



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**LUANA GRAÇAS DA SILVA RAMOS**

**IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO  
FRENTE À EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO  
DA HEPATITE C**

ARIQUEMES-RO

2014

**LUANA GRAÇAS DA SILVA RAMOS**

**IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO  
FRENTE À EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO  
DA HEPATITE C**

Trabalho apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA como requisito à obtenção do grau de Bacharel.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Sonia Carvalho de Santana

ARIQUEMES-RO

2014

# **IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA HEPATITE C**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Ma. Sonia Carvalho de Santana

## **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Orientadora Ma. Sonia Carvalho de Santana

Faculdade de Educação e Meio Ambiente -  
FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>.Ma. Mônica Fernandes Freiburger

Faculdade de Educação e Meio Ambiente -  
FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Ma. Laís Ayres Seixas

Faculdade de Educação e Meio Ambiente –  
FAEMA

Ariquemes – RO, 02 de Dezembro de 2014

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, meus familiares e professores que contribuíram para o mesmo. Com ele, tive a oportunidade de aprender muito e no futuro próximo, transferir este conhecimento a diante. Mesmo muitas vezes desanimada e cansada, mas sempre com muita fé de que no final tudo daria certo.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por esta oportunidade, pela saúde de poder levantar todos os dias para recomeçar, obrigada DEUS, por acreditar em mim, em todos os momentos, sempre me dando forças.

Gostaria de agradecer especialmente a minha mãe Marcia Helena, que nunca mediu esforços para me dar o melhor, muitas vezes cansada, mas sempre disposta para me servir, sempre me encorajando, sonhando meus sonhos, me ajudando a realizar. Mãe eu te amo, quero que saiba que o seu amor me trouxe até aqui, e essa vitória eu dedico a ti.

Agradeço ao meu pai Reonildo Ramos, pela dignidade, pela força, por acordar todos os dias cedo e permitir que estivesse aqui através dessa conquista te agradecendo por contribuir com este sonho, mesmo ausente, quero que saiba que te admiro e que te respeito.

Agradeço também ao meu irmão Luan, muitas vezes desanimada recebi aquele abraço e aquele carinho que ninguém mais poderia me dar, meu irmão, eu amo você, parte de mim.

Agradeço a minha orientadora Sonia Carvalho de Santana, não só pela orientação, mas também pelo carinho e preocupação, por disponibilizar seu precioso tempo para enriquecer este trabalho, pelas suas correções e incentivos, muito obrigada professora, sou muito grata ao teu esforço. Agradeço também aos professores, em especial a Dr. Helena Meika Uesugui pela construção deste trabalho, e todas as professoras e professores que com muita paciência e sabedoria contribuíram para nosso crescimento profissional.

Também agradeço as minhas amigas em especial a Daiane Dantas, que sempre esteve presente, me ajudando, servindo com muito carinho, Dai, se não fosse você, seria muito mais difícil. Obrigada amigas por entender minha ausência devida os estudo Também agradeço aos meus colegas e amigos da turma ARCE, quero dizer-lhes que vocês são especiais. Conquistei amizades verdadeiras nestes cinco anos que hoje posso chamar de amigos. Hoje não sou mais aquela menina que iniciou aquele curso, eu cresci muito com vocês, obrigada pelas ajudas, risadas, levarei cada um no meu coração para sempre.

*“Desistir...Eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.”*

**Cora Coralina**

## RESUMO

A Hepatite C é uma inflamação do fígado provocada pelo vírus da Hepatite C (HCV), que quando crônica, pode conduzir à cirrose, insuficiência hepática e hepatocarcinoma. Pelo grande número de indivíduos atingidos e pelas possibilidades de complicações na forma aguda e crônica, a Hepatite C é de grande importância para a saúde pública. Nesse contexto, a atuação do enfermeiro é essencial na educação em saúde para a prevenção. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de destacar a importância da atuação do enfermeiro frente à educação em saúde na prevenção da hepatite C. A base de dados são de artigos indexados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, Manuais do Ministério da Saúde e o acervo da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – Faema. Atuando de forma individual e coletiva e no aconselhamento, o enfermeiro tem um papel muito importante, uma vez que a prevenção da Hepatite C é a estratégia mais eficaz para a não ocorrência da doença.

**Palavras – chave:** Hepatite C; Prevenção da Hepatite C; Educação em Saúde e Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Hepatitis C is an inflammation of the liver caused by hepatitis C virus (HCV), when chronic, it may lead to cirrhosis, liver failure and hepatocellular carcinoma. The large number of affected individuals and the possibilities of complications in acute and chronic form, Hepatitis C is of great importance to public health. In this context, the nurse's role is essential in health education for prevention. This is a literature search in order to highlight the importance of work of nurses facing the health education in the prevention of hepatitis C. The database is indexed articles of the Virtual Health Library (VHL), SciELO, Books Ministry of Health and Julio Bordignon Library of the Faculty of Education and the Environment - Faema. Acting individually and collectively and in counseling, the nurse has a very important role, since the prevention of Hepatitis C is the most effective strategy for non-occurrence of the disease.

**Key - words:** Hepatitis C; Hepatitis C Prevention; Health Education and Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Prevalência da positividade para o anti-HCV em doadores de sangue nos diferentes estados brasileiro .....	17
Figura 2: Vírus da Hepatite C .....	18

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Planejamento da assistência relacionado à nutrição: diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem.....31

Tabela 2- Planejamento da assistência relacionado ao controle hidroeletrolítico: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.....32

Tabela 3- Planejamento da assistência relacionado a terapia com exercícios: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.....33

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BOC- Boceprevir

DNA- Ácido Desoxirribonucleico

DST- Doença Sexualmente Transmissível

EUA- Estados Unidos da America

HCV ou VHC- Vírus da Hepatite C

IFN- Interferon

IF $\alpha$ - Interferon Alfa

IP- Inibidores de Protease

PR- Interferon Peguilado e Ribavirina

PCR- Reação em Cadeia da Polimerase

RNA- Ácido Ribonucleico

RVS- Resposta Viroológica Sustentada

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TVR- Telaprevir

VHD- Vírus da Hepatite D $\epsilon$

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	12
2.1 OBJETIVOS GERAL .....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	13
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
4.1 HISTÓRICO DA HEPATITE C .....	14
4.1.1 EPIDEMIOLOGIA DA HEPATITE C.....	15
4.1.2 HEPATITE C .....	17
4.1.3 HEMOTRANSFUSÃO .....	22
4.1.4. TRATAMENTOS DA HEPATITE C .....	25
4.1.5 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA HEPATITE C .....	28
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	37
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	39
<b>ANEXO</b> .....	46

## INTRODUÇÃO

A Hepatite C é uma inflamação do fígado provocada pelo vírus da Hepatite C (HCV), quando crônica, pode conduzir à cirrose, insuficiência hepática e hepatocarcinoma. As Hepatites virais são doenças provocadas por desiguais agentes etiológicos, com tropismo primário pelo fígado e apresentam propriedades epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. As Hepatites virais variam de região para região, porém, sua distribuição é universal, de acordo com os diferentes agentes etiológicos. No Brasil, esta variação também ocorre. A Hepatite C tem grande importância para a saúde, pois atualmente há um grande número de pessoas com a doença e também pelas consequências e complicações que a Hepatite C podem trazer, tanto na forma aguda, quanto na forma crônica. (BRASIL, 2005).

