6%)
<i>Ignorado ou Não Declarado</i>	20 (40%)
ESPECIALIDADE DO SOLICITANTE	
<i>Hepatologia</i>	25 (50%)
<i>Gastroenterologia</i>	22 (44%)
<i>Outros</i>	3 (6%)

Características	n = 50[†]
ESPECIALIDADE SOLICITADA	
<i>Alergista</i>	1 (2%)
<i>Angiologia</i>	2 (4%)
<i>Cardiologia</i>	3 (6%)
<i>Cirurgia geral</i>	3 (6%)
<i>Cirurgia vascular</i>	3 (6%)
<i>Dermatologia</i>	5 (10%)
<i>Endocrinologia</i>	6 (12%)
<i>Endocrinologia</i>	1 (2%)
<i>Gastroenterologia</i>	1 (2%)
<i>Geriatria</i>	1 (2%)
<i>Hematologia</i>	3 (6%)
<i>Hepatologia</i>	2 (4%)
<i>Nefrologia</i>	4 (8%)
<i>Oftalmologia</i>	1 (2%)
<i>Ortopedia</i>	4 (8%)
<i>Pneumologia</i>	2 (4%)
<i>Proctologia</i>	1 (2%)
<i>Psiquiatria</i>	2 (4%)
<i>Reumatologia</i>	2 (4%)
<i>Urologia</i>	3 (6%)
TIPO DE HEPATITE	
<i>B</i>	11 (22%)
<i>C</i>	39 (78%)
STATUS DE TRATAMENTO	
<i>Virgem de Tratamento</i>	1 (2%)
<i>Em Tratamento</i>	10 (20%)
<i>Em Acompanhamento</i>	14 (28%)
<i>Pós Tratamento</i>	2 (4%)
<i>Sem Acompanhamento</i>	1 (2%)
<i>Curado</i>	22 (44%)
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	
<i>Sim</i>	12 (24%)
<i>Não</i>	38 (76%)
DIABETES MELLITUS	
<i>Sim</i>	10 (20%)
<i>Não</i>	40 (80%)
COMORBIDADES NÃO DECLARADAS	
<i>Sim</i>	29 (58%)
<i>Não</i>	21 (42%)
OUTRAS COMORBIDADES	
<i>Sim</i>	10 (20%)
<i>Não</i>	40 (80%)
COM COMORBIDADES	
<i>Apenas Diabetes Mellitus</i>	1 (2%)
<i>Apenas Hipertensão Arterial Sistêmica</i>	2 (4%)
<i>Apenas Outras</i>	8 (16%)
<i>Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus</i>	8 (16%)
<i>Hipertensão Arterial Sistêmica e Outros</i>	1 (2%)
Características	
<i>Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Outras</i>	1 (2%)
<i>Sem Comorbidade Declarada</i>	29 (58%)
IDADE	
<i>Desconhecido</i>	66 ± 10
	1

[†]n (%)

Na tabela 2, são apresentados os dados dos indivíduos em acompanhamento no ambulatório segundo o tipo de hepatites B e C. Destaca-se que os dados referentes ao diagnóstico de hepatite B foram de 11 indivíduos e hepatite C, 39 indivíduos. Em relação ao gênero, constata-se que há 24 (48%) usuários do sexo masculino e 26 (52%) usuárias do sexo feminino, considerando as hepatites B e C. Observa-se uma associação significativa entre o sexo e o tipo de hepatite, sendo a proporção de indivíduos do sexo masculino (81,8%) mais elevada entre aqueles com hepatite B.

Observa-se uma associação significativa entre o tipo de tratamento e o tipo de hepatite, sendo a proporção de indivíduos do “Em tratamento” ou “Em acompanhamento” mais elevada entre aqueles com hepatite B, e a proporção de “Curados” mais elevada entre aqueles com hepatite C.

Tabela 2 - Características conforme o tipo de hepatite

Características	B, n = 11¹	C, n = 39¹	Valor p²
SEXO			0,025
<i>Feminino</i>	2 (18,2%)	22 (56,4%)	
<i>Masculino</i>	9 (81,8%)	17 (43,6%)	
ESTADO CIVIL			0,90
<i>Solteiro</i>	1 (9,1%)	6 (15,4%)	
<i>Casado ou União Estável</i>	4 (36,4%)	15 (38,5%)	
<i>Divorciado</i>	2 (18,2%)	6 (15,4%)	
<i>Viúvo</i>	0 (0%)	3 (7,7%)	
<i>Outros ou Não Declarado</i>	4 (36,4%)	9 (23,1%)	
COR			0,085
<i>Branca</i>	2 (18,2%)	11 (28,2%)	
<i>Parda</i>	8 (72,7%)	12 (30,8%)	
<i>Preta</i>	0 (0%)	9 (23,1%)	
<i>Não Declarado</i>	1 (9,1%)	7 (17,9%)	
RELIGIÃO			0,23
<i>Católico Romano</i>	2 (18,2%)	6 (15,4%)	
<i>Protestante Pentecostal</i>	1 (9,1%)	2 (5,1%)	
<i>Sem Religião ou Outros</i>	1 (9,1%)	0 (0%)	
<i>Não Declarado</i>	7 (63,6%)	31 (79,5%)	
MUNICÍPIO			0,38
<i>Rio de Janeiro</i>	7 (63,6%)	27 (69,2%)	
<i>Região Metropolitana do Rio de Janeiro</i>	2 (18,2%)	3 (7,7%)	
<i>Fora do Rio de Janeiro</i>	1 (9,1%)	8 (20,5%)	
<i>Não Declarado</i>	1 (9,1%)	1 (2,6%)	
ESCOLARIDADE			0,46
<i>Sem Instrução até 1º Grau Incompleto</i>	3 (27,3%)	9 (23,1%)	
<i>1º Grau Completo até 2º Grau Incompleto</i>	0 (0%)	8 (20,5%)	
<i>2º Grau Completo</i>	1 (9,1%)	6 (15,4%)	
<i>Superior</i>	1 (9,1%)	2 (5,1%)	
<i>Ignorado ou Não Declarado</i>	6 (54,5%)	14 (35,9%)	

Características	B, n = 11¹	C, n = 39¹	Valor p²
SOLICITANTE			0,32
Hepatologia	4 (36,4%)	21 (53,8%)	
Gastroenterologia	7 (63,6%)	15 (38,5%)	
Outros	0 (0%)	3 (7,7%)	
SOLICITADA			0,062
Alergista	0 (0%)	1 (2,6%)	
Angiologia	0 (0%)	2 (5,1%)	
Cardiologia	2 (18,2%)	1 (2,6%)	
Cirurgia geral	0 (0%)	3 (7,7%)	
Cirurgia vascular	2 (18,2%)	1 (2,6%)	
Dermatologia	0 (0%)	5 (12,8%)	
Endocrinologia	0 (0%)	6 (15,4%)	
Endocrinologia	0 (0%)	1 (2,6%)	
Gastroenterologia	0 (0%)	1 (2,6%)	
Geriatria	0 (0%)	1 (2,6%)	
Hematologia	0 (0%)	3 (7,7%)	
Hepatologia	0 (0%)	2 (5,1%)	
Nefrologia	3 (27,3%)	1 (2,6%)	
Oftalmologia	0 (0%)	1 (2,6%)	
Ortopedia	2 (18,2%)	2 (5,1%)	
Pneumologia	0 (0%)	2 (5,1%)	
Proctologia	0 (0%)	1 (2,6%)	
Psiquiatria	1 (9,1%)	1 (2,6%)	
Reumatologia	1 (9,1%)	1 (2,6%)	
Urologia	0 (0%)	3 (7,7%)	
TRATAMENTO			<0,001
Virgem de Tratamento	0 (0%)	1 (2,6%)	
Em Tratamento	6 (54,5%)	4 (10,3%)	
Em Acompanhamento	5 (45,5%)	9 (23,1%)	
Pós Tratamento	0 (0%)	2 (5,1%)	
Sem Acompanhamento	0 (0%)	1 (2,6%)	
Curado	0 (0%)	22 (56,4%)	
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA			0,26
Sim	1 (9,1%)	11 (28,2%)	
Não	10 (90,9%)	28 (71,8%)	
DIABETES MELLITUS			0,42
Sim	1 (9,1%)	9 (23,1%)	
Não	10 (90,9%)	30 (76,9%)	
COMORBIDADES NÃO DECLARADAS			0,74
Sim	7 (63,6%)	22 (56,4%)	
Não	4 (36,4%)	17 (43,6%)	
OUTRAS COMORBIDADES			0,67
Sim	3 (27,3%)	7 (17,9%)	
Não	8 (72,7%)	32 (82,1%)	
COMORBIDADES COM COMORBIDADES			0,86
Apenas Diabetes Mellitus	0 (0%)	1 (2,6%)	
Apenas Hipertensão Arterial Sistêmica	0 (0%)	2 (5,1%)	
Apenas Outras Comorbidades	3 (27,3%)	5 (12,8%)	
Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	1 (9,1%)	7 (17,9%)	
Hipertensão Arterial Sistêmica e Outras Comorbidades	0 (0%)	1 (2,6%)	
Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Outras Comorbidades	0 (0%)	1 (2,6%)	
Sem Comorbidade Declarada	7 (63,6%)	22 (56,4%)	
IDADE			0,25
Desconhecido	63 ± 12	67 ± 10	
	0	1	

¹n (%)²IC = Intervalo de confiança

Na tabela 3, são apresentados os dados dos pacientes segundo diagnóstico de diabetes *mellitus*. Destaca-se que os dados referentes às características da comorbidade diabetes *mellitus* apontam para um número significativo de nove usuários com hipertensão arterial associado a diabetes *mellitus*, o que corresponde a 90% daqueles que possuem a doença. Observa-se uma associação significativa apenas entre diabetes *mellitus* e hipertensão, sendo a proporção de indivíduos com hipertensão arterial e diabetes *mellitus* elevada, assim como a proporção de indivíduos sem hipertensão arterial e diabetes, 92,5%.

Tabela 3 - Características segundo comorbidade diabetes *mellitus*

Características	Sim, n = 10¹	Não, n = 40¹	Valor p²
SEXO			0,49
<i>Feminino</i>	6 (60%)	18 (45%)	
<i>Masculino</i>	4 (40%)	22 (55%)	
ESTADO CIVIL			0,67
<i>Solteiro</i>	2 (20%)	5 (12,5%)	
<i>Casado ou União Estável</i>	3 (30%)	16 (40%)	
<i>Divorciado</i>	3 (30%)	5 (12,5%)	
<i>Viúvo</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	
<i>Outros ou Não Declarado</i>	2 (20%)	11 (27,5%)	
COR			0,69
<i>Branca</i>	3 (30%)	10 (25%)	
<i>Parda</i>	3 (30%)	17 (42,5%)	
<i>Preta</i>	3 (30%)	6 (15,0%)	
<i>Não Declarado</i>	1 (10%)	7 (17,5%)	
RELIGIÃO			0,87
<i>Católico Romano</i>	1 (10%)	7 (17,5%)	
<i>Protestante Pentecostal</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	
<i>Sem Religião ou Outras</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Não Declarado</i>	9 (90%)	29 (72,5%)	
MUNICÍPIO			0,22
<i>Rio de Janeiro</i>	8 (80%)	26 (65%)	
<i>Região Metropolitana do Rio de Janeiro</i>	1 (10%)	4 (10%)	
<i>Fora do Rio de Janeiro</i>	0 (0%)	9 (22,5%)	
<i>Não Declarado</i>	1 (10%)	1 (2,5%)	
ESCOLARIDADE			0,68
<i>Sem Instrução até 1º Grau Incompleto</i>	3 (30%)	9 (22,5%)	
<i>1º Grau Completo até 2º Grau Incompleto</i>	2 (20%)	6 (15%)	
<i>2º Grau Completo</i>	0 (0%)	7 (17,5%)	
<i>Superior</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	
<i>Ignorado ou Não Declarado</i>	5 (50%)	15 (37,5%)	
SOLICITANTE			0,23
<i>Hepatologia</i>	3 (30%)	22 (55,0%)	
<i>Gastroenterologia</i>	7 (70%)	15 (37,5%)	
<i>Outros</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	

Características	Sim, n = 10¹	Não, n = 40¹	Valor p²
SOLICITADA			0,19
<i>Alergista</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Angiologia</i>	0 (0%)	2 (5%)	
<i>Cardiologia</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	
<i>Cirurgia geral</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	
<i>Cirurgia vascular</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	
<i>Dermatologia</i>	3 (30%)	2 (5,0%)	
<i>Endocrinologia</i>	3 (30%)	3 (7,5%)	
<i>Endocrinologia</i>	1 (10%)	0 (0%)	
<i>Gastroenterologia</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Geriatria</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Hematologia</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	
<i>Hepatologia</i>	0 (0%)	2 (5,0%)	
<i>Nefrologia</i>	1 (10%)	3 (7,5%)	
<i>Oftalmologia</i>	1 (10%)	0 (0,0%)	
<i>Ortopedia</i>	0 (0%)	4 (10,0%)	
<i>Pneumologia</i>	0 (0%)	2 (5,0%)	
<i>Proctologia</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Psiquiatria</i>	1 (10%)	1 (2,5%)	
<i>Reumatologia</i>	0 (0%)	2 (5,0%)	
<i>Urologia</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	
TIPO DE HEPATITE			0,42
<i>B</i>	1 (10%)	10 (25%)	
<i>C</i>	9 (90%)	30 (75%)	
TRATAMENTO			0,50
<i>Virgem de Tratamento</i>	1 (10%)	0 (0%)	
<i>Em Tratamento</i>	1 (10%)	9 (22,5%)	
<i>Em Acompanhamento</i>	3 (30%)	11 (27,5%)	
<i>Pós-Tratamento</i>	0 (0%)	2 (5%)	
<i>Sem Acompanhamento</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Curado</i>	5 (50%)	17 (42,5%)	
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA			<0,001
<i>Sim</i>	9 (90%)	3 (7,5%)	
<i>Não</i>	1 (10%)	37 (92,5%)	
OUTRAS COMORBIDADES			0,66
<i>Sim</i>	1 (10%)	9 (22,5%)	
<i>Não</i>	9 (90%)	31 (77,5%)	
IDADE			0,62
<i>Desconhecido</i>	0	1	

¹n (%)²Teste exato de Fisher

Na tabela 4, são descritas características, conforme outras comorbidades apresentadas pelos usuários.

Tabela 4 - Características segundo outras comorbidades

Características	Sim, n = 10¹	Não, n = 40¹	Valor p²
SEXO			0,29
<i>Feminino</i>	3 (30%)	21 (52,5%)	
<i>Masculino</i>	7 (70%)	19 (47,5%)	
ESTADO CIVIL			0,67
<i>Solteiro</i>	1 (10%)	6 (15%)	
<i>Casado ou União Estável</i>	5 (50%)	14 (35%)	
<i>Divorciado</i>	2 (20%)	6 (15%)	
<i>Viúvo</i>	1 (10%)	2 (5%)	
<i>Outros ou Não Declarado</i>	1 (10%)	12 (30%)	
COR			0,89
<i>Branca</i>	2 (20%)	11 (27,5%)	
<i>Parda</i>	5 (50%)	15 (37,5%)	
<i>Preta</i>	2 (20%)	7 (17,5%)	
<i>Não Declarado</i>	1 (10%)	7 (17,5%)	
RELIGIÃO			0,10
<i>Católico Romano</i>	3 (30%)	5 (12,5%)	
<i>Protestante Pentecostal</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	
<i>Sem Religião ou Outros</i>	1 (10%)	0 (0%)	
<i>Não Declarado</i>	6 (60%)	32 (80%)	
MUNICÍPIO			0,76
<i>Rio de Janeiro</i>	6 (60%)	28 (70%)	
<i>Região Metropolitana do Rio de Janeiro</i>	1 (10%)	4 (10%)	
<i>Fora do Rio de Janeiro</i>	3 (30%)	6 (15%)	
<i>Não Declarado</i>	0 (0%)	2 (5%)	
ESCOLARIDADE			0,74
<i>Sem Instrução até 1º Grau Incompleto</i>	2 (20%)	10 (25%)	
<i>1º Grau Completo até 2º Grau Incompleto</i>	3 (30%)	5 (12,5%)	
<i>2º Grau Completo</i>	1 (10,0%)	6 (15%)	
<i>Superior</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	
<i>Ignorado ou Não Declarado</i>	4 (40,0%)	16 (40%)	
SOLICITANTE			0,23
<i>Hepatologia</i>	3 (30%)	22 (55%)	
<i>Gastroenterologia</i>	7 (70%)	15 (37,5%)	
<i>Outros</i>	0 (0%)	3 (7,5%)	
SOLICITADA			0,98
<i>Alergista</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Angiologia</i>	0 (0%)	2 (5%)	
<i>Cardiologia</i>	1 (10%)	2 (5%)	
<i>Cirurgia geral</i>	2 (20%)	1 (2,5%)	
<i>Cirurgia vascular</i>	1 (10%)	2 (5%)	
<i>Dermatologia</i>	1 (10%)	4 (10%)	
<i>Endocrinologia</i>	2 (20%)	4 (10%)	
<i>Endocrinologia</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Gastroenterologia</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Geriatria</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Hematologia</i>	1 (10%)	2 (5,0%)	
<i>Hepatologia</i>	0 (0%)	2 (5,0%)	
<i>Nefrologia</i>	1 (10%)	3 (7,5%)	
<i>Oftalmologia</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Ortopedia</i>	0 (0%)	4 (10%)	
<i>Pneumologia</i>	0 (0%)	2 (5,0%)	
<i>Proctologia</i>	0 (0%)	1 (2,5%)	
<i>Psiquiatria</i>	0 (0%)	2 (5,0%)	
<i>Reumatologia</i>	0 (0%)	2 (5,0%)	
<i>Urologia</i>	1 (10%)	2 (5,0%)	

Características	Sim, n = 10¹	Não, n = 40¹	Valor p²
TIPO DE HEPATITE			0,67
B	3 (30%)	8 (20,0%)	
C	7 (70%)	32 (80,0%)	
TRATAMENTO			0,93
Virgem de Tratamento	0 (0%)	1 (2,5%)	
Em Tratamento	3 (30%)	7 (17,5%)	
Em Acompanhamento	3 (30%)	11 (27,5%)	
Pós-Tratamento	0 (0%)	2 (5%)	
Sem Acompanhamento	0 (0%)	1 (2,5%)	
Curado	4 (40%)	18 (45%)	
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA			>0,99
Sim	2 (20%)	10 (25%)	
Não	8 (80%)	30 (75%)	
DIABETES MELLITUS			0,66
Sim	1 (10%)	9 (22,5%)	
Não	9 (90%)	31 (77,5%)	
IDADE			0,53
Desconhecido	68 ± 9	66 ± 11	
	0	1	

¹n (%)²Teste exato de Fisher

Na tabela 5, as características apontadas estão relacionadas à comorbidade hipertensão arterial sistêmica - HAS.

Tabela 5 - Características segundo comorbidade hipertensão arterial sistêmica

Características	Sim, n = 12¹	Não, n = 38¹
SEXO		
Feminino	8 (66,7%)	16 (42,1%)
Masculino	4 (33,3%)	22 (57,9%)
ESTADO CIVIL		
Solteiro	1 (8,3%)	6 (15,8%)
Casado ou União Estável	5 (41,7%)	14 (36,8%)
Divorciado	3 (25%)	5 (13,2%)
Viúvo	0 (0%)	3 (7,9%)
Outros ou Não Declarado	3 (25%)	10 (26,3%)
COR		
Branca	5 (41,7%)	8 (21,1%)
Parda	3 (25%)	17 (44,7%)
Preta	3 (25%)	6 (15,8%)
Não Declarado	1 (8,3%)	7 (18,4%)
RELIGIÃO		
Católico Romano	2 (16,7%)	6 (15,8%)
Protestante Pentecostal	0 (0%)	3 (7,9%)
Sem Religião ou Outros	0 (0%)	1 (2,6%)
Não Declarado	10 (83,3%)	28 (73,7%)
MUNICÍPIO		
Rio de Janeiro	9 (75%)	25 (65,8%)
Região Metropolitana do Rio de Janeiro	1 (8,3%)	4 (10,5%)
Fora do Rio de Janeiro	1 (8,3%)	8 (21,1%)
Não Declarado	1 (8,3%)	1 (2,6%)

Características	Sim, n = 12[†]	Não, n = 38[†]
ESCOLARIDADE		
<i>Sem Instrução até 1º Grau Incompleto</i>	3 (25%)	9 (23,7%)
<i>1º Grau Completo até 2º Grau Incompleto</i>	3 (25%)	5 (13,2%)
<i>2º Grau Completo</i>	0 (0%)	7 (18,4%)
<i>Superior</i>	0 (0%)	3 (7,9%)
<i>Ignorado ou Não Declarado</i>	6 (50%)	14 (36,8%)
SOLICITANTE		
<i>Hepatologia</i>	5 (41,7%)	20 (52,6%)
<i>Gastroenterologia</i>	7 (58,3%)	15 (39,5%)
<i>Outras</i>	0 (0%)	3 (7,9%)
SOLICITADA		
<i>Alergista</i>	0 (0%)	1 (2,6%)
<i>Angiologia</i>	1 (8,3%)	1 (2,6%)
<i>Cardiologia</i>	0 (0%)	3 (7,9%)
<i>Cirurgia geral</i>	1 (8,3%)	2 (5,3%)
<i>Cirurgia vascular</i>	0 (0,0%)	3 (7,9%)
<i>Dermatologia</i>	2 (16,7%)	3 (7,9%)
<i>Endocrinologia</i>	3 (25,0%)	3 (7,9%)
<i>Endocrinologia</i>	1 (8,3%)	0 (0,0%)
<i>Gastroenterologia</i>	0 (0%)	1 (2,6%)
<i>Geriatria</i>	1 (8,3%)	0 (0,0%)
<i>Hematologia</i>	0 (0%)	3 (7,9%)
<i>Hepatologia</i>	0 (0%)	2 (5,3%)
<i>Nefrologia</i>	1 (8,3%)	3 (7,9%)
<i>Oftalmologia</i>	1 (8,3%)	0 (0%)
<i>Ortopedia</i>	0 (0%)	4 (10,5%)
<i>Pneumologia</i>	0 (0%)	2 (5,3%)
<i>Proctologia</i>	0 (0%)	1 (2,6%)
<i>Psiquiatria</i>	1 (8,3%)	1 (2,6%)
<i>Reumatologia</i>	0 (0%)	2 (5,3%)
<i>Urologia</i>	0 (0%)	3 (7,9%)
TIPO DE HEPATITE		
<i>B</i>	1 (8,3%)	10 (26,3%)
<i>C</i>	11 (91,7%)	28 (73,7%)
TRATAMENTO		
<i>Virgem de Tratamento</i>	1 (8,3%)	0 (0%)
<i>Em Tratamento</i>	1 (8,3%)	9 (23,7%)
<i>Em Acompanhamento</i>	5 (41,7%)	9 (23,7%)
<i>Pós Tratamento</i>	0 (0%)	2 (5,3%)
<i>Sem Acompanhamento</i>	0 (0%)	1 (2,6%)
<i>Curado</i>	5 (41,7%)	17 (44,7%)
DIABETES MELLITUS		
<i>Sim</i>	9 (75%)	1 (2,6%)
<i>Não</i>	3 (25%)	37 (97,4%)
OUTRAS COMORBIDADES		
<i>Sim</i>	2 (16,7%)	8 (21,1%)
<i>Não</i>	10 (83,3%)	30 (78,9%)
IDADE		
<i>Desconhecido</i>	68 ± 9	66 ± 11
	0	1
[†] n (%)		

Na tabela 6, as características se referem aos usuários cujas comorbidades não foram declaradas.

Tabela 6 - Características segundo comorbidades não declaradas

Características	Sim, n = 29¹	Não, n = 21¹
SEXO		
<i>Feminino</i>	13 (44,8%)	11 (52,4%)
<i>Masculino</i>	16 (55,2%)	10 (47,6%)
ESTADO CIVIL		
<i>Solteiro</i>	4 (13,8%)	3 (14,3%)
<i>Casado ou União Estável</i>	11 (37,9%)	8 (38,1%)
<i>Divorciado</i>	3 (10,3%)	5 (23,8%)
<i>Viúvo</i>	2 (6,9%)	1 (4,8%)
<i>Outros ou Não Declarado</i>	9 (31%)	4 (19%)
COR		
<i>Branca</i>	7 (24,1%)	6 (28,6%)
<i>Parda</i>	12 (41,4%)	8 (38,1%)
<i>Preta</i>	4 (13,8%)	5 (23,8%)
<i>Não Declarado</i>	6 (20,7%)	2 (9,5%)
RELIGIÃO		
<i>Católico Romano</i>	4 (13,8%)	4 (19%)
<i>Protestante Pentecostal</i>	3 (10,3%)	0 (0%)
<i>Sem Religião ou Outros</i>	0 (0%)	1 (4,8%)
<i>Não Declarado</i>	22 (75,9%)	16 (76,2%)
MUNICÍPIO		
<i>Rio de Janeiro</i>	18 (62,1%)	16 (76,2%)
<i>Região Metropolitana do Rio de Janeiro</i>	4 (13,8%)	1 (4,8%)
<i>Fora do Rio de Janeiro</i>	6 (20,7%)	3 (14,3%)
<i>Não Declarado</i>	1 (3,4%)	1 (4,8%)
ESCOLARIDADE		
<i>Sem Instrução até 1º Grau Incompleto</i>	7 (24,1%)	5 (23,8%)
<i>1º Grau Completo até 2º Grau Incompleto</i>	2 (6,9%)	6 (28,6%)
<i>2º Grau Completo</i>	6 (20,7%)	1 (4,8%)
<i>Superior</i>	3 (10,3%)	0 (0%)
<i>Ignorado ou Não Declarado</i>	11 (37,9%)	9 (42,9%)
SOLICITANTE		
<i>Hepatologia</i>	17 (58,6%)	8 (38,1%)
<i>Gastroenterologia</i>	9 (31%)	13 (61,9%)
<i>Outras</i>	3 (10,3%)	0 (0%)
SOLICITADA		
<i>Alergista</i>	1 (3,4%)	0 (0,0%)
<i>Angiologia</i>	1 (3,4%)	1 (4,8%)
<i>Cardiologia</i>	2 (6,9%)	1 (4,8%)
<i>Cirurgia geral</i>	1 (3,4%)	2 (9,5%)
<i>Cirurgia vascular</i>	2 (6,9%)	1 (4,8%)
<i>Dermatologia</i>	1 (3,4%)	4 (19,0%)
<i>Endocrinologia</i>	2 (6,9%)	4 (19%)
<i>Endocrinologia</i>	0 (0%)	1 (4,8%)
<i>Gastroenterologia</i>	1 (3,4%)	0 (0%)
<i>Geriatria</i>	0 (0%)	1 (4,8%)
<i>Hematologia</i>	2 (6,9%)	1 (4,8%)
<i>Hepatologia</i>	2 (6,9%)	0 (0%)
<i>Nefrologia</i>	2 (6,9%)	2 (9,5%)
<i>Oftalmologia</i>	0 (0%)	1 (4,8%)
<i>Ortopedia</i>	4 (13,8%)	0 (0%)
<i>Pneumologia</i>	2 (6,9%)	0 (0%)
<i>Proctologia</i>	1 (3,4%)	0 (0%)
<i>Psiquiatria</i>	1 (3,4%)	1 (4,8%)
<i>Reumatologia</i>	2 (6,9%)	0 (0%)
<i>Urologia</i>	2 (6,9%)	1 (4,8%)