Um dos maiores problemas relevantes da saúde pública atualmente é a Hepatite C que tem a capacidade de se tornar crônica em até 85% dos infectados, elevando o risco para complicações graves como cirrose hepática e câncer de fígado. Desde 1992, diagnósticos foram disponíveis graças aos desenvolvimentos das técnicas laboratoriais, tornou-se possível estimar que cerca de 170 a 200 milhões de infectados em todo o mundo. O período no qual a doença pode tornar-se assintomática faz com que o indivíduo não tome conhecimento de sua doença, portando, não procurando então atendimento especializado. Sendo responsável pela maioria dos casos de transplantes de fígados em inúmeros países, a Hepatite C vem sendo apontada como a pandemia mais importante desse início do século 21 (TEIXEIRA et al, 2006).

O vírus da Hepatite C constitui-se um grave problema, a maioria dos portadores desconhece albergar o vírus. A Hepatite C é uma infecção oculta e além das altas taxas de cronicidade e potencial evolutivo para cirrose e hepatocarcinoma, atribui-se também à Hepatite C, a inexistência de imunoprofilaxia preventiva (SOUSA; CRUVINEL, 2008).

A promoção de saúde tem um papel importante junto ao aconselhamento, pois desenvolve um processo educativo e pode-se desenvolver mediante um diálogo interativo, baseado em uma relação de confiança. Nesse contexto, o profissional enfermeiro que o desenvolve, tem um papel diferenciado e deve possuir algumas habilidades e características, entre as quais se destacam: habilidades de

comunicação, especialmente relacionado à capacidade de escuta; sensibilidade às demandas do indivíduo; conhecimento técnico e compromisso ético. Essa metodologia deve ser realizada de acordo com a consideração do contexto de vida e os aspectos socioculturais nos quais os sujeitos estão inseridos. Proporcionando à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos e tome decisões realistas quanto à sua prevenção e aos problemas que possam estar relacionados à Hepatites C, levando o indivíduo a reconhecer-se como sujeito na prevenção e manutenção da sua saúde (BRASIL, 2005).

O presente trabalho tem como propósito destacar a importância da atuação do enfermeiro na educação em saúde na prevenção da Hepatite C. Dessa maneira, o estudo oferecerá sua contribuição para o avanço do conhecimento da Hepatite C. Trata-se de uma doença silenciosa e através da educação em saúde do profissional enfermeiro, torna-se possível o conhecimento para a prevenção.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAL**

Destacar a importância da atuação do enfermeiro frente à educação em saúde na prevenção da Hepatite C.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Abordar o histórico da Hepatite C;
- Descrever sobre a epidemiologia da Hepatite C no Brasil e no mundo;
- Discorrer sobre a Hepatite C, transmissão e sintomas;
- Elencar a atuação do enfermeiro frente à hemotransfusão na prevenção da Hepatite C;
- Discorrer sobre o tratamento da Hepatite C;
- Elencar a atuação do enfermeiro na prevenção da Hepatite C.

### **3 METODOLOGIA**

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura de caráter descritivo. As estratégias de busca foram às bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS)- que compreende a SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico, Manuais do Ministério da Saúde e o acervo da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Os critérios de seleção dos artigos foram: conter nos títulos os descritores, completos ou em parte: Hepatite C, Prevenção da Hepatite C, Educação em Saúde e Enfermagem. O levantamento das publicações foi realizado no mês de agosto de 2013 a outubro de 2014. O delineamento temporal foi definido entre os anos de 2000 a 2014 e escritos em línguas nacionais e internacionais acessados na íntegra que estavam coerentes com o tema da pesquisa.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 HISTÓRICO DA HEPATITE C

A princípio a Hepatite C era uma doença sem um agente biológico identificado. Ao longo de muitas décadas, este assunto foi uma constante dúvida aos pesquisadores e estudiosos da história natural das Hepatites pós-transfusionais não A e não B. No início da década de oitenta, foram realizadas experiências em primatas e desenvolvidos no Centro de Controle de Atlanta EUA revelaram a presença de um agente infectivo com 60nm de diâmetro, revestido de um invólucro lipoproteico, genoma constituído de ácido ribonucleico (RNA), considerado a princípio membro da família *Togaviridae* e transmitido mediante sangue e hemoderivados. Mediante a descoberta, Daniel Bradley e colaboradores o cognominaram de *Agente de forma tubular* (FONSECA, 2010).

Após seis anos de intensa investigação (1982-1988), o genoma do agente viral foi identificado. Responsável por 80 a 90% das Hepatites pós-transfusionais não A e não B. George Kuo e cols descreveram a realização de um teste sorológico para a detecção dos anticorpos contra a infecção pelo VHC no mesmo ano. Estudos publicados neste mesmo ano da descoberta do VHC revelaram a sérica do anti-HCV em seguimento de pacientes com história de Hepatite pós-transfusional aguda e entre pacientes com Hepatite crônica não A, não B história de transfusão sanguínea (PARANÁ, 2000).

Segundo Fonseca (2010), em estudos recentes, Michael Houghton revela que seu grupo de pesquisa utilizou sonda de hibridização para os agentes virais da Hepatites não A e não B e demonstrou a primeira vez a estrutura circular do genoma do VHC. O mesmo grupo que descobriu o VHC publicou dois trabalhos relacionados a colocação de uma vacina contra o VHC experimental, em chipanzés, os resultados foram considerados bastante promissores pelos autores.

#### 4.1.1 EPIDEMIOLOGIA DA HEPATITE C

A Hepatite C é responsável pela forma de doença hepática crônica, e designada como um dos principais fatores. Há uma grande variedade na prevalência da infecção do (HCV) de acordo com a região geográfica. Considerando os dados insuficientes, abalçamentos advertem que o Brasil é um país com prevalência intermediária, variando entre 1% e 2% (MARTINS, 2011).

É de Notificação Compulsória em todo território nacional, conforme Laguardia:

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é um sistema que deve ser utilizado como a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemias, bem como elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em ensaios específicos (LAGUARDIA et al, 2004).

O SINAN tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal. Os dados são coletados a partir da Ficha Individual de Notificação (FIN) que é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (BRASIL, 2014).

Segundo Takahashi, as doenças transmissíveis situam-se entre os temas mais complexos e diversificados da saúde coletiva, sendo que as ações de prevenção, controle e tratamento competem ao conjunto dos trabalhadores da saúde, que contribuem cada qual com seus conhecimentos e habilidades específicos para transformar o perfil epidemiológico da população no que tange a esses agravos. Portanto, a enfermagem, ao integrar o processo de trabalho em saúde, desenvolve intervenções na dimensão coletiva do processo saúde-doença, por meio do monitoramento do perfil epidemiológico dos grupos sociais e comunidades e, por isto, articuladas à vigilância epidemiológica. A vigilância

epidemiológica foi incorporada pelo Sistema Único de Saúde que, na lei 8.080/ 1990, conceituou-a como o:

"[...]conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças e agravos" (BRASIL, 2005).

Cerca de 170 milhões de indivíduos apresentam infecção crônica e sob risco de desenvolver as complicações da doença. De acordo com a OMS, o Brasil é considerado um país de endemicidade intermediária para Hepatite C, com prevalência da infecção situada entre 2,5% e 10% (BRASIL, 2011).

A prevalência da infecção pelo HCV é considerada baixa no Reino Unido, Escandinávia (0,01% a 0,1%), Europa Ocidental, Austrália e África do Sul (0,2% a 0,5%). Prevalências intermediárias são encontradas no Leste Europeu, Mediterrâneo, Oriente Médio e Índia. Outros países com prevalência intermediária incluem Brasil, Europa Oriental, partes da África e Ásia. No Egito é considerado onde tem a maior prevalência do vírus HCV (17% a 26%), além de Hubei, Mongólia, Paquistão (SCHIAVON, 2011).

Um inquérito realizado pela Sociedade Brasileira de Hepatologia revelou que dos 1.173.406 doadores de sangue avaliados, 14.527 (1,23%) foram reativos para o anti-HCV. A Figura 1 exibe a distribuição espacial da prevalência de positividade para o anti-HCV segundo os Estados. As maiores taxas de prevalência foram observadas nos Estados da região Norte (2,12%). A região Sul, por sua vez, mostrou baixa prevalência de positividade para o anti-HCV (0,65%). Com taxas intermediárias, regiões como o Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste, indicam (1,04%, 1,19% e 1,43%, respectivamente) (MARTINS et al, 2011).

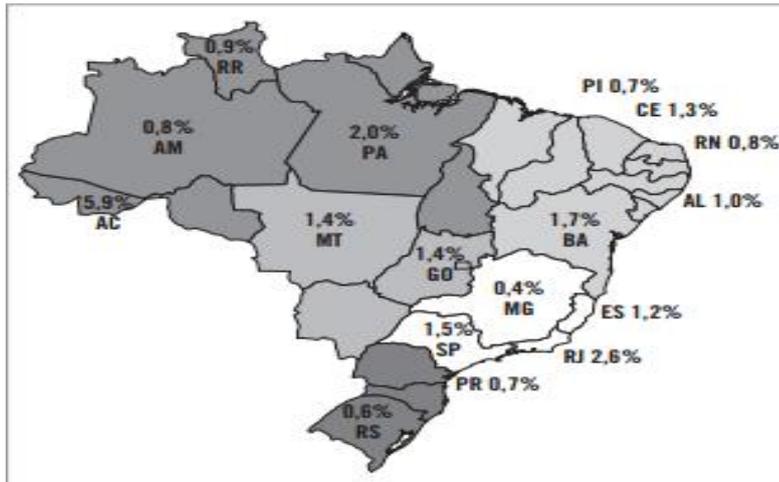


Figura 1- Prevalência da positividade para o anti-HCV em doadores de sangue nos diferentes estados brasileiros

Fonte: MARTINS et al, 2011.

Tendo como base os dados do ano de 2002, provenientes da rede de hemocentros de pré-doadores de sangue, a distribuição da soroprevalência da Hepatite C variou entre as regiões brasileiras: 0,62% no Norte, 0,55% no Nordeste, 0,28% Na região do Centro-Oeste, 0,43% na região Sudeste e no Sul de 0,46%. Na cidade de São Paulo, foi elaborado um estudo, revelando os dados de 1,42% de portadores de anti-HCV. Realizado nas capitais brasileiras, o estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das Hepatites A, B e C encontrou as seguintes prevalências de anti-HCV: na Região Norte, 2,1%; no Nordeste, 0,7%; no Centro-Oeste, 1,3%; no Sudeste, 1,3% no Sul, 1,2%; e no Distrito Federal, 0,8%. Os fatores de risco mais relevantes encontrados na população de 13 a 69 anos sendo pelo uso de drogas injetáveis e o uso de droga inalada (BRASIL, 2011).

#### 4.1.2 HEPATITE C

A Hepatite C é uma inflamação do fígado, causada pelo vírus HCV, o qual pertence à família *Flaviviridae*, gênero Hepacavirus. (ROMANOS et al, 2002).

O HCV é classificado em seis genótipos principais (designados 1 a 6) e diversos subtipos com base na heterogeneidade da sequência genômica. Os genótipos 1, 2 e 3 têm uma distribuição mundial; entre eles, os subtipos 1a e 1b são os mais comuns, representando 60% das infecções no mundo (BRASIL, 2012).

Por serem causadas por diferentes agentes etiológicos, as Hepatites possuem em comum o hepatotropismo:

As Hepatites virais são doenças provocadas por desiguais agentes etiológicos, de distribuição universal, que têm em comum o hepatotropismo. Possuem semelhanças do ponto de vista clínico-laboratorial, mas apresentam importantes diferenças epidemiológicas e quanto à sua evolução (FERREIRA;SILVEIRA, 2004).

Realizada uma análise denominada filogenética de uma sequência genômica foi possível permitir a diferenciação de 6 genótipos, sendo assim subdivididos em grupos a, b, c, etc. Dentro de um mesmo genótipo e subtipo podemos ainda ter variações do VHC, que são denominadas *quasispecies*. Sendo admissível devido a imperfeita replicação do vírus, com o surgimento de pequenas e constantes mutações. A maior ou menor diversidade das *quasispecies* parece estar relacionada com a pressão imunológica, já que costuma ser pequena nas fases iniciais **da Hepatite C**, com aminotransferases normais, **consistindo assim em diferentes casos de heterogeneidade** de doença hepática mais avançada e/ou baixa resposta terapêutica (STRAUSS, 2001).

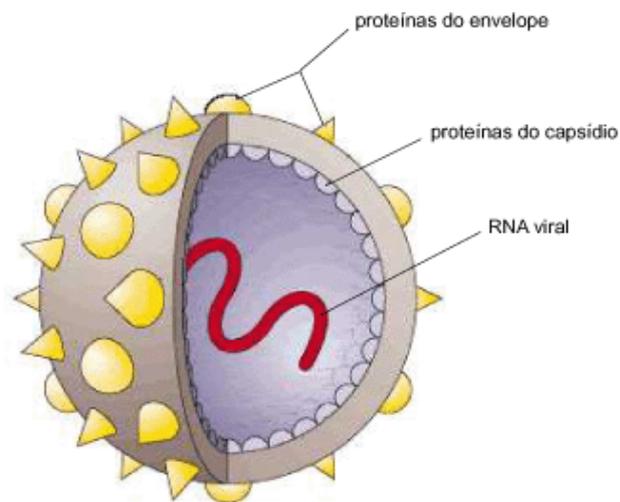


Figura 02: Vírus da Hepatite C ( Fonte: STRAUSS, 2001).

Este tipo de Hepatite vem sendo estudado antes da descoberta de seu agente viral, ao longo dos anos foi então definida. como Hepatite não A não B, uma forma de doença hepática aguda ou crônica que se seguia após a uma transfusão sanguínea ou de hemoderivados (SILVA, 2001).

Doença infecciosa viral, contagiosa, conhecido anteriormente por Hepatite Não A Não B, quando era responsável por 90% dos casos de Hepatites ocasionadas pela transfusão de sangue, com agente etiológico ainda não reconhecido.

Podendo apresentar-se como uma infecção assintomática ou sintomática. Em média 80% das pessoas que se infectam não conseguem eliminar o vírus, evoluindo para formas crônicas. Os restantes 20% conseguem eliminá-lo dentro de um período de seis meses do início da infecção (BRASIL, 2005).

A inflamação ocasionada pelo vírus da Hepatite C ocorre principalmente por pessoas que adquirem o vírus HCV e, dependendo da intensidade e do tempo de duração, a doença pode evoluir para cirrose ou câncer no fígado (PALTANIN; REICHE, 2002).

Em relação a associação do vírus da Hepatite C com o álcool, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode modificar a progressão da doença, acelerando vários fatores como a fibrose, podendo levar rapidamente a uma cirrose, ocasionando então um carcinoma. Sabe-se que o consumo de álcool favorece a replicação do vírus da hepatite C, agravando a lesão pela doença, pois causa danos aditivos, cuja patologia não é necessariamente semelhante em todos os casos, este fator está relacionado ao consumo do etanol como: quantidade da dose, período da ingestão, duração...) e das condições, da fase da hepatopatia pelo vírus C (MINCIS; MINCIS, 2000).