Características	Sim, n = 29[†]	Não, n = 21[†]
TIPO DE HEPATITE		
B	7 (24,1%)	4 (19%)
C	22 (75,9%)	17 (81%)
TRATAMENTO		
Virgem de Tratamento	0 (0%)	1 (4,8%)
Em Tratamento	6 (20,7%)	4 (19%)
Em Acompanhamento	7 (24,1%)	7 (33,3%)
Pós Tratamento	2 (6,9%)	0 (0%)
Sem Acompanhamento	1 (3,4%)	0 (0%)
Curado	13 (44,8%)	9 (42,9%)
IDADE		
Desconhecido	65 ± 11	68 ± 9
	1	0

Na tabela 7, as características se relacionam com os pareceres solicitantes e solicitados.

Tabela 7 - Características segundo pareceres solicitante e solicitados

Características	Hepatologia n = 25[†]	Gastroenterologia n = 22[†]	Outros n = 3[†]
SOLICITADA			
Alergista	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
Angiologia	1 (4%)	1 (4,5%)	0 (0%)
Cardiologia	1 (4%)	2 (9,1%)	0 (0%)
Cirurgia geral	1 (4%)	2 (9,1%)	0 (0%)
Cirurgia vascular	1 (4%)	2 (9,1%)	0 (0%)
Dermatologia	2 (8%)	3 (13,6%)	0 (0%)
Endocrinologia	3 (12%)	3 (13,6%)	0 (0%)
Endocronologia	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
Gastroenterologia	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,3%)
Geriatria	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
Hematologia	2 (8%)	1 (4,5%)	0 (0%)
Hepatologia	0 (0%)	0 (0%)	2 (66,7%)
Nefrologia	2 (8%)	2 (9,1%)	0 (0%)
Oftalmologia	0 (0%)	1 (4,5%)	0 (0%)
Ortopedia	2 (8%)	2 (9,1%)	0 (0%)
Pneumologia	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
Proctologia	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
Psiquiatria	1 (4%)	1 (4,5%)	0 (0%)
Reumatologia	0 (0%)	2 (9,1%)	0 (0%)
Urologia	3 (12%)	0 (0%)	0 (0%)

[†]n (%)

O produto resultante atende as normas do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT do Ministério da Saúde. O HUGG, como referência federal, estadual e municipal, passou a realizar a carga viral no próprio laboratório, a genotipagem do vírus da Hepatite C, a avaliação do grau de comprometimento hepático e a avaliação do grau de fibrose através da elastografia e, além disso, ofertar a medicação apropriada ao tratamento de forma gratuita. Cabe ressaltar,

ainda, que o Ministério da Saúde franquia a possibilidade, caso não haja o aparelho de elastografia, de realização da mensuração dos marcadores bioquímicos (AST, ALT, Plaquetas).

Como entraves para o seu cumprimento, o protocolo institucional produzido apresentou a dificuldade de acesso do usuário ao tratamento e a sua chegada à unidade referenciada; o tempo de espera para a realização da carga viral e da genotipagem (aproximadamente seis meses). Atualmente, esse tempo pode ser reduzido, já não sendo necessária a genotipagem, e sim a mensuração da carga viral.

Após a confirmação do diagnóstico, inicia-se o tratamento para Hepatite B em torno de 12 meses e segue o tratamento de Hepatite C até que consiga a resposta funcional esperada. Convém salientar que, atualmente, o antirretroviral utilizado no tratamento dos pacientes atendidos pelo HUGG, proporcionando a cura no período aproximado de oito a doze semanas, é fabricado no Brasil.

Entre 2015 e 2023, aproximadamente sete mil pacientes com hepatites virais B e C foram assistidos no HUGG. É importante destacar a existência de dificuldades enfrentadas pelos pacientes para conseguirem realizar o tratamento nessa unidade de referência. Essas dificuldades não são apenas vivenciadas por pacientes brasileiros, mas também são desafios encontrados por pacientes nos países desenvolvidos, demonstrando que ainda há muito o que se pensar no aprimoramento das linhas de cuidados de hepatites virais B e C.

O Ministério da Saúde, signatário da OMS, com objetivo da erradicação do vírus da hepatite B e C até 2030, prevê que isso não ocorrerá. Devido ao período da pandemia, o número de pacientes em tratamento em relação ao período antecedente encontra-se menor, possivelmente atrasando o alcance proposto pela Agenda 2030 em dois anos.

8 DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se um total de 50 pedidos de pareceres que foram requeridos pelos serviços de Hepatologia, 25 (50%), Gastroenterologia, 22 (44%), destacando-se como as unidades mandatórias de assistência de cuidados dos usuários com hepatites B e C, bem como os serviços de alergista, 1 (2%), clínica médica, 1 (2%) e obstetrícia, 1 (2%).

A Hepatologia é uma especialidade relativamente nova, tendo sido criada há cerca de 70 anos, na Europa e nos EUA, e de 54 anos no Brasil. Nessas últimas décadas, percebeu-se notável avanço no conhecimento das doenças do fígado, em particular na epidemiologia e diagnóstico das hepatites B e C, principalmente entre o final dos anos 60 e o início dos anos 90, com a descoberta das hepatites A, B, Delta e, nos anos de 1989 e 1990, respectivamente, dos vírus das hepatites C e E.

De acordo como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE foram coletadas as características de acordo com a cor da pele. A autodenominação da cor preta e parda representou 58%. Com relação à etnia na América Latina, a infecção pelo VHB tem sido mais frequente em brancos e pardos. O fato de a maioria dos casos identificados ter se autodeclarado preta e parda pode estar relacionado à formação étnica do Brasil, pois no Rio de Janeiro, historicamente, a presença de pretos e pardos é em razão da miscigenação entre brancos, negros e índios. De acordo com o IBGE, 53% dos brasileiros se declaram pardos. Com isso, as populações negras e pardas são consideradas em maior número no Brasil. Nos Estados Unidos, por outro lado, as taxas de infecção pelo VHC são maiores em negros não-hispânicos do que em brancos não-hispânicos e mexicanos (IBGE, 2019).

No que tange ao acompanhamento desse tipo de paciente no ambulatório de hepatites B e C, são apresentados os dados de 50 indivíduos que realizam tratamento por meio desse ambulatório. Destaca-se que os dados referentes ao diagnóstico de hepatite B foram de 11 indivíduos e hepatite C, 39 indivíduos. Em relação ao gênero, constata-se que há 24 (48%) usuários do sexo masculino e 26 (52%) usuárias do sexo feminino, considerando os diagnósticos de hepatites B e C. Observa-se uma associação significativa entre o sexo e o tipo de hepatite, sendo a proporção de indivíduos do sexo masculino (81,8%) mais elevada entre aqueles com hepatite B.

Nos Estados Unidos, apresenta-se maior prevalência de hepatite C. Esse perfil é semelhante em países do Norte da Europa, além de Espanha e Itália, Austrália, Turquia, Japão e China, o maior país com prevalência de infecção pelo VHC. A grande importância das hepatites B e C em saúde pública vem de sua grande prevalência e incidência e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas. Bases de dados obtidas na América Latina revelaram que os portadores de VHB excedem os seis milhões de pessoas, estando o Brasil e outros países da América do Sul (Colômbia, Venezuela e Peru) dentre aqueles que apresentam territórios de alta endemicidade (Oliveira *et al.*, 2019).

Estudos mostraram que a frequência pelo vírus da hepatite B (VHB), no Brasil, varia de 0,5% a 1,1%, no sul do país, até 1,5% a 3%, na região centro e noroeste, podendo alcançar até 15% na região amazônica, considerada de alta endemicidade. A evidência do número de casos de hepatites B e C observados e estudados podem estar relacionados à execução de campanhas de combate às hepatites B e C, com a realização de busca ativa de casos, diagnósticos rápidos e tratamento das doenças, com ações educativas ocorridas nos municípios desses territórios. Em relação à hepatite B, outros fatores também podem estar relacionados ao seu decréscimo, como a cobertura e a adesão aos programas de imunização ocorridos, de forma contínua, nos territórios (Brasil, 2021).

No tocante às variáveis ligadas ao indivíduo, verifica-se uma associação significativa entre o sexo e o tipo de hepatite, sendo a proporção de indivíduos do sexo masculino (81,8%) mais elevada entre aqueles com hepatite. Esse fato pode estar associado a fatores comportamentais, tais como relações sexuais sem uso de preservativos e menor participação efetiva de homens em programas oferecidos pela Secretaria de Saúde. Esse cenário, portanto, pode implicar a relação da ocorrência dessa doença com hábitos culturais e comportamentais de exposição a risco de infecção (Cane *et al.*, 2018).

A conjunção dos fatores anteriores implica o estabelecimento de problemas para a vigilância em saúde pública em áreas com essas características, onde a prevalência de doenças infecciosas, tais como, as hepatites B e C, pode ser considerada uma metáfora do desenvolvimento não sustentável. Estudos realizados por Cerroni e Carmo em 121 municípios da linha de fronteira (MLF) do Brasil relataram situações semelhantes (Cerroni; Carmo, 2021).

A maior parte dos casos identificados apresentou baixa escolaridade (ensino fundamental), podendo ser observada uma predominância dos ignorados ou não declarados, indicando a relação entre esses indivíduos e as condições de vulnerabilidade social e econômica das populações que habitam esse município, fato esse que pode favorecer a transmissão da doença.

Além disso, foi verificado que a falta de preenchimento desse campo foi expressiva, fato que pode ter ocasionado um viés nesta análise, conforme preconizado por Cruz, Shirassu e Martins (2019) em estudo realizado no estado de São Paulo. Essa situação corrobora diversos estudos epidemiológicos, nos quais foi observado que municípios com déficit educacional apresentam altas incidências de doenças infecciosas. Esse cenário epidemiológico reflete a precariedade das condições socioeconômicas de grande parte das populações residentes nesses territórios, onde foram verificados baixos indicadores de escolaridade no município, indicando a existência de áreas com grande vulnerabilidade social e econômica. Essa situação é geradora de uma maior exposição dessas populações aos possíveis fatores de riscos das doenças (Cruz; Shirassu; Martins, 2019).

As hepatites B e C constituem um grande problema de saúde pública no Brasil e no município do Rio de Janeiro. Neste estudo, foi observado um perfil socioepidemiológico de indivíduos acometidos pela doença, sendo a proporção de indivíduos do sexo masculino (81,8%) mais elevada entre aqueles com hepatite, adultos, pardos e pretos e com ensino fundamental. Esses achados apontam para a necessidade de intervenções que considerem as especificidades socioeconômicas dos territórios estudados, contribuindo, assim, para a mitigação da vulnerabilidade de suas populações e a para necessidade de expansão dos programas de acompanhamento e controle de hepatites B e C (Guimarães *et al.*, 2018).

Ao analisar as características sociodemográficas dos portadores de DM do presente estudo, são apresentados os dados de cinquenta indivíduos em acompanhamento no ambulatório com hepatites B e C. Desses usuários, dez foram diagnosticados com diabetes *mellitus* e quarenta, sem esse tipo de diabetes. Destaca-se que os dados referentes às características da comorbidade diabetes *mellitus* apontam para um número significativo de nove usuários com hipertensão arterial associado a diabetes *mellitus*, o que corresponde a 90% daqueles que possuem a doença. Verifica-se uma associação significativa apenas entre diabetes *mellitus* e hipertensão, sendo a proporção de indivíduos com hipertensão arterial e

diabetes *mellitus* elevada, assim como a proporção de indivíduos sem hipertensão arterial e diabetes, 92,5%.