A progressão da lesão hepática, da hepatite crônica para cirrose, pode ainda relacionar-se a fatores do hospedeiro, ou seja, sexo, idade, uso de álcool ou concomitância com outros vírus. Considerado um dos fatores mais importantes, é o estado imunológico do hospedeiro. Sendo assim, o VHC pode ser eliminado em até 15% com uma boa resposta imunológica dos indivíduos que entram em contato com ele, enquanto em pacientes crônicos, ou imunossuprimidos a doença evolui mais rapidamente para cirrose e hepatocarcinoma quando comparada aos imunocompetentes. A progressão da doença é mais rápida devido a co-infecções como por exemplo VHC-HIV comparada aos pacientes HIV negativos, de forma semelhante ao que ocorre na co-infecção com o vírus da hepatite B (STRAUSS, 2001).

A manifestação de sintomas da Hepatite C em sua fase aguda é extremamente rara. Quando presentes, seus sintomas apresentam semelhantes em relação as outras hepatites. Persistindo por mais de seis meses a reação inflamatória, considera-se que a doença está evoluindo para a forma crônica. Os sintomas, quando ausentes, são inespecíficos, predominando fadiga, mal-estar geral

e sintomas digestivos. Evoluindo para uma cirrose, surgem o aparecimento de varizes de esôfago, edemas, icterícia, ascite, entre outros... O hepatocarcinoma também faz parte de uma porcentagem do quadro crônico de evolução desfavorável (BRASIL, 2005).

Como a fase aguda da doença é assintomática em 80% dos casos, o diagnóstico raramente é realizado neste estágio. Na fase aguda em 50% a 90% dos casos ocorre a cronificação da hepatite aguda. Mesmo na fase crônica, a ausência ou a inespecificidade dos sintomas agravam ainda mais a doença, pois, geralmente a mesma é realizada por acaso, estando assim, em um estágio ainda mais avançado. As doenças do fígado associadas ao VHC podem manifestar-se em após anos de infecção e sua evolução ocorre de forma dinâmica, o portador se expõe a doença, infecta, recupera ou o VHC se cronifica, reação de fibrose no fígado, cirrose e complicações terminais, como carcinoma hepatocelular, morte por doenças do fígado e transplante (MIYAZAKI *et al*, 2005).

Os indivíduos considerados de risco são aqueles que receberam transfusões de sangue e/ou hemoderivados antes de 1992, usuários de drogas intravenosas, pessoas com tatuagens e *piercings*, alcoólatras, portadores de HIV, transplantados, hemodialisados, hemofílicos, presidiários e sexualmente promíscuos (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

O VHC é o agente causal de mais de 90% das hepatites pós-transfusionais. Entretanto, a transfusões de sangue e hemocomponentes realizadas em pessoas em até o início dos anos 90, com ou sem história de Hepatite pós-transfusional, devem ser avaliadas para provável contaminação com o vírus da Hepatite C. No Brasil, a partir de 1993, há a obrigatoriedade dos testes sorológicos (anti-VHC) em candidatos a doadores de sangue (STRAUSS, 2001).

A transmissão do HCV ocorre pelo contato com sangue infectado pela exposição parenteral, hemocomponentes, transfusão de sangue e transplantes de doadores infectados. Outros fatores de transmissão do HCV são: Uso de tatuagens, colocação de *piercings*, compartilhamento de equipamentos para uso de drogas e objetos de uso pessoal, tais como lâminas de barbear ou depilar, escovas de dente e instrumentos para pedicure/manicure (BRASIL, 2011).

Entre as outras vias de transmissão diferentes como, por exemplo, as não-parenterais, torna-se importante ressaltar a possibilidade da transmissão sexual.

Embora não comprovado, deve-se orientar ao paciente e alertar quanto o uso de preservativos (STRAUSS, 2001).

Embora a hepatite C não seja conceitualmente uma DST, a transmissão sexual é possível, de baixa frequência, e incrementada pela presença de lesões genitais, práticas sexuais de risco ou infecção pelo HIV. Nessas situações, o uso do preservativo é recomendado. Casais heteros sexuais monogâmicos e sorologicamente discordantes podem utilizar o preservativo por decisão própria após serem adequadamente orientados. Alerta-se para o risco de transmissão intradomiciliar pelo compartilhamento de utensílios com a presença de sangue (VISO et al, 2007).

Dentre métodos preventivos da Hepatite C, um deles é muito importante para a prevenção da doença como, por exemplo, a não reencapar agulhas, sendo necessário à utilização de recipientes de descarte dos materiais (BREVIDELLI; CIANCIARULLO, 2001).

Recomenda-se rigor extremo na fiscalização dos estabelecimentos de saúde e estética, bem como educação continuada aos profissionais que atuam nessa área. Também ressalta-se a necessidade de educação continuada aos profissionais da rede de assistência em todos os níveis em que os pacientes sejam atendidos - da atenção básica até a alta complexidade. Enfatiza-se a necessidade de vacinar os portadores de hepatite C suscetíveis, contra hepatite B e hepatite A. Ressalta-se a necessidade de facilitar a disponibilização da vacina contra hepatite A na rede pública (VISO et al, 2007).

A incidência da infecção pelo VHC, tem como alvo a prevenção para sua diminuição, sendo considerada, prevenção primária. Para que se inicie atividades de prevenção secundária e terciária é necessária a identificação dos indivíduos anti-VHC infectados, pois essas se destinam a reduzir o risco de transmissão e a evolução para hepatopatia crônica. Deve ser trabalhada uma prevenção que visa o aconselhamento de usuários de drogas ou que estão em risco de uso, e aquelas com práticas sexuais também consideradas de risco (FERREIR; SILVEIRA, 2004).

Orientações educacionais dirigidas à população sabidamente infectada poderão esclarecer sobre os potenciais mecanismos de transmissão e auxiliar na prevenção de novos casos. Desta forma, segue as recomendações:

Usuários de drogas injetáveis poderão ser incluídos em programas de redução de danos. Outro fator interessante é a orientação sobre o não compartilhamento de agulhas, seringas ou canudos, o uso individual de objetos pessoais como lâminas, escovas de dente, utensílios de manicure. O uso de preservativos deve ser estimulado. Indivíduos infectados devem ser orientados a não doar sangue, esperma ou qualquer órgão para transplante. Uso de equipamentos de proteção individual pelos profissionais da área da Saúde (BRASIL, 2005).

O diagnóstico da Hepatite C é realizado por de exames de sangue de dois tipos: Os exames sorológicos e exames que envolvem técnicas de biologia molecular. Os testes sorológicos identificam anticorpos contra esse vírus, normalmente seus resultados apresentam alta sensibilidade e especificidade. Utiliza-se o teste ELISA (anti-HCV) essa pesquisa de anticorpos (BRASIL, 2005).

O diagnóstico é confirmado através da determinação qualitativa do RNA-VHC, de preferência pelo método da PCR. A (carga viral), ou, determinações quantitativas são interessantes antes do início do tratamento, juntamente com a determinação do genótipo, para definir-se a duração do tratamento. Sendo também utilizadas para respostas terapêuticas e para acompanhamento de casos não tratados (STRAUSS, 2001).

#### 4.1.3 HEMOTRANSFUSÃO

Atualmente a transfusão de sangue e hemocomponentes são muito relevantes na terapêutica moderna. Manuseada as técnicas de forma adequada significativa, não sendo prevenida ou controlada efetivamente de outra maneira, pode salvar vidas e melhorar a saúde dos pacientes. Porém, assim como outras intervenções terapêuticas, pode levar a complicações agudas ou tardias, como o risco de transmissão de agentes infecciosos entre outras complicações clínicas (BRASIL, 2010).

Por ser um procedimento complexo, a hemotransfusão envolve o conhecimento específico por parte da equipe responsável por essa prática, exigindo profissionais habilitados para seu desempenho. A equipe de enfermagem é de grande importância para o desenvolvimento desta prática, sendo ela a responsável

pelo procedimento da hemotransfusão. Portanto, deve estar apta a identificar eventuais problemas decorrentes deste procedimento e prestar ao paciente uma assistência qualificada e precisa, buscando evitar ou minimizar as complicações decorrentes desta (BONEARES et al, 2008).

A transfusão em alguns casos de situações clínicas pode representar a única maneira de se salvar uma vida, ou melhorar rapidamente uma grave condição. Contudo, antes de se prescrever o sangue ou hemocomponentes a um paciente é essencial sempre medir os riscos transfusionais potenciais e compará-los com os riscos que se tem ao não se realizar a transfusão. A segurança e a qualidade do sangue e hemocomponentes devem ser asseguradas em todo o processo, desde a captação de doadores até a sua administração ao paciente. A hemovigilância se insere nessa perspectiva como um sistema de avaliação e alerta, organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes, a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência (BRASIL, 2007).

A transfusão de sangue e hemocomponentes consistem em um procedimento que se inicia na doação de sangue e se finaliza com o acompanhamento do paciente após o procedimento transfusional. Apesar de ser considerada uma prática terapêutica segura, qualquer procedimento transfusional pode apresentar eventos adversos. Esses eventos indesejados, também denominados como reações transfusionais podem ocorrer durante ou depois da transfusão. Tais reações podem ser classificadas como agudas, se ocorrerem durante ou em até 24 horas após o procedimento transfusional; ou tardias, se surgirem depois desse período. A notificação das reações transfusionais deve ser compulsória à Vigilância Sanitária. As notificações permitem a rastreabilidade dos agentes causadores dos eventos adversos, auxilia a identificação de deficiências durante a prática transfusional e ainda subsidia a prática científica (COSTA et al, 2014).

O anticorpo do VHC fica detectável cerca de 30 a 60 dias depois da infecção. O antígeno viral aparece normalmente entre 0 a 20 dias depois do RNA viral aparecer pela primeira vez. O anticorpo gerado pode ser detectado entre 10 e 40 dias depois da primeira detecção do antígeno. Para minimizar o risco de infecção pelo VHC por meio de transfusão: O rastreio deve ser realizado utilizando um imunoteste anticorpo do VHC muito sensível e específico ou um imunoteste de

combinação antígeno-anticorpo do VHC (EIA/CLIA). O teste deve ser capaz de detectar genótipos específicos ao país ou região. O rastreio utilizando um teste rápido anticorpo do VHC altamente sensível e específico pode ser realizado em laboratórios com pequena produtividade operacional, em zonas ou em situações de emergência (BRASIL, 2010).

O enfermeiro junto ao serviço de hemoterapia, durante sua triagem clínica deve avaliar o doador de sangue, contudo, avaliar, prestar assistência sistematizada e intercorrências que possam surgir durante todo o processo. Tem por função orientar o paciente quando a entrega de exames sorológicos, monitorar a infusão de hemocomponentes e hemoderivados; detecta eventuais reações adversas, registra informações e dados estatísticos pertinentes ao doador e receptor; participa de programas de captação de doadores; desenvolve e participa de pesquisas relacionadas à hemoterapia e à hematologia (BARBOSA et al, 2011).

Segundo a portaria Nº 2.712, de novembro de 2013, redefine o regulamento técnico de procedimentos, Seção II Da Doação de Sangue:

Art. 53. Em relação ao histórico de doenças infecciosas, o candidato à doação não deve apresentar enfermidade infecciosa aguda, nem deve ter antecedentes de infecções transmissíveis pelo sangue.

Art. 54. Quanto ao histórico de enfermidades virais, é considerado definitivamente inapto para a doação de sangue o indivíduo que:

I - tenha antecedente de hepatite viral após os 11 (onze) anos de idade, exceto para caso de comprovação de infecção aguda de hepatite A (IgM reagente) à época do diagnóstico clínico, hipótese em que o doador poderá ser considerado apto após avaliação do resultado pelo médico do serviço de hemoterapia; ou

II - tenha antecedente clínico, laboratorial ou história atual de infecção pelos agentes HBV, HCV, HIV ou HTLV.

Art. 64. Considerar-se-á inapto temporário por 12 (doze) meses o candidato que tenha sido exposto a qualquer uma das situações abaixo:

V - que tenha tido relação sexual com pessoa portadora de infecção pelo HIV, hepatite B, hepatite C ou outra infecção de transmissão sexual e sanguínea.

Segundo a Resolução- RDC Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre a Seção II da seleção de doadores de sangue:

XXII - o candidato com antecedente clínico, laboratorial, ou história atual de infecção pelos vírus HBV, HCV, HIV ou HTLV, ou que tenha sido o único doador de sangue de um paciente que tenha soroconvertido para os referidos marcadores de infecção na ausência de qualquer outra causa provável para a infecção, deve ser considerado definitivamente inapto para a doação de sangue (BRASIL, 2014).

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 306/2006, o enfermeiro tem como competência e atribuição as atividades de: "planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos hemoterápicos e de enfermagem nas unidades, visando a assegurar a qualidade do sangue e hemocomponentes/hemoderivados coletados e transfundidos" (SILVA, 2006).

A terapia transfusional é um complexo processo dependente de vários profissionais e a enfermagem desempenha um papel muito importante devendo realizá-lo com segurança e habilidade, em que toda a equipe deve ter conhecimento sobre o procedimento a ser executado. Evitando assim, erros, não os eliminando totalmente, mas, podem-se reduzir situações e oportunidades para que eles ocorram (SOUZA et al, 2009).

#### 4.1.4. TRATAMENTOS DA HEPATITE C

O tratamento da hepatite C constitui-se em um procedimento de maior complexidade, devendo ser realizado em serviços especializados. Nem todos os pacientes necessitam de tratamento e a definição dependerá da realização de exames específicos, como biópsia hepática e exames de biologia molecular. O tratamento pode ser associado por interferon com ribavirina ou do interferon peguilado associado à ribavirina, quando indicado. Dependendo dos genótipos do vírus variam de 50 a 80% de chances de cura (BRASIL, 2005).

Na fase aguda da infecção da Hepatite C, o tratamento tem como objetivo reduzir o risco de progressão para hepatite crônica. A detecção precoce da infecção aguda, sintomática ou não, vem sendo considerada uma importante medida de controle do HCV, a ser incorporada na prática clínica.

O tardio início da terapia agregasse à menor resposta virológica sustentada (RVS). Quando a infecção é tratada precocemente, as taxas de (RVS) alcançam

valores superiores a 80% e, em algumas situações, próximos de 98% (BRASIL, 2011).