A infecção pela hepatite viral no contexto da diabetes *mellitus* é considerada um evento relevante, haja vista que o sinergismo entre tais doenças acarreta no pior prognóstico do paciente, elevando ainda mais o risco para o carcinoma hepatocelular (Dyson *et al.*, 2019; Fu *et al.*, 2021; Ko *et al.*, 2022; Li *et al.*, 2020; Yuan *et al.*, 2019; Zheng *et al.*, 2019).

Esses dados apresentam relação com os publicados em outros estudos envolvendo a população diabética do Brasil (Borges; Ferraz; Chacra, 2019; Bosi *et al.*, 2019; Lyra *et al.*, 2020; Soverini *et al.*, 2021). Tal relação reforça a peculiaridade da diabetes *mellitus*, como uma doença de curso silencioso, geralmente diagnosticada após os 40 anos de idade, sendo mais comum em idosos.

O risco de diabetes *mellitus* poderá ser até três vezes superior em doentes com mais de 40 anos infectados cronicamente pelo vírus da hepatite C (HCV), comparativamente com aqueles sem hepatite. A insulinoresistência está aumentada nesses doentes e se associa a uma menor resposta virológica ao tratamento antiviral com interferão e ribavirina. Esse fenômeno se deve em parte à inflamação crônica causada pela hiperprodução de citocinas pró-inflamatórias que potencializa os mecanismos de resistência à insulina, mas existe também uma relação entre o genótipo HCV e a resistência à insulina, indicando que estão envolvidos outros fatores virais específicos.

Os genótipos 1, 3 e 4 estão mais associados à insulinoresistência severa. A diminuição da carga viral do HCV, após tratamento, parece diminuir a insulinoresistência e o risco de diabetes. No entanto, nem todos os estudos demonstraram essa melhoria metabólica. Adicionalmente, a insulinoresistência por diabetes *mellitus* nos doentes com HCV é um fator de risco independente para o desenvolvimento de esteatose e progressão da fibrose (Romero-Gómez, 2019).

A diabetes *mellitus* tipo 2, associada ou não à síndrome metabólica, constitui um fator de risco importante no desenvolvimento de doença hepática. Virtualmente, todos os espectros de doença hepática (alteração das enzimas hepáticas, esteatose, fibrose, cirrose e hepatocarcinoma) podem surgir em diabéticos tipo 2. A diabetes tem um impacto significativo na progressão da hepatopatia crônica, bem como aumenta a morbidade e mortalidade em doentes com cirrose.

A diabetes *mellitus* é também uma comorbidade frequente em doentes com patologia hepática crônica que parece estar associada à maior morbidade e mortalidade nesses doentes. A abordagem neste grupo requer particular cuidado dadas as múltiplas comorbidades e limitações nas opções farmacoterapêuticas. Logo, é fundamental uma abordagem multidisciplinar e abrangente que inclua hepatologistas e diabetologistas, de modo a discutir de forma individualizada os riscos e benefícios das várias modalidades terapêuticas (Mehta *et al.*, 2020).

O Ministério da Saúde criou o projeto terapêutico institucional. O objetivo do Projeto é a padronização de técnicas e informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Descreve o itinerário do usuário, contemplando as ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar nas unidades de atenção à saúde, definindo o papel de cada integrante do processo e acolhimento dos profissionais de saúde. Ressalta-se a importância da assistência de cuidados em hepatites B e C para a redução das complicações clínicas, mortalidade e tempo de internação, bem como no fluxograma hospitalar (Brasil, 2019b).

As ferramentas utilizadas na análise dos dados foram satisfatórias para a construção do cenário epidemiológico das hepatites estudadas dentro do HUGG. Dessa forma, elas apresentam grande potencial para prover gestores em saúde com informações voltadas para a vigilância contínua e sistemática dos agravos estudados (Cassana; Motta; Casanova, 2019).

9 PRODUTO DO MESTRADO

UMA PROPOSTA PROJETO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL ASSISTENCIAL AOS USUÁRIOS QUE CONVIVEM COM HEPATITES B E C

O projeto terapêutico institucional constitui uma ferramenta imprescindível para a determinação do risco de infecção e perfil dos pacientes infectados, possibilitando a implementação de medidas de prevenção e controle das hepatites B e C. Urge haver melhor coleta de informações epidemiológicas para aprimoramento do processo de investigação e notificação.

O produto deste curso de mestrado foi propor um modelo piloto do projeto terapêutico institucional para pessoas que vivem com hepatites B e C atendidas no HUGG.

A construção da proposta do projeto terapêutico institucional pauta-se em uma abordagem motivacional e em consonância com a sistematização da abordagem terapêutica à pessoa que convive com hepatites B e C.

A primeira ação prática para a realização do estudo foi apresentar a proposta do projeto do mestrado profissional ao painel de especialista, a fim de obter a validação da proposta. A partir disso, foi possível ouvir os profissionais que vão ao encontro dos apontamentos descritos na revisão de literatura.

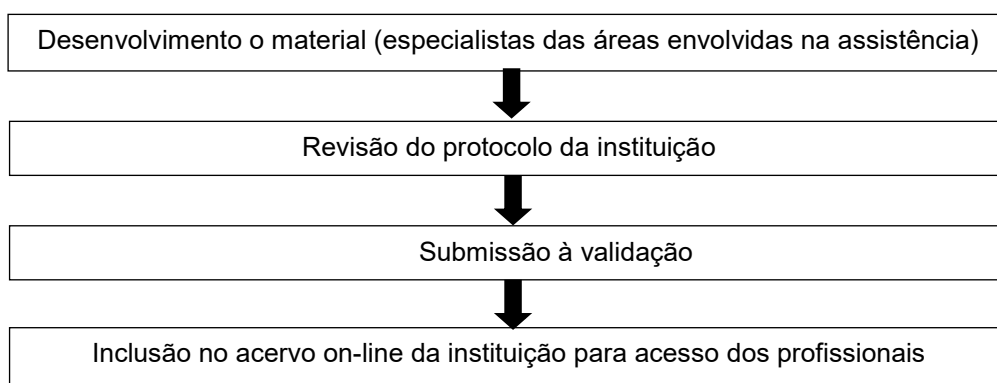
Dessa forma, pactuou-se com a coordenação do Serviço de Gastreenterologia e Hepatologia a realização desta pesquisa de mestrado profissional. Inicialmente, a proposta foi construir o projeto terapêutico a partir de discussões com as equipes do serviço, porém foi possível neste momento a discussão com o responsável do setor. Diante disso, o material está denominado como uma proposta de protocolo, justamente por não ter tido a participação de outros profissionais, incluindo aqueles que seriam o público alvo.

Os objetivos da proposta de protocolo assistencial aos usuários que convivem com hepatites B e C e que são assistidos no HUGG, ambulatoriamente, a partir de suas necessidades de saúde, são contribuir para a educação permanente e revisão de processos de trabalho, após submetê-lo à validação pertinente, a fim incluí-lo no acervo de protocolos institucionais, bem como para proporcionar o desenvolvimento de um projeto terapêutico que possibilite um melhor fluxo assistencial dos pacientes.

O desenvolvimento textual do protocolo foi fundamentado a partir dos materiais que foram consultados para ancorar a construção e estruturação do instrumento, como: artigos científicos, manuais da OMS, políticas públicas de saúde de acordo com diretrizes nacionais e internacionais, livros didáticos, leis governamentais, além da vivência clínica da autora e das contribuições do professor Brandão, chefe do Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia do HUGG.

Os hospitais possuem autonomia para desenvolver os seus documentos institucionais, incluindo protocolos, de maneira padronizada, conforme as normativas institucionais. Visto que esse protocolo tem como público-alvo os profissionais do HUGG, optou-se por seguir a orientação e formatação dos protocolos da instituição.

No HUGG, as normativas de elaboração de protocolos institucionais são acessíveis na intranet e constituem-se do seguinte fluxo de elaboração:



Como descrito anteriormente, esses passos ainda não foram implementados; contudo, a proposta de protocolo ora apresentada servirá de subsídio para o processo de implementação do projeto terapêutico institucional, conforme os passos descritos pela instituição; recursos extra hospitalares e referências. Conforme já relatado, a implementação do instrumento será após a submissão de validação do protocolo pelo especialista e apresentação do material aos profissionais da equipe de saúde do HUGG.

O objetivo principal do tratamento da hepatite B e C é reduzir o risco de progressão da doença hepática e de seus desfechos primários, especificamente: cirrose, câncer e óbito. Nesse contexto, e na perspectiva de qualificação da assistência prestada às pessoas expostas à hepatite B e C no Brasil, que deve direcionar a organização dos serviços considerando a realidade local, a rede de

recursos instalada e a disponibilidade de dispositivos assistenciais em cada região. A elaboração, por parte dos estados e municípios, de protocolos baseados em evidências para a regulação e o encaminhamento loco regional do usuário com hepatite B e C também devem ser estimulados como importante ferramenta de orientação aos profissionais de saúde e gestores, contribuindo para a qualificação da linha de cuidado local. Futuramente, o avanço na incorporação de tecnologias digitais de cuidado a distância no SUS poderá se apresentar como um potencial facilitador para a integração desses pontos de rede, ensejando a ampliação do acesso ao matriciamento clínico e ao cuidado compartilhado em rede de forma remota e otimizada, a exemplo das novas políticas federais em andamento e de outras ações já consolidadas pelo Programa Telessaúde Brasil Redes (Brasil, 2023).

O Protocolo Clínico Diretrizes Terapêutico de Hepatite B e Coinfecções, 2023 foi escrito com o propósito de facilitar a compreensão da temática pelos profissionais que não possuem experiência no cuidado das pessoas com hepatite B, e também de subsidiar os especialistas em relação às diretrizes assistenciais no SUS, no intuito de tornar o documento uma ferramenta de assistência e de gestão, que compreenda a integralidade da hepatite B e coinfecções. Esperamos que este PCDT contribua para a melhoria dos serviços em saúde entregues à população brasileira e seja um catalisador para o alcance das metas para a eliminação da hepatite B até 2030 (Brasil, 2023).

Destacam-se a seguir os principais pontos atualizados na versão de 2023 do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT:

1. Inclusão de orientação sobre a frequência de testagem nas populações mais vulneráveis, visando a atualização do uso dos testes rápidos e laboratoriais;
2. Inclusão de orientações sobre esquemas de vacinação e critérios para solicitação de anti-HBs, de acordo com as necessidades específicas de populações especiais, visando conferir racionalidade ao uso desse exame;
3. Redefinição do ponto de corte de alanina aminotransferase (ALT) para indicação de tratamento, estabelecido como 1,5x o limite superior da normalidade (≥ 52 U/L para homens e ≥ 37 U/L para mulheres);
4. Inclusão de tenofovir alafenamida (TAF) entre as opções terapêuticas para hepatite B, seguindo os parâmetros estabelecidos pelo Relatório de Recomendação n.º 616, de maio de 2021, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec);

5. Definição de critérios para a ordem de escolha dos medicamentos disponíveis;
6. Incorporação do conteúdo do PCDT de Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante Hepático (Portaria SAS/MS n.º 469, de 23/07/2002);
7. Definição de critérios para estratificação do risco de reativação do HBV e para monitoramento, terapia preventiva ou profilaxia da infecção pelo HBV;
8. Estabelecimento de critérios para a indicação de uso de IGHAB em associação com análogos nucleotídeos na profilaxia pós-transplante, racionalizando o uso dessas tecnologias;
9. Consolidação das recomendações sobre profilaxia pós-exposição (PEP), profilaxia pré-exposição (PrEP) e transmissão vertical do HBV.

As “orientações sobre as Diretrizes de Tratamento da Hepatite C conforme Nota Técnica n 280/2023”. Realizada pelo Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, a ação teve o objetivo de evidenciar as orientações da referida Nota que, entre outras estratégias, atualiza os medicamentos disponíveis e esquemas terapêuticos para o tratamento da hepatite C no âmbito do SUS.

Voltado aos profissionais, gestores e demais profissionais de saúde que atuam com a temática hepatites virais, a Nota Técnica n 280/2023 abordou as novas recomendações de monitoramento de pessoas com infecção pelas hepatites. Três pontos foram determinantes para a atualização das diretrizes: o primeiro deles se refere à redução dos custos na aquisição dos medicamentos Sofosbuvir e Declastavir; o segundo, por sua vez, está relacionado à possibilidade de outras combinações terapêuticas como os novos medicamentos; e o terceiro, por fim, está diretamente ligado ao compromisso com a Agenda 2030, que é a eliminação das hepatites B e C no Brasil.

Foi proposto em Nota Técnica n.º 280/2023 a partir de diretrizes destaca temáticas como o retratamento da hepatite C, a recomendação de uma estratégia simplificada de estadiamento hepático, ou seja, a definição do grau de fibrose da doença hepática que passa a contar com um novo score laboratorial. Com as atualizações do tratamento, o manejo clínico da hepatite C passa a ser sumarizado e a disponibilidade da genotipagem é reafirmada.