O esquema atualmente recomendado no Brasil para tratamento e retratamento de pacientes infectados cronicamente pelo genótipo 1 do HCV é a associação de interferon peguilado e ribavirina (PR), por 48 a 72 semanas. Em ensaios clínicos randomizados, as taxas médias de RVS alcançadas com PR em um primeiro tratamento estão em torno de 40% a 50% para o genótipo 1. Portanto, estima-se que aproximadamente metade dos pacientes tratados com o esquema preconizado atualmente não responda a essa terapia. O retratamento do HCV utilizando PR após falha virológica prévia a este esquema apresenta taxas de RVS que variam de 9 a 24%. Ou seja, em média, mais de 80% dos pacientes retratados com PR persistem com infecção pelo HCV, permanecendo em risco de complicações clínicas e morte (BRASIL, 2012).

O INF $\alpha$ , é um agrupamento complexo de proteínas, com atividades antivirais, antiproliferativas e imunorregulatórias, é uma droga atualmente utilizada não só no tratamento da Hepatite C crônica, mas também de condições sistêmicas, como o sarcoma de Kaposi, os hemangiomas, os melanomas cutâneos e o carcinoma renal metastático. A ribavirina, por sua vez, é um nucleosídeo sintético, análogo à guanidina, com propriedades anti-retrovirais contra uma série de DNA e RNA vírus, e também com atividade imunorregulatória (JR et al, 2006).

O interferon alfa é considerado, isoladamente ou em associação com a ribavirina, a estratégia terapêutica recomendada para a maioria dos pacientes portadores de hepatite C. Podendo até erradicar o vírus, o tratamento de interferon alfa associado a ribavirina chega no potencial de cura em em 40% dos pacientes e a combinação do interferon peguilado com ribavirina em 54 a 56% dos pacientes (MIYAZAKI et al, 2005).

As diretrizes atuais para o tratamento da infecção crônica pelo HCV recomendam a combinação de interferon alfa peguilado e ribavirina, estudos mostram a dessa combinação sobre o interferon alfa padrão e ribavirina. A terapia a ser seguida pode ter como variantes tipo e dosagem das drogas, duração do tratamento e genótipo viral. O tratamento varia do tipo de genótipo, varia entre 24 (genótipo 2 e 3 viral) e 48 semanas (genótipo 1). O objetivo do tratamento é prevenir as complicações oriundas da infecção pelo HCV, e a sua resposta é avaliada pelos

resultados do teste de HCV RNA. A infecção é considerada erradicada quando existe a eliminação da resposta sustentada do vírus (RVS), caracterizada por ausência de HCV RNA no soro por um teste de sensibilidade no final do tratamento e logo após seis meses (COELHO et al, 2011).

A interferon e Ribavirina, causam alguns efeitos colaterais e devem ser administrados por período de tempo prolongado, exigindo monitorização médica especializada constante. Havendo a possibilidade de a doença evoluir para sérias lesões hepáticas, apenas 20% chegarem à fase cirrótica, o tratamento deve ter indicações específicas. Outro aspecto a ser considerado é o alto custo do processo terapêutico, onerando não apenas os indivíduos acometidos mas toda a sociedade, já que em nosso país existe a distribuição dos medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SLEENG, 2009).

Os INFs na dose de 3 a 6 milhões de unidades por dia, via subcutânea ou intramuscular, três vezes por semana, produzem efeitos precoces e tardios. Dentre os primeiros destaca-se (em 60%-70% dos casos) a síndrome gripal (febre de 38 a 40 °C que aparece 4-6 horas após a injeção, calafrios, mialgias, cefaléia e, menos freqüentemente, artralguas). O paracetamol 500 mg, ingerido algumas horas antes, pode bloquear esses efeitos colaterais. Outros efeitos colaterais podem ser observados (em cerca de 20% dos casos), como anorexia e náuseas. É de bom alvitre hospitalizar os pacientes durante as primeiras 24 horas para melhor avaliar e combater esses efeitos colaterais da primeira dose. Nas doses subseqüentes eles são decrescentes, desde que os intervalos entre as injeções não ultrapassem 3 dias. Dentre os efeitos tardios, temos os sistêmicos, os hematológicos, os infecciosos, os autoimunes e os psiquiátricos (CONTE, 2000).

Nos últimos anos, ensaios clínicos utilizando agentes antivirais de ação direta contra o HCV, têm mostrado que os inibidores de protease (IP) são uma estratégia eficaz para o tratamento do genótipo 1. Boceprevir (BOC) e Telaprevir (TVR) são os primeiros IP para tratamento do HCV e foram recentemente registrados na ANVISA, permitindo sua introdução no arsenal terapêutico nacional. Essas duas medicações apresentam moléculas diferentes e atuam inibindo a enzima protease serina NS3 do HCV, agindo diretamente sobre o vírus da Hepatite C através do bloqueio da sua replicação. Ambos são utilizados em associação com PR, constituindo assim uma terapia tripla (BRASIL, 2012).

#### 4.1.5 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA HEPATITE C

A Enfermagem é uma profissão com total responsabilidade com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. A profissão atua em campos desde a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. O profissional de Enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, garantindo a universalidade, anseia defender e realizar as necessidades relacionado a saúde da população, atua na comunidade, defendendo primeiramente os princípios da política pública (COREN, 2007).

É definida educação em saúde quaisquer acordos de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação destaca a importância de combinar várias ações do comportamento humano, como, aprendizagem e interações educativas. A palavra delineada enfatiza a distinção do processo educativo e de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. *Facilitar* significa predispor, possibilitar e reforçar. A palavra voluntariedade constitui a compreensão e concordância dos objetos educativos, sem coerção. Ação significa um conjunto de medidas, adotadas por um grupo, ou uma pessoa e até a uma comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (CANDEIAS, 2000).

Ao se falar em educação em saúde, as pessoas pensam em cuidados pessoais que objetivam evitar doenças, parecendo que a saúde em si se manifesta como um problema apenas, parecendo que seu único fator de mudança é a educação das pessoas. Atenta-se que nessa vertente a educação em saúde seria vista como uma maneira de se obter mudança de algumas características individuais como a falta de higiene, alimentação copiosa, enfim, a não realização desses cuidados necessários para a promoção em saúde (OLIVEIRA; ANDRADE; RIBEIRO, 2009).

A Enfermagem é uma Área do conhecimento que abrange atividades como o cuidar, o gerenciar e o educar, entre outras. Nos diferentes cenários onde exerce a sua prática profissional – em unidades básicas de saúde, hospitais, ambulatórios, domicílios, escolas, creches, empresas entre outros... A enfermagem não se abrevia

apenas a sujeitos em situação de doença. Dentre as diversas formas de atuação do enfermeiro na sociedade, a prática na educação em saúde vem sendo destacada como uma das principais à promoção da saúde (SOLZA et al, 2007).

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Hoje as ações educativas em saúde constituem-se em um dos instrumentos utilizados pela enfermagem, num contexto abrangente tanto no processo de trabalho individual e coletivo, cuja preocupação é entre todo o aspecto individual até o controle da doença entendida como fenômeno coletivo. No modelo individual e essas ações se voltam para o desenvolvimento do individuo e no modelo da saúde coletiva há preocupação com a cidadania (OLIVEIRA, et al, 2009).

No campo assistencial comunitário, o enfermeiro lança mão tanto de uma série de tecnologias que incluem os equipamentos e o instrumental necessários a realização do trabalho como por exemplo estruturas físicas, folhetos educativos, procedimentos técnicos e outros –, quanto de tecnologias que envolvem as relações, as interações e as associações entre os usuários e as famílias, que dizem respeito ao vínculo, ao acolhimento, às relações humanizadas, dentre outros. Nesse contexto, sua atuação vai além da extensão técnico-assistencialista ou da aplicação imediata e direta dos conhecimentos técnico-científicos e se concentra em saberes que levam em consideração as inter-relações e a dinâmica coletivo-social de todos os envolvidos no processo (BACKES et al, 2009).

No âmbito da enfermagem em saúde coletiva, a vigilância epidemiológica vem sendo enfatizada como uma ação que necessita ser incorporada no cotidiano do trabalho do enfermeiro. Para tanto, surge o desafio de formar enfermeiros e enfermeiras capazes de articular, na sua prática profissional, os diversos saberes e ações relativos ao controle das doenças transmissíveis, entre outros agravos, na sua dimensão mais particular, ou seja, considerando as famílias e os grupos sociais,

com uma visão da determinação social do processo saúde-doença (NICHATA, 2005).

Depara-se com o surgimento de práticas que possibilitam intervir sobre problemas e seus condicionantes, como: cadastramento que informa as condições de vida e trabalho da população; as visitas domiciliares que permitem conhecer o indivíduo inserido na família; além dos programas de prevenção e promoção à saúde. Este cenário corrobora para a necessidade da enfermagem em saúde coletiva rever o seu processo de sistematização das práticas. Entende-se como Sistematização da Assistência de Enfermagem o processo de identificação de problemas, interpretação e organização de condutas no âmbito do exercício profissional (CHIESA; BARROS, 2007).

Quando é implantada e consolidada em uma instituição, a SAE se torna um serviço de qualidade, de forma que contribua para a diminuição do tempo de internação, a satisfação do cliente, um menor risco de infecção e, desta forma contribuindo para a redução de custos. Assim, destaca-se que deve haver, além do compromisso dos profissionais de enfermagem, um comprometimento da gestão institucional, valorizar desta forma a SAE e propiciar as condições necessárias para a sua efetivação (MANGUEIRA, 2012).

Com a aprovação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, privatizando como função do enfermeiro a prescrição de enfermagem, o processo de assistência passou a se alvar de preocupação para os profissionais brasileiros. Tendo reflexo desde a inserção de currículos de enfermagem, até as necessidades de os serviços de saúde repensarem a forma de sistematização dos atendimentos de enfermagem aos seus clientes. Entretanto, há uma dificuldade ao implementar um método de cuidado fundamentado no processo de enfermagem, constituindo assim um grande desafio para os gerentes e toda a equipe (FEIJÃO et al, 2006).

A anamnese é definida como a primeira fase de um processo, na qual a coleta destes dados permite ao enfermeiro uma identificação de um problema, estabelecer um diagnóstico e logo após o planejamento, implementá-lo a sua assistência. Alguns determinados autores destacam quatro tipos de subsídios coletados nessa primeira fase do Processo de Enfermagem que são: dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais. Estes podem ser obtidos, utilizando-se: anamnese, observação, exame físico, resultados de provas diagnósticas, a revisão

de prontuário e a colaboração de outros profissionais (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

O exame físico é um grande determinante, utilizado como um instrumento para a assistência, uma vez que permite ao enfermeiro realizar o diagnóstico e planejar as atuações de enfermagem, realizar e avaliar a evolução do paciente (PAULA; CINTRA, 2005).

A proposta da SAE em hepatites virais irá subsidiar as ações do enfermeiro em sua atividade profissional, considerando o paciente como sujeito das ações de prevenção e controle da doença e transformador de seu cuidado. É de importância relevante a introdução da SAE no serviço, por tratar-se de um problema de saúde pública em ascensão, almejando aprimorar a assistência e programar ações de prevenção relacionadas à co-infecção (VIECELLI et al, 2011).

A aplicação do Processo de Enfermagem possibilita o desenvolvimento de uma assistência com embasamento científico, aplicando as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC (NNN). Destaca-se que o desenvolvimento e a aplicação dessa tecnologia de enfermagem ajudam a desenvolver o conhecimento, favorecendo uma prática efetiva, eficaz, minimizando barreiras e proporcionando maior autonomia ao profissional enfermeiro. Nas tabelas 1, 2 e 3, demonstra alguns planejamentos da assistência: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (SILVA et al, 2010).

TABELA 1- Planejamento da assistência relacionado à nutrição: diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem.

<b>Diagnóstico de Enfermagem- NANDA</b>	<b>Intervenções de enfermagem – NIC</b>	<b>Resultados esperados - NOC</b>
<p>1. Nutrição desequilibrada:</p> <p>Menos do que as necessidades corporais, relacionado a relutância em comer por diminuição na quantidade do sal influenciado no sabor, evidenciado por relatar ingestão inadequada em quantidade menor do que</p>	<p>1. Controle da nutrição; monitoração nutricional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar diariamente e monitorizar os resultados laboratoriais;</li> <li>• Explicar a importância da nutrição adequada, negociando com o</li> </ul>	<p>1. Estado nutricional, autocuidado, alimentação</p> <p>O paciente deverá ingerir a exigência nutricional diária, de acordo com seu nível de atividade diária.</p>

a recomendada.	<p>paciente as metas de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ingesta em cada nutrição;</li> <li>• Proporcionar um ambiente agradável e relaxante para a alimentação.</li> </ul>	
----------------	---	--

Fonte: SILVA, R. S. et al, 2010.

TABELA 2- Planejamento da assistência relacionado ao controle hidroeletrólítico: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

<b>Diagnóstico de Enfermagem- NANDA</b>	<b>Intervenções de enfermagem – NIC</b>	<b>Resultados esperados - NOC</b>
<p>2. Risco de desequilíbrio do volume de líquido relacionado à retenção de sódio e de água, secundário a doença hepática.</p>	<p>2. Controle hidroeletrólítico, Monitoração hídrica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar as preferências e os desgostos, proporcionar os líquidos favoritos dentro da restrição dietética;</li> <li>• Planejar uma meta de ingestão para cada 8 h (600 mL durante manhã, a 400 mL durante a tarde 200 mL e à noite);</li> <li>• Investigar a compreensão do paciente quanto à razão para manter a hidratação adequada;</li> <li>• Monitorar a ingestão;</li> <li>• Monitorar a eliminação e a densidade específica da urina.</li> </ul>	<p>2. Equilíbrio eletrolítico e ácido básico, equilíbrio hídrico, hidratação</p> <p>O paciente deverá manter a densidade específica da urina dentro de uma variação normal.</p>

Fonte: SILVA, R. S. et al, 2010.

Tabela 3- Planejamento da assistência relacionado à terapia com exercícios: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

<b>Diagnóstico de Enfermagem- NANDA</b>	<b>Intervenções de enfermagem – NIC</b>	<b>Intervenções de enfermagem – NIC</b>
<p>3. Intolerância à atividade relacionada ao aumento das demandas metabólicas, secundário a Hepatite C, evidenciado por fadiga ao esforço e fraqueza.</p>	<p>3.Terapia com exercício, imobilidade articular, ensino de atividade</p> <p>Verificar pulso, pressão sanguínea e respiração em repouso e imediatamente após a atividade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Aumentar gradualmente a tolerância aos exercícios</li> <li>•Ensinar métodos de conservação de energia para as atividades: ter período de repouso durante as atividades em intervalos durante o dia e uma hora após as refeições.</li> </ul>	<p>3. Tolerância à atividade</p> <p>O paciente deverá progredir para a realização de atividades de forma gradual, esperando-se uma melhora do cansaço.</p>

Fonte: SILVA, R. S. et al, 2010.