O Projeto Terapêutico Institucional é um instrumento que apresenta os objetivos e as ações estabelecidas e executadas por uma equipe multiprofissional que atuam em serviços de atenção à saúde, com vistas à recuperação do paciente desde a sua admissão até a alta. Essas informações se pautaram na necessidade de descrever o fluxo de atendimento do paciente, as atribuições de cada profissional das instituições de saúde e os dados necessários para preparo e encaminhamento da alta do paciente, auxiliando-o em uma melhor recuperação e inserção social.

Assim, as equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema.

Nesse sentido, a dimensão singular é, pois, a essência do plano terapêutico institucional. É o *lôcus* onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de criar produtos de saúde: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros. Como parte do plano terapêutico, e como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia na sua relação com o usuário, o acolhimento pode evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades aos quais os usuários estão submetidos nas suas relações com o que os modelos de atenção pregam como verdadeiros campos de necessidades de saúde para si.

Contudo, o acolhimento não é compreendido, somente, como um dispositivo que facilita o acesso do usuário ao serviço de saúde; ele perpassa toda a terapêutica, por meio do diálogo, da escuta, da parceria existente entre trabalhador/usuário/família. Ao mesmo tempo, favorece a construção do vínculo, da cor responsabilização e da autonomia. Mais do que um espaço de recepção, ou um ponto determinado de um fluxograma, o acolhimento constitui um dispositivo capaz de perpassar todo e qualquer espaço e momento de trabalho de um serviço de saúde. Para isso, o mesmo raciocínio parece valer também para a questão do vínculo e da responsabilização, basta que as tecnologias de conversação sejam desenvolvidas no sentido de uma ausculta sensível - assim permitirá em todos esses

espaços e momentos a irrupção do outro, com suas variadas demandas e de uma orientação assistencial voltada à integralidade do cuidado, com capacidade e agilidade de produzir algum tipo de resposta do serviço a essas demandas.

O plano terapêutico é um documento construído por uma equipe multiprofissional com a intenção de descrever o tratamento e as recomendações para o paciente. A elaboração dele deve envolver todos os especialistas que, de alguma maneira, irão contribuir com a melhora do quadro, ou com a prevenção para que ele não volte a se desenvolver. O envolvimento de uma equipe multidisciplinar na elaboração do plano vai assegurar uma cobertura mais completa do caso. O plano de tratamento proposto precisa considerar as necessidades e a realidade do paciente, além de ser simples de entender e seguir. Ele também deve trabalhar as vulnerabilidades do sujeito e garantir que ele tenha uma plena recuperação. A presença desse plano deve existir em todos os âmbitos de assistência pública e privada. Esse plano terapêutico deve apresentar um diagnóstico preciso do indivíduo, descrevendo o caso, os motivos que o levaram a buscar atendimento e os fatores de risco do paciente.

O plano deve indicar o que a equipe multiprofissional espera do paciente, quais os objetivos e resultados desejados após as intervenções. É importante que as informações sejam completas e bem descritas e que as metas sejam claras e mensuráveis. O documento também deve conter os procedimentos aos quais os pacientes serão submetidos, as técnicas usadas e o tempo de execução de cada uma delas. Uma vez que o documento integra diferentes profissionais, ele precisa incluir todos os atendimentos em cada turno de trabalho. O planejamento pode, e deve ser atualizado periodicamente, até que o indivíduo receba alta. O referido é considerado um dos documentos mais completos em relação à assistência a saúde.

De modo geral, as necessidades em saúde são traduzidas como as demandas de saúde, as quais vão além das carências dos sujeitos que procuram os serviços. No caso da saúde, o usuário de um serviço busca algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental caracterizado como autorização para que sua saúde seja mantida ou restabelecida. Assim, propicia-se o acesso a algo com um valor de uso inestimável, pois tem como finalidade a manutenção da vida, e com autonomia para exercer seu modo de caminhar.

Então, o plano terapêutico em síntese é uma espécie de rede na qual todos os pontos estão interligados. Pode ou não existir um fluxo contínuo entre eles, de

acordo com a singularidade de cada plano terapêutico e com um único propósito comum: o bem-estar desses usuários, mediante reabilitação através do tratamento direcionado. Tendo em vista a pluralidade de sujeitos envolvidos, tal situação requer formas de atuação que lhes sejam adequadas. Encontrar possibilidades singulares a cada pessoa, nas diferentes situações de suas vidas, pede a todo instante o olhar e a escuta que reconheçam as subjetividades. Dessa forma, a proximidade com a pessoa que sofre com os agravos nas suas necessidades de saúde coloca em confronto as diversas possibilidades interpretativas, interroga competências, pede sensibilidade do profissional. Pede, também, o entendimento de que o sofrer não pode ser visto como algo a ser eliminado ou combatido, mas como um caminho capaz de levar à redescoberta do real, da compreensão da experiência emocional de quem a vivência.

Nesse contexto, o projeto terapêutico é compreendido como um condensado das ações em saúde; nele se inscreve a concepção de ser humano que subjaz à prática e às tecnologias que foram ou são desenvolvidas para alcançar os objetivos de cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença e a melhoria da sua qualidade de vida. Outro aspecto importante na construção do plano terapêutico é o seu alicerce nas tecnologias leves em saúde (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia), que favorecem a adesão do usuário/família ao tratamento.

Dessa forma, a família é parte fundamental na terapêutica e convocá-la para assumir essa responsabilidade do cuidado com o usuário em conjunto com a equipe exige não apenas um redirecionamento das práticas, mas também um comprometimento e uma responsabilidade para a construção de um cuidado coletivo desses atores em promover e manter a autonomia do usuário, reconquistando sua cidadania e seu espaço na sociedade, por meio de uma responsabilização e de um cuidado coletivo. Nesse sentido, a prática busca a ampliação da capacidade de entendimento e a apropriação do controle do processo saúde-doença pelo usuário, a ampliação da sua capacidade de agenciar soluções no campo afetivo, material e social, e uma maior participação na vida política e jurídica.

A magnitude, a diversidade virológica, o padrão de transmissão, a evolução clínica, a complexidade diagnóstica e terapêutica da hepatite viral B e C impõem a necessidade de estabelecer políticas específicas no campo da saúde pública por parte dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). O tratamento, quando

indicado, é fundamental para evitar a progressão da doença e suas complicações, como câncer e cirrose hepática (Malvezzi, 2021).

Conviver com a hepatite B e C implicam complexas e diversas necessidades que devem ser consideradas na estruturação da resposta nacional e da atenção à saúde. A elaboração deste protocolo considera que a recomendação terapêutica deve aproximar-se do cuidado integral; para isso, ampliou seus conteúdos e incluiu temas como aconselhamento, acolhimento, abordagem clínica e laboratorial e orientações sobre adesão ao tratamento e manejo de seus principais efeitos adversos, buscando promover melhora na qualidade de vida dos portadores da hepatite B e C e potencializar os resultados do tratamento (Freitas; Barcellos; Vilela, 2021).

Dessa forma, pensar no cuidado em saúde envolve pensar na integralidade do sujeito, do ambiente e das relações, pois o cuidado é um construto da cumplicidade de diversos atores apoiados em todos os contextos: sociais, econômicos, familiares, biológicos, psicológicos e culturais. E por isso comprometer-se com o cuidado em saúde é o desafio de ir além dos discursos para se aproximar de práticas transformadoras do modelo assistencial.

Segundo o Protocolo clínico e diretrizes e terapêuticas Hepatite b e coinfeções do Ministério da Saúde de 2023:

1. É necessário investigar possíveis coinfeções com HIV, HCV e sífilis, preferencialmente mediante o uso de testes rápidos. Também se deve realizar testagem para anticorpos contra o vírus da hepatite A (anti-HAV, total ou IgG) e, em caso de resultado não reagente ou na indisponibilidade do teste, o paciente deve ser vacinado para hepatite A. Recomenda-se a dosagem de anticorpos contra o vírus da hepatite D (anti-HDV) para indivíduos ou filhos de indivíduos provenientes de estados da Região Amazônica ou que tenham algum vínculo epidemiológico com essa região, ou, ainda, em situações em que se investiga exacerbação da doença hepática com HBV-DNA suprimido (inferior a 2.000 UI/mL), sem outra causa identificada. Ademais, todos os parentes de primeiro grau e contactantes domiciliares e sexuais de indivíduos com HBsAg reagente devem ser testados para HBsAg (TR ou imunoensaio laboratorial) e ter a documentação vacinal para hepatite B avaliada. Aqueles que forem suscetíveis, com HBsAg não reagente e sem histórico de esquema vacinal completo, devem ser vacinados;

2. A atividade e a gravidade da doença hepática podem ser avaliadas mediante parâmetros bioquímicos hepáticos (ALT, AST, GGT, bilirrubinas totais e frações, albumina e proteínas totais séricas, TAP/INR), além de hemograma e creatinina;
3. A ultrassonografia abdominal é recomendada para todos os pacientes após a confirmação diagnóstica;
4. Para uma melhor avaliação do estadiamento da hepatopatia, pode-se optar pelo uso de um método de elastografia hepática, especialmente naqueles indivíduos que não preencham critérios de tratamento sem sua utilização;
5. Para decidir sobre a priorização de testes de estadiamento hepático (elastografia ou biópsia hepática) em indivíduos com idade acima de 30 anos, um valor de FIB-4 (índice de fibrose) menor ou igual a 0,70 possui boa acurácia para excluir cirrose. Portanto, pessoas com valores abaixo de 0,70 nesse escore possuem menor urgência de estadiamento;
6. O FIB-4 é calculado por meio da seguinte fórmula:
$$\text{FIB-4} = (\text{Idade (anos)} \times \text{AST (UI/L)}) / (\text{Contagem de plaquetas (10}^9\text{)} \times \sqrt{\text{ALT (UI/L)}})$$
7. Para a avaliação da fase clínica da hepatite B crônica, o teste para HBeAg, a quantificação de HBV-DNA sérica e os níveis de ALT são fundamentais, assim como para a decisão de tratamento e de monitoramento;
8. Recomenda-se, preferencialmente, a abstinência do consumo de álcool ou, caso isso não seja possível, a redução de seu consumo ao máximo;
9. A manutenção de um peso corporal adequado;
10. Tratamento de complicações metabólicas, como diabetes e dislipidemia, são recomendados para prevenir o desenvolvimento de síndrome metabólica e esteato hepatite não alcoólica;
11. Não há restrição de atividades para adultos, incluindo esportes com contato;
12. O vírus não é transmitido por beijo ou compartilhamento de utensílios para alimentação.

Ainda de acordo com o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas hepatite B e coinfeções, são critérios para indicação de tratamento:

1. O risco de o paciente desenvolver desfechos negativos - como cirrose, CHC e morte - associados ao HBV está diretamente relacionado com níveis elevados de HBV-DNA (≥ 2.000 UI/mL) e com sua persistência;
2. A medição da carga viral como principal parâmetro para indicação de tratamento;
3. A possibilidade de pacientes com valores normais ou limítrofes de ALT/TGP estarem sob risco de doença hepática e suas complicações, tendo como limite superior de normalidade (LSN) recomendado para facilitar a tomada de decisão, resultados de 35 U/L, para homens, e 25 U/L, para mulheres;
4. A indicação de tratamento de hepatite B para indivíduos que apresentarem níveis de ALT superiores em 1,5 ao limite da normalidade, ou seja, ≥ 52 U/L para homens e ≥ 37 U/L para mulheres 60-63;
5. A ênfase de que, em razão da natureza dinâmica da infecção crônica pelo HBV, para início do tratamento, o paciente deve apresentar valores alterados de ALT/TGP em, pelo menos, duas dosagens consecutivas, com intervalo mínimo de três meses entre elas;
6. A informação de que pacientes com HBV-DNA ≥ 2.000 UI/mL (independentemente do status do HBeAg) e níveis de ALT elevados (≥ 52 U/L para homens e ≥ 37 U/L para mulheres) em duas medidas consecutivas, com intervalo mínimo de três meses entre elas, devem ser tratados.
7. A avaliação de pacientes com resultado de estadiamento de fibrose hepática na zona cinzenta (ou limítrofe), obtido por métodos não invasivos, tendo em vista que a indicação de tratamento pode considerar a presença de pelo menos um dos seguintes critérios clínicos, associados a um pior prognóstico da hepatite B crônica: a) sexo masculino; b) idade acima de 40 anos para pacientes com HBeAg não reagente; c) história familiar de cirrose por HBV ou por causa desconhecida; d) presença de outras causas de hepatopatia (ingestão abusiva de bebidas alcoólicas, diabetes mellitus, síndrome metabólica, esteatose hepática, coinfeção com o HCV);
8. A reserva de biópsia hepática para situações em que, mesmo após avaliação por métodos de estadiamento hepático não invasivos e critérios clínicos, ainda restarem dúvidas sobre a indicação de tratamento ou, ainda, quando houver suspeita de etiologias concomitantes à hepatopatia pelo HBV que necessitem de biópsia para diagnóstico ou melhor avaliação.

9. A presença de uma ou mais características clínicas, radiológicas (ultrassonografia ou elastografia por ressonância magnética) ou endoscópicas compatíveis com doença hepática avançada: a) presença de circulação colateral; b) fígado com bordas rombas e/ou irregulares (micro e/ou macronodularidades); c) esplenomegalia (maior diâmetro acima de 12 cm); d) aumento do calibre da veia porta (diâmetro acima de 1,2 cm); e) redução da velocidade do fluxo portal (abaixo de 14-16 cm/s); f) ascite; g) varizes esofágicas.

Outros critérios para indicação de tratamento ou profilaxia com antiviral:

1	Presença de HBeAg reagente em indivíduos com idade acima de 30 anos, independentemente dos níveis de ALT e da gravidade da lesão histológica hepática
2	História familiar de Hepatocarcinoma (CHC).
3	Coinfecção HBV-HIV, HBV-HCV ou HBV-HDV.
4	Manifestações extra-hepáticas, como artrite, vasculite, nefropatia, poliarterite nodosa e neuropatia periférica.
5	Hepatite B aguda grave, definida por: tempo de ativação de protrombina (TAP) demonstrada pela razão normalizada internacional (INR) superior a 1,5; OU sintomas e icterícia caracterizada por bilirrubina total (BT) superior a 3 mg/dL ou bilirrubina direta (BD) superior a 1,5 mg/dl por mais de quatro semanas; OU encefalopatia; OU ascite.
6	Biópsia hepática $\geq$ A2 e/ou F2, pela classificação Metavir.
7	Elastografia hepática com os seguintes resultados, de acordo com o método: EHT > 9 kPa (para níveis normais de ALT), ou > 12 kPa (se ALT entre 1 e 5x LSN), ou pSWE/ARFI $\geq 1,8$ m/seg, ou 2D-SWE > 10 kPa.
8	Prevenção da transmissão por profissionais de saúde que realizam procedimentos com alto risco de exposição.
9	Prevenção da transmissão vertical em gestantes com carga viral elevada.
10	Indicação de terapia peremptiva ou profilaxia com antiviral para pacientes submetidos a transplantes e/ou terapia imunossupressora/quimioterapia (TIS/QT).

Infecção Aguda pelo HBV

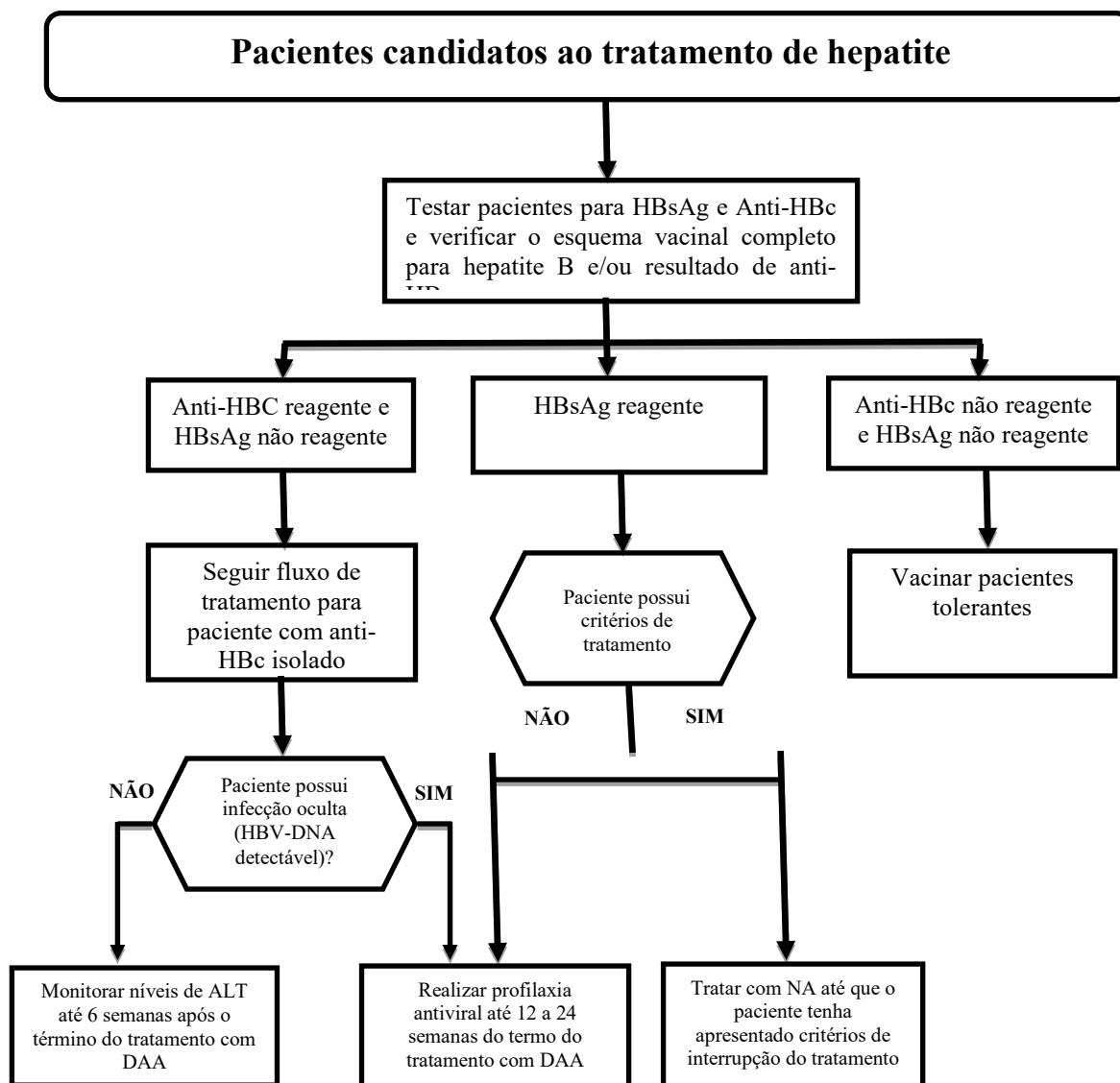
Quando a infecção é identificada nessa fase, o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas hepatite B e coinfeções recomenda:

1	Monitoramento clínico e laboratorial de duas a quatro semanas, com intervalo maior à medida que há melhora dos sintomas e dos exames.
2	Repetição do exame para avaliar se houve persistência da infecção (cronicidade) ou cura funcional após seis meses do primeiro teste para HBsAg reagente.
3	Avaliação clínica do paciente para verificar se apresenta desidratação e viabilidade de hidratação oral, especialmente naqueles com náuseas e vômitos. Caso seja identificada desidratação grave ou vômitos incoercíveis, indica-se a internação hospitalar para hidratação.
4	Tratamento imediato com análogo nucleotídeo para evitar a progressão para insuficiência hepática ou para reduzir o risco de recorrência da infecção pelo HBV após o transplante hepático de pacientes que evoluam para hepatite aguda grave.

Critérios para definição de hepatite B aguda grave:

1	NR >1,5 (INR - Razão Normalizada Internacional).
2	Curso protraído com sintomas e icterícia (BT > 3 mg/dL ou BD > 1,5 mg/dL) por mais de 4 semanas (BT - Bilirrubina Total; BD - Bilirrubina Direta).
3	Encefalopatia.
4	Ascite.

Fluxograma de condutas em coinfectados HBV-HCV



Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções 2023

Legenda: DAA = antivirais de ação direta; NA = análogos nucleos(t)ídeos.

Presença de HCV-RNA detectável na ausência de contraindicação ao tratamento.

HBsAg e anti-HBc não reagentes e sem registro de esquema vacinal completo ou não soroconversão pós-vacinal (utilizar até dois esquemas em imunocompetentes; não há limite de doses para imunossuprimidos).

Monitorar a cada quatro ou oito semanas. Devem-se investigar valores de ALT maior ou igual a 1,25x o nível pré-DAA com HBsAg, HBV-DNA e HCV-RNA.

Monitorar os níveis de ALT (a cada quatro ou oito semanas) e HBV-DNA (a cada três a quatro meses e em caso de elevação de ALT maior ou igual a 1,25x o valor pré-DAA), até seis meses do término do DAA.

Ver critérios de interrupção da terapia com NA.

O SEGUIMENTO DE PESSOAS EM TRATAMENTO PARA HEPATITE B

Exames complementares para a investigação de coinfeções em pessoas em tratamento para hepatite B, assim como, os exames indicados na rotina de monitoramento, conforme descrição abaixo.

EXAME	PRÉ-TRATAMENTO	DURANTE O TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
Investigação de Coinfeções			
Anti-HAV IgG ou total	Sim	Não	Na impossibilidade de testagem para antiHAV IgG ou total, devem-se encaminhar ao Crie os pacientes com hepatite B crônica para vacinação contra a hepatite A (2 doses com intervalo de 6 meses), visando a imunidade e a redução do risco de descompensação hepática.
TR para HIV, sífilis e HCV	Sim	Sim	Repetição com frequência, ao menos, anual. A periodicidade deve ser individualizada em situações de maior vulnerabilidade ao(s) agravo(s) ou em caso de exposição de risco. Indivíduos com histórico de infecção prévia por sífilis ou hepatite C devem ser monitorados com teste não treponêmico e HCV-RNA, respectivamente.
Anti-HDV	Sim	Anual	Para indivíduos ou filhos de indivíduos provenientes de estados da Região Amazônica (Amazonas, Acre, Roraima, Rondônia, Amapá, Pará, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso) ou que possuem vínculo epidemiológico com pessoas desses estados. O anti-HDV está indicado em situações de descompensação hepática de etiologia desconhecida em pacientes com HBV-DNA suprimido.
Exame de Rotina			
Hemograma Completo	Sim		A cada 3-6 meses no primeiro ano de tratamento. A cada 6-12 meses após o primeiro ano de tratamento.
Creatinina, ureia			
Na (sódio) K (potássio)			
Fosfato sérico	Sim		A cada 6-12 meses se o paciente estiver em uso de TDF.
Urina tipo 1 (EAS)	Sim		A cada 6-12 meses se o paciente estiver em uso de TDF, possuir risco aumentado para doença renal(c) ou apresentar ClCr < 60 mL/min. A cada 12 meses para os demais casos.
Proteína ou albumina e creatinina urinárias em amostra isolada	Sim		A cada 12 meses se o paciente estiver em uso de TDF, possuir risco aumentado para doença renal(c) ou apresentar ClCr < 60 mL/min.
AST/TGO ALT/TGP	Sim		A cada 3-6 meses no primeiro ano de tratamento. A cada 6-12 meses após o primeiro ano de tratamento.

Exame de Rotina		
Bilirrubinas (total e frações)	Sim	A cada 6-12 meses ou em caso de descompensação clínica
Proteína total e albumina séricas		
Glicemia de jejum		
INR/TAP		
β-HCG	Sim	*Para mulheres cis ou homens trans em idade reprodutiva e sem uso de métodos contraceptivos de alta eficácia ou definitivos. Repetir a cada 6 meses ou na suspeita de gestação.
Colesterol total e frações, triglicerídios	Sim	A cada 12 meses em pacientes em tratamento.
Densitometria óssea	Verificar se o paciente tem indicação de terapia alternativa (ETV ou TAF) para maior segurança óssea (ver Quadro 5). Recomenda-se iniciar o rastreamento para osteoporose na presença de um ou mais fatores de risco: › Mulheres em pós-menopausa. › Homens ≥ 50 anos. › História de fratura com baixo impacto. › Pessoas entre 40–50 anos de idade com alto risco de fratura (≥ 20% em 10 anos para fraturas maiores associadas à osteoporose no escore FRAX Brasil(d)) › Uso de corticoide oral (≥ 5 mg/dia de prednisona ou equivalente por ≥ 3 meses). Se o T-score for normal, repetir em 3–5 anos em mulheres pós-menopausa, homens a partir de 50 anos e pacientes com uso continuado de corticosteroides orais. Se houver alto risco de fratura pela densitometria ou pelo cálculo de FRAX (com informações de densitometria prévia), repetir a cada 2 anos.	

O trabalho desenvolvido traz contribuições para a linha de cuidado, visto que, em congressos brasileiros e europeus, tem sido evidenciada a dificuldade de triagem, diagnóstico e tratamento. Percebe-se um problema nacional e internacional.

10 CONCLUSÃO

A eliminação das hepatites virais B e C como problema de saúde pública no Brasil representa, além de um compromisso internacional, a articulação de ações, no território nacional, com base em dados epidemiológicos que orientem estrategicamente o projeto terapêutico institucional, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

As hepatites virais B e C possuem semelhanças do ponto de vista clínico-laboratorial, mas apresentam importantes diferenças epidemiológicas e quanto à sua evolução. As últimas décadas foram de notáveis conquistas no que se refere à prevenção e ao controle das hepatites virais B e C. Entre as doenças endêmico-epidêmicas, que representam problemas importantes de saúde pública no Brasil, salientam-se as Hepatites Virais, cujo comportamento epidemiológico, no nosso país e no mundo, tem sofrido grandes mudanças nos últimos anos. A melhoria das condições de higiene e de saneamento das populações, a vacinação contra a Hepatite B e as novas técnicas moleculares de diagnóstico do vírus da Hepatite C estão entre esses avanços importantes. As condições do nosso país: sua heterogeneidade socioeconômica, a distribuição irregular dos serviços de saúde, a incorporação desigual de tecnologia avançada para diagnóstico e tratamento de enfermidades, são elementos importantes que devem ser considerados na avaliação do processo endemo-epidêmico das hepatites virais. O número de pacientes infectados é incerto, relacionado geralmente a alguns Estados e municípios brasileiros, e o esclarecimento dos agentes causadores das hepatites, cuja identificação requer técnicas laboratoriais complexas de biologia molecular, é realizado de maneira insuficiente. Por outro lado, "a progressiva integração entre as instâncias gestoras dos programas de vigilância e controle das doenças com grupos de pesquisa e desses com os serviços" e a disponibilização de bancos de dados nacionais mais confiáveis apontam para novos e melhores caminhos. Na presente pesquisa foi feita um levantamento das hepatites virais B e C, as mais frequentes no nosso país, assim como de sua epidemiologia e das estratégias preferenciais para a prevenção dessas doenças.

As ações propostas, portanto, para a eliminação das hepatites como problema de saúde pública concentram-se na resposta às hepatites B e C, que

representam, entre as hepatites virais, as duas principais causas de morbimortalidade.

Os pacientes com hepatite B e coinfeções devem ser atendidos em serviços especializados em hepatologia e infectologia para o adequado diagnóstico, a inclusão no protocolo de tratamento e o acompanhamento. Também devem ser avaliados periodicamente em relação à eficácia do tratamento e ao desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica. A existência de centro de referência, HUGG, facilita o tratamento em si, bem como o ajuste de doses, caso necessário, e o controle de efeitos adversos. É necessário verificar, na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente, em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo. Os estados e municípios deverão manter atualizadas as informações referentes aos registros de estoque, distribuição e dispensação dos medicamentos e encaminhar essas informações ao Ministério da Saúde via Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (BNAFAR), conforme as normativas vigentes.

A pesquisa permitiu uma aproximação com a realidade do campo em estudo e, assim, percebe-se que os projetos terapêuticos refletem as concepções sobre produção do cuidado formatadas com base nas ações em saúde. A partir dos fluxogramas descritores, ferramenta que possibilitou revelar desafios e avanços na reconstrução do projeto terapêutico dos usuários, observa-se uma singularidade e dinamicidade no processo, uma vez que ocorre a utilização de tecnologias das relações e a participação multidisciplinar dos trabalhadores do serviço.

O projeto terapêutico assume características de arranjo e dispositivo à medida que, ao planejá-lo, os profissionais refletem sobre sua prática em um processo de autoanálise. Essa ação sinaliza um modo para potencializar o cuidado quando está contextualizada com as dimensões da atenção às necessidades de saúde, assumindo postura crítica que favoreça o reconhecimento e inclusão de protagonistas (e não apenas espectadores) nesse processo.

Nesta pesquisa, emergiu a escassez de discussões que considerassem o protagonismo dos usuários e da família na construção do projeto terapêutico em uma atitude dialógica de negociação e corresponsabilização entre equipe/usuário/familiar, uma vez que os planos terapêuticos seriam para negociação

coletiva e não poderiam ser definidos por um ou outro ator social, mas em uma perspectiva coletiva, participativa e de produção de autonomia.

Diante desse cenário, apresenta-se o desafio de garantir a construção de projetos terapêuticos capazes de promover o cuidado integral e abranger a dimensão afetiva. Salienta-se que este vai além dos cuidados e ações efetivadas.

Projetos terapêuticos comprometidos com as dimensões da necessidade de saúde e com o ideal de integralidade do SUS devem ir além da instituição HUGG. Precisam abranger o olhar e estabelecer relações sólidas com a comunidade, com a rede assistencial e social de apoio. Este poderá ser um caminho capaz de lidar com as singularidades dos sujeitos e comprometer-se com a construção do SUS de qualidade.

No que tange aos facilitadores da elaboração do referido produto, cita-se os seguintes aspectos: o apoio da coordenação do serviço, bem como o interesse e empenho na temática e nas discussões realizadas no setor. Como limitação das ações extensionistas, não contamos com os demais profissionais e residentes durante a realização das discussões, mas a experiência indica a necessidade deste componente estar presente desde a formulação da proposta, passando pela execução e avaliação.

Com base na pesquisa de revisão e na experiência prática, foi possível fortalecer a ideia de que mediante a discussão de cada caso, a minuciosa construção de um Protocolo Terapêutico Institucional em equipe interdisciplinar, com a participação de usuário e família, emerge a possibilidade de ampliação das chances para uma vida com melhor prognóstico, oportunidade de vivências, experiências, crescimento e empoderamento. A partir disso, espera-se que os profissionais incorporem a responsabilidade ético-técnica e política dessas ações, a fim de se lembrar que as decisões sejam simples e menos complexas, com empenho e dedicação de cada indivíduo envolvido no processo.

Em razão da presente pesquisa, que traz como resultado, o desenvolvimento de protocolo que vise contribuir para o aperfeiçoamento da assistência aos usuários do serviço de hepatologia do HUGG com hepatite B e C motivou as seguintes diretrizes:

a) Entender as etapas do sistema percorridas pelos usuários, a fim de envolvê-lo ativamente com o processo de cuidado de saúde prestado pelo serviço de endocrinologia, em caso de possíveis ocorrências de problemas metabólicos;

- b) Mensurar a melhora da qualidade de vida dos assistidos com infecção pelo HBV e HBC, a partir da adoção do protocolo e a sua relação com a redução do risco de evolução para cirrose, insuficiência hepática, CHC e mortalidade associada ao HBV e HBC;
- c) Avaliar a atividade e a gravidade da doença hepática, verificando o impacto da utilização de parâmetros bioquímicos hepáticos no decorrer do tratamento;
- d) Identificar o resultado decorrente da recomendação da prática de abstinência do consumo de álcool ou, não sendo isso possível, da redução do seu consumo;
- e) Verificar as implicações dos pareceres solicitados aos serviços de dermatologia e endocrinologia ao tratamento dos pacientes em acompanhamento hepatológico.

Ao final desta pesquisa, foi possível descrever o que a literatura científica diz a respeito do uso do Protocolo Terapêutico Institucional no campo da saúde. Além disso, ampliou-se as possibilidades de se pensar sobre a construção/uso de um Protocolo Terapêutico Institucional em contextos e com demandas distintas. A partir disso, propor-se-á a capacitação dos profissionais que utilizarão o Protocolo Terapêutico Institucional - PTI, informando-lhes e aos gestores as possibilidades de uso do PTI, ampliando-as dentro dos serviços de saúde, além de informar e ampliar a abrangência do Protocolo em seus vários níveis de atenção à saúde e sua importância e potência como um instrumento de gestão e de aplicabilidade clínica, distinguindo-se de um indicador.

A educação no processo saúde é de extrema importância para a formação permanente e continuada da equipe de saúde, assim como também para implementar dentro da comunidade as informações como as formas de tratamento e as formas de redução de danos, deste modo os indivíduos terão ciência da doença e serão protagonistas do seu processo de tratamento e cura.

Finalmente, a autora deste trabalho observa com entusiasmo, o que está se tornando realidade à efetiva integração das pesquisas clínicas de cunho acadêmico (nacionais e internacionais) com os serviços de saúde. Estudos bem desenhados, com todo o rigor científico, sobre as doenças transmissíveis existentes no nosso país estão sendo apresentados em Programas de Pós-graduação (Mestrados e

Doutorados), permitindo aprofundar o conhecimento de um dos maiores problemas de saúde do Brasil: as hepatites virais B e C.

REFERÊNCIAS

Almeida, E.C. *et al.* Access to viral hepatitis care: distribution of health services in the Northern region of Brazil. *Rev Bras Epidemiol*, [S.l.], v. 22, n. suppl 1, p. e190008, 2019.

Backes, D.S. *et al.* Systemic Interactivity between interdependente concepts of nursing care. *Aquichan*, [S.l.], v. 169, n. 1, p. 24-31, 2016.

Bandeira, L.L.B. *et al.* Epidemiologia das hepatites virais por classificação etiológica. Universidade de Vassouras, RJ, Brasil. *Rev Soc Bras Clin Med*, [S.l.], v. 16 n. 4, out-dez. 2018.

Barros, F. Correlation of non-alcoholic fatty liver disease and features of metabolic syndrome in morbidly obese patients in the preoperative assessment for bariatric surgery. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, [S.l.], v. 29 n. 4, nov-dec. 2019.

Borges, N.B.; Ferraz, M.B.; Chacra, A.R. The cost of type 2 diabetes in Brazil: evaluation of a diabetes care center in the city of São Paulo, Brazil. *Diabetol Metab Syndr*, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 122, 2019.

Bosi, P.L. *et al.* Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in the urban population of 30 to 79 years of the city of São Carlos, São Paulo. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, [S.l.], v. 53, n. 6, p. 726-32, 2019.

Braga, P.E.; Cardoso, M.R.A.; Segurado, A.C. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2653-2662, 2007.

Brasil. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#>. Acesso: 04 dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. *Nota Informativa número 20/2020-CGAHV/DCCI/SVS*. Brasília - DF, 2020a. Disponível em: <http://azt.aims.gov.br/informes/Informe%20n%C2%BA%2032_20%20-%20NI%2020%20-%20Altera%C3%A7%C3%A3o%20recomenda%C3%A7%C3%B5es%20TARV%20PVHIV%20mais%202%20anos.pdf>. Acesso: 04 dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Hospitalar. *Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de julho de 2017*. 2017. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/10_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_contratualizacao_cosems.pdf>. Acesso: 04 dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. *Linhas de Cuidado*. 2019a. Disponível em: <<http://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/,2019>>. Acesso: 04 dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções*. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-de-hepatite-b-e-coinfeccoes-2023_.pdf>. Acesso: 21 mar. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *A B C D E das hepatites virais para agentes comunitários de saúde*. Ministério da Saúde. 2020b. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcde_hepatites_virais_agentes_comun.pdf>. Acesso: 04 dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite c e coinfecções*. 2019b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hepatites-virais/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c/view>>. Acesso: 04 dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites virais 2021. *Boletim Epidemiológico Hepatites Virais 2021*. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-de-hepatite-2021.pdf>>. Acesso: 04 dez. 2023.

Brasil. Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002. 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 3, p. 15, 31 jan. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm>>. Acesso em: 23 mar. 2024.

Camargo Jr., K.R. On health needs: the concept labyrinth. *Cad Saúde Pública*, [S.l.], v. 34, n. 6, p. e00113717, 2018.

Campos, G.W.S.; Domitti, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

Cane, V. *et al.* Modelo mhealth de vigilancia epidemiológica simplificada en Paraguay. *Rev. Cient. UCSA*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 6-16, 2018.

Carnut, L.; Ferraz, C.B. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 451-466, abr-jun. 2021.

Cassana, M.J.; Motta, T.P.; Casanova, S.M. Perfil epidemiológico de portadores de hepatite C do núcleo hospitalar epidemiológico do sul do Brasil. *Ens Cienc*, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 55-64, 2019.

Castoldi, D.F. *et al.* Há correlação clinicopatológica do adenocarcinoma colorretal com a expressão imunoistoquímica do OPN e ABCB5W? *ABCD Arq Bras Cir Dig*, [S.l.], v. 33, n. 4, 2020.

Cerroni, M.P.; Carmo, E.H. Magnitude das doenças de notificação compulsória e avaliação dos indicadores de vigilância epidemiológica em municípios da linha de fronteira do Brasil, 2007 a 2009. *Epidemiol Serv Saude*, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 617-28, 2021.

Corrêa, R.G.C.F. *et al.* Characteristics of patients with hepatitis B and C in hemodialysis and comorbidities. *Rev Pesq Saúde*, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 32-36, set-dez, 2011.

Cruz, C.R.B.; Shirassu, M.M.; Martins, W.P. Comparison between hepatitis B and C epidemiological profiles at a public institution in São Paulo, Brazil. *Arq Gastroenterol*, [S.l.], v. 46, n. 3, p. 225-9, 2019.

Duarte, G. *et al.* Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: hepatites virais. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, v. 30, n. Esp.1, p. e2020834, 2021.

Dyson, J. *et al.* Hepatocellular cancer: the impact of obesity, type 2 diabetes and a multidisciplinary team. *J Hepatol*, [S.l.], v. 60, n. 1, p. 110-7, 2019.

Ernani, L. *et al.* Protocolo de transplante hepático para metástase colorretal irressecável. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, [S.l.], v. 34, n. 4, p. e1625, 2021.

Ferreira, C.T.; Silveira, T.R. Viral Hepatitis: epidemiological and preventive aspects. *Rev Bras Epidemiol*, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 473-487, 2004.

Ferreira, V.L.; Pontarolo, R. Contextualização e avanços no tratamento da Hepatite C: uma revisão da literatura. *Visão Acadêmica*, Curitiba, v. 18, n. 1, jun. 2017.

Freitas, C.M.; Barcellos, C.; Villela, D.A.M. *Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 29-193.

Freire, J.O. *et al.* Prevalência de HIV, Sífilis, Hepatites B e C em gestantes de uma maternidade de Salvador. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, [S.l.], v. 21, n. 3, p. jul-sep. 2021.

Freitas, G.C.; Flores, J.A.; Camargo Jr, K.R. Necessidades de saúde: reflexões acerca da (in)definição de um conceito. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. e200983, 2022.

Gomes, A.M. *et al.* Hepatites virais: uma análise clínico-epidemiológica no estado do Tocantins nos últimos 18 anos. *Revista de Patologia do Tocantins*, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 107-113, 2020.

Granstrand, O.; Holgerssonb, M. Innovation ecosystems: a conceptual review and a new definition. *Technovation*, [S.l.], v. 90-91, p. 102098, 2019.

Guimarães, R.M. *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Cien Saude Colet*, [S.l.], v. 22, n. 5, p. 1407-16, 2018.

Hino, P. *et al.* Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 43, n. Esp 2, p. 1156-67, 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *SIRGAS*. 2019. Disponível em: <<http://www.sirgas.org/index.php?id=15>>. Acesso em: 04 dez 2023.

Jardim, V.M.R.; Cartana, M.H.F.; Kantorski, L.P. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de atenção psicossocial. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 241-248, 2009.

Kantorski, L.P. *et al.* A concepção dos profissionais acerca do Projeto Terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial - Caps. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 659-666, dez. 2010.

Kleinubing, R.E. *et al.* Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. *Esc Anna Nery*, [S.l.], v. 25, n. 5, p. e20210033, 2021.

Kleinubing, R.E. *et al.* Evaluation of the health attention to pregnant women with HIV: comparison between primary and specialized service. *Esc Anna Nery*, [S.l.], v. 23, n. 2, p. e20180258, 2019.

Ko, W.H. *et al.* Diabetes, hepatitis virus infection and hepatocellular carcinoma: A case-control study in hepatitis endemic area. *Hepatol Res*, [S.l.], v. 42, n. 8, p. 774-81, 2022.

Kolkhir, P. *et al.* Comorbidity of viral hepatitis and chronic spontaneous urticaria: A systematic review. *Allergy*, [S.l.], v. 73, n. 10, p. 1946-1953, oct. 2018.

Leoni, M.C. *et al.* HIV, HCV and HBV: A review of parallels and differences. *Infect Dis Ther*, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 407-41, dec. 2018.

Li, Q. *et al.* Type 2 diabetes and hepatocellular carcinoma: a case-control study in patients with chronic hepatitis B. *Int J Cancer*, [S.l.], v. 131, n. 5, p. 1197-202, 2020.

Lyra, R. *et al.* Prevalence of diabetes and associated factors in an urban adult population of low educational level and income from the Brazilian Northeast wilderness. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, [S.l.], v. 54, n. 6, p. 560-566, 2020.

Malvezzi, E. Social appropriation of the Brazilian National Health System: Listening to the voices of users. *Interface*, Botucatu, v. 25, p. e200291, 2021.

Massignani, L.R.M. *et al.* Comunicação de diagnóstico de soro positividade HIV e aids por profissionais de saúde. *Psicol Argum*, Curitiba, v. 32, n. supl.2, p. 65-75, out-dez. 2014.

Maurer, M.; Fluhr, J.W.; Khan, D.A. How to approach chronic inducible urticaria. *Allergy Clin Immunol Pract*, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 1119-30, 2018.

Medeiros, G.R. *et al.* Terapias antivirais anti-HCV como alternativa para o tratamento da covid-19. *Res Soc Development*, [S.l.], v. 9, n. 10, p. e9489109406, 2020.

Mehta, S.H. *et al.* Prevalence of type 2 diabetes mellitus among persons with hepatitis C virus infection in the United States. *Ann Intern Med*, [S.l.], v. 133, p. 592-9, 2020.

Melaram, R. Environmental Risk factors Implicated in LiverDisease: A Mini-Review. *Front Public Health*, [S.l.], v. 9, p. 683719, 2021.

Mororó, D.D.S. *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm*, [S.l.], v. 30, n. 3, p. 323-332, mai-jun. 2017.

Mussi, R.F.F.; Flores, F.F.; Almeida, C.B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista Praxis Educacional*, [S.l.], v. 17, n. 48, p. 60-77, out-dez. 2021.

Nakatsuka, T.; Tateishi, R.; Koike, K. Changing clinical management of NAFLD in Asia. *Liver Int*, [S.l.], v. 42, n. 9, p. 1955-1968, 2022.

Neto, S.C.R. *et al.* Epidemiological characterization of notified hepatitis B cases in the state of Piauí between 2008 and 2018. *Res Soc Development*, [S.l.], v. 9, n. 7, p. e854975007, 2020.

Nicastro, E. *et al.* Breakthroughs and challenges in the management of pediatric viral hepatitis. *World J Gastroenterol*, [S.l.], v. 27, n. 20, p. 2474-2494, 2021.

Novaes, A.C. *et al.* Viral hepatitis in the Brazilian context: an integrative review. *Res Soc Development*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e12510111579, 2021.

Nunes, H.M.N. *et al.* As hepatites virais: aspectos epidemiológicos, clínicos e de prevenção em municípios da microrregião de Parauapebas, sudeste do estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, [S.l.], v. 8, n. 2, jun. 2017.

Oliveira, C.S.F. *et al.* Hepatitis B and C virus infection among Brazilian Amazon riparians. *Rev Soc Bras Med Trop*, [S.l.], v. 44, n. 5, p. 546-50, 2019.

Oliveira, M.C.R. *et al.* Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Hepatite C atendidos nos Serviços de Referência do Estado de Piauí. *Res Soc Development*, [S.l.], v. 9, n. 6, p. e71963457, 2020.

Organização Pan-Americana de Saúde. *Relatório Anual do Director 2019. Promover a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030*. 2019. Disponível em: < <https://www.paho.org/annual-report-of-the-director-2019/pt/>>. Acesso em: 04 dez. 2023.

Pereira, A.R.F. *et al.* Urticária crônica induzida: confirmação por testes de provocação e resposta ao tratamento. *Einstein*, São Paulo, v. 18, p. 1-8, 2020.

Pinto, D.M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, 2011.

Rauen, A.T.; Barbosa, C.M. *Encomendas tecnológicas no Brasil: Guia geral de boas práticas*. Brasília (DF): Ipea, 2019.

Relvas, C.; Ramos, A. New methodology for product development process using structured tools. *Proc Inst Mech Eng, B J Eng Manuf*, [S.l.], v. 235, n. 3, p. 378-379, 2021.

Rezende, A.Q.M. *et al.* Existe ligação entre a doença hepática gordurosa não alcoólica e o câncer de pâncreas. Resultados de estudo caso-controle. *Rev Col Bras Cir*, [S.l.], v. 48, p. e20202913, 2021.

Romero-Gómez, M. Insulin resistance and hepatitis C. *World J Gastroenterol*, [S.l.], v. 12, p. 7075-80, 2019.

Schneider, L.R.; Pereira, R.P.G.; Ferraz, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 594-605, jul-set. 2018.

Silva, A.L.A.; Fonseca, R.M.G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 132, n. 3, p. 441-449, 2005.

Silva, M.B.B. *et al.* Obesidade e esteatose grave: a importância da avaliação bioquímica e escores. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, [S.l.], v. 34, n. 4, p. e1626, 2021.

Slomp Junior, H. *et al.* O medo ao cuidar: reflexões sobre uma experiência de educação permanente em tempos de Covid-19. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. Especial 1, p. 399-410, mar. 2022.

Sousa, S.R.G. *et al.* Overview of viral hepatitis: a current study. *Res Soc Development*, [S.l.], v. 9, n. 9, p. e446997443, 2020.

Soverini, V. *et al.* HBV and HCV infection in type 2 diabetes mellitus: a survey in three diabetes units in different Italian areas. *Acta Diabetol*, [S.l.], v. 48, n. 4, p. 337-43, 2021.

Tavares, L.F. *et al.* Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica - Diagnóstico e tratamento. Uma revisão de literatura. *Pará Research Medical Journal*, v. 3, n. 2, p. 1-6, 2022.

Timóteo, M.V.F. *et al.* Epidemiological profile of viral hepatitis in Brazil. *Res Soc Development*, [S. l.], v. 9, n. 6, p. e29963231, 2020.

Yuan, J.M. *et al.* Synergism of alcohol, diabetes, and viral hepatitis on the risk of hepatocellular carcinoma in blacks and whites in the U.S. *Cancer*, [S.l.], v. 101, v. 5, p. 1009-17, 2019.

Zheng Z. *et al.* Diabetes mellitus is associated with hepatocellular carcinoma: a retrospective case-control study in hepatitis endemic area. *PLoS One*, [S.l.], v. 8, n. 12, p. e84776, 2019.

Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP-HUGG

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E AS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS PORTADORES DE HEPATITES VIRAIS COM COMORBIDADES ACOMPANHADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68255023.2.0000.5258

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.983.332

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto: Perfil epidemiológico e as necessidades de saúde dos indivíduos portadores de hepatites virais com comorbidades acompanhados no hospital universitário do rio de janeiro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo principal desta pesquisa, é identificar o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde dos indivíduos portadores das hepatites virais com comorbidades dos indivíduos assistidos no em um hospital universitário localizado no RJ.

Objetivo Secundário:

Identificar a frequência das comorbidades dos pacientes portadores de hepatites virais atendidos no HUGG que necessitam de atendimento especializado em outro serviço clínico e/ou cirúrgico. Descrever as necessidades de saúde dos pacientes portadores de hepatites virais atendidos no HUGG.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O principal risco é o de quebra de sigilo das informações coletadas.

Benefícios:

Quanto aos benefícios deste estudo, acredita-se que irá contribuir para a produção de novos

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5177

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cep.hugg@unirio.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFRÉE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO**



Continuação do Parecer: 5.983.332

conhecimentos na área da Epidemiologia, visto que nasce da necessidade de se fazer uma avaliação da complexidade dos pacientes portadores de hepatites virais assistidos no Hospital Gaffrée e Guinle, a fim de que possa contribuir para o planejamento das ações de vigilância, prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das hepatites virais, impulsionando a redução e a eliminação. O estudo pretende analisar e identificar as recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar o perfil epidemiológico específico baseada em informações científicas, contribuindo assim para estabelecer medidas de promoção da saúde, de ações preventivas e de controle do agravo e construção de novas políticas públicas e estratégias para identificar os bolsões de maior prevalência para reduzir a circulação do vírus na comunidade, logo as pesquisas soroepidemiológicas têm sido um instrumento importante para esse objetivo. Os dados poderão subsidiar os profissionais de saúde no planejamento de intervenções individualizadas e coletivas, resultando na melhora da qualidade da assistência e compreender a complexidade da hepatites virais e determinar respostas programáticas a essas infecções requer dados robustos, podendo contribuir para o planejamento das ações de vigilância, prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das hepatites virais, impulsionando a redução e eliminação dessas doenças no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo observacional, exploratório e descritivo, onde serão coletadas informações de pacientes atendidos no serviço de hepatologia do HUGG, que necessitam de atendimento especializado em outra clínica do HUGG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados conforme resolução. Alguns termos foram adicionados em duplicação. Dispensa de TCLE acatada.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca **CEP:** 22.270-004
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2264-5177 **Fax:** (21)2264-5177 **E-mail:** cep.hugg@unirio.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO**



Continuação do Parecer: 5.983.332

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2106157.pdf	17/03/2023 16:40:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JustificativadadispendeTCLE.docx	17/03/2023 16:35:55	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADOALESSANDRA.pdf	17/03/2023 16:29:59	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Declaração de concordância	usodedadosensinopesquisa.pdf	17/03/2023 16:26:39	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Formulariodecadastrodepesquisa.pdf	17/03/2023 16:26:23	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Outros	cartadeanuenciagastro.pdf	17/03/2023 16:25:05	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Outros	cartadeanuenciadiretor.pdf	17/03/2023 16:24:45	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Outros	solicitacaodeautorizacaodedadossame.pdf	17/03/2023 16:24:17	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Outros	vinculacaoinstitucional.pdf	17/03/2023 16:23:08	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Outros	cartadeanuenciaNIR.pdf	17/03/2023 16:22:44	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Outros	beneficiosdapesquisa.docx	17/03/2023 16:22:19	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	17/03/2023 16:19:07	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	17/03/2023	ALESSANDRA	Aceito

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5177

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cep.hugg@unirio.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.983.332

Cronograma	cronograma.pdf	16:18:54	CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	17/03/2023 16:18:06	ALESSANDRA CARLA DOS SANTOS CAVALCANTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Abril de 2023

Assinado por:
Jorge Francisco da Cunha Pinto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca **CEP:** 22.270-004
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2264-5177 **Fax:** (21)2264-5177 **E-mail:** cep.hugg@unirio.br