Entende-se que a SAE contribui para a melhoria na qualidade da assistência, auxilia a autonomia profissional, proporcionando desta forma aos profissionais enfermeiros um desenvolvimento do pensamento crítico, facilita a comunicação entre a equipe e previne erros, omissões e repetições desnecessárias. Entre toda dimensão sobre sua importância, a maioria dos estudos sobre a temática no âmbito nacional relata as dificuldades para sua implementação (MANGUEIRA, 2012).

A prescrição de enfermagem resulta do julgamento das ações consideradas prioritárias levantadas durante a entrevista e o exame físico de enfermagem, além das informações obtidas junto aos registros da equipe multidisciplinar. Este é um processo contínuo, pois, diariamente é realizado, e a cada exame físico, uma nova abordagem ao paciente e são verificados os registros de outros profissionais (FEIJÃO et al, 2006).

A evolução de enfermagem constitui o registro executado pelo enfermeiro, do processo de avaliação das alterações apresentadas pelo paciente e dos resultados das ações de enfermagem planejadas e implementadas relativas ao atendimento das suas necessidades básicas (BOAVENTURA, 2011).

O desenvolvimento do componente educativo é parte integrante tanto do aconselhamento coletivo como do individual. Recomenda-se que as informações e esclarecimentos sobre as dúvidas do usuário sejam realizados de forma interativa. Isto é, adquirir uma sensibilidade do profissional enfermeiro, para um envolvimento afim de uma compreensão da situação do usuário e o quanto este está receptivo às informações. É necessário evitar o repasse de conteúdo em demasia e descontextualizado da vida da pessoa. A informação/orientação, embora por si só não favoreça a mudança de comportamento, é considerada como o princípio do processo, movendo a do indivíduo para a necessidade de mudança. O profissional de saúde pode aproveitar este momento para realizar a avaliação de riscos e oferecer suporte emocional, ação para a qual deve estar devidamente preparado (BRASIL, 2005).

Os profissionais da saúde, devem focalizar em indivíduos de risco como, usuários de drogas, ou pessoas que estão em risco, também com práticas sexuais também consideradas de risco. O profissional enfermeiro deve se dirigir em locais necessários, como, por exemplo, prisões, clínicas de DST, HIV e AIDS, instituições de drogados, de doentes neurológicos e mentais. Testes laboratoriais devem ser realizados. Para um funcionamento de trabalho preventivo eficaz nesses locais, frequentemente exigem um atendimento multidisciplinar dirigido a aspectos do uso de drogas, médicos, enfermeiros, psicológicos, sociais e legais (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

Os profissionais de Enfermagem exercem um papel fundamental na segurança transfusional. Eles não apenas administram transfusões, mas também devem conhecer as suas indicações, providenciar a checagem de dados importantes para que não ocorra erros, orienta os paciente quanto o processo transfusional, detecta erros se acontecidos e está diretamente ligado na atuação das reações e documenta todo o processo. A atuação destes profissionais pode minimizar significativamente os riscos do indivíduo que recebe transfusão, além de impedir

certos danos, se o gerenciamento do processo transfusional ocorrer com a eficiência necessária (ALMEIDA et al, 2011).

A testagem das Hepatites C poderá ser estimulada por meio de ações educativas, quando serão informados os seus modos de transmissão, o que permitirá às pessoas a astúcia de sua exposição ao risco de infecção. Já existe, de fato, uma demanda reprimida, representada por pessoas que receberam transfusão sanguínea antes de 1993, quando ainda não era realizada a triagem sorológica da Hepatite C nos bancos de sangue, pela falta de testes comerciais disponíveis. Outras maneiras de aquisição dos vírus, como compartilhamento de materiais perfuro cortantes, como seringas e agulhas, e todas aquelas que pela plausibilidade biológica propiciam passagem de sangue de uma pessoa a outra, devem ser investigadas (BRASIL, 2006).

O enfermeiro é educador quando, através de seus conhecimentos aplicados em ações educativas, busca despertar o indivíduo para sua realidade fazendo-lhe perceber o que o circunda viabilizando que ele tenha capacidade para se autocuidar e melhorar, se assim desejar, sua qualidade de vida. Esta atividade pode e deve ser desenvolvida por todo profissional da área de saúde. Todos os membros da equipe de saúde são responsáveis por orientar o cliente. Considerando a ação educativa como processo dinâmico e contínuo que objetiva capacitar o indivíduo para refletir sobre sua saúde e manutenção da mesma, torna-se patente à importância da participação do enfermeiro nesse processo de ensino aprendizagem (TORRES; ENDERS, 2000).

O profissional enfermeiro deve através do aconselhamento, tanto individual quanto coletivo, estabelecer confiança através do diálogo interativo, levando o indivíduo a reconhecer-se como sujeito na prevenção e manutenção da sua saúde. A informação/orientação, embora por si só não favoreça a mudança de comportamento, inquestionavelmente representa a primeira etapa do processo, sensibilizando o indivíduo para a necessidade de mudança. Podendo ser de forma: Educativo: esclarecendo dúvidas de forma interativa. Apoio emocional: acolher o paciente através dos laços de confiança quanto aos possíveis resultados dos testes (reagentes ou não reagentes para Hepatite C) (BRASIL, 2006).

Ao definir a atuação da enfermagem junto à vigilância epidemiológica, considera-se que este profissional desenvolve ações de investigação

epidemiológica, de diagnóstico situacional, de planejamento e de implementação de medidas de prevenção, controle e tratamento. Desta forma, as responsabilidades destes trabalhadores são ampliadas para além da coleta dos dados e assistência às pessoas acometidas pelos agravos, abrangendo também o conhecimento das condições de vida, dos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, na perspectiva de buscar melhor qualidade de vida para a população, referida a um dado território (NICHATA, 2005).

A ação educativa em saúde tem como objetivo capacitar indivíduos para oferecer melhoria nas condições de saúde de uma população. Durante esse trabalho a população tem a opção de aceitar ou recusar novas condutas frente aos problemas de saúde. Não basta apenas transmitir informações sobre prevenção e cuidados sobre doenças, é preciso incentivar a participação da comunidade mantendo diálogo, reflexão e estimular questionamento (MARTINS, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em geral, pode-se dizer que a Hepatite C é um grave problema para a saúde pública. É uma doença silenciosa, que, na maioria dos casos não apresentam sintomas, dificultando assim o diagnóstico evoluindo para uma forma crônica da doença, uma cirrose ou um câncer de fígado. Possuem diferentes agentes etiológicos tendo em comum o hepatotropismo, havendo diferenças em sua evolução. Sendo desconhecido durante anos, a Hepatite C era conhecida como Hepatite não A e não B, sendo uma doença que seguia logo após a transfusão sanguínea. A maioria das pessoas que se infectam com a doença evolui para a forma crônica, devido se tratar de uma doença assintomática, na maioria dos casos. A ingestão do álcool, favorece o aceleração da fibrose, gerando o risco de uma cirrose e até um carcinoma, devido a replicação do vírus.

Pode-se dizer que o olhar deve estar atento principalmente para os indivíduos de risco como aqueles que receberam transfusão de sangue antes de 1992, portadores de HIV, usuários de droga, pessoas que tem piercing e tatuagem, transplantados e todos aqueles que compartilham de instrumentos e materiais não esterilizados. Sabe-se que atualmente há a obrigatoriedade dos testes sorológicos (anti-HCV), em todos os doadores de sangue, evitando assim o risco da Hepatite C e outras doenças infecciosas. A forma não parenteral como a relação sexual, ainda não está comprovada, mas deve-se fazer o uso de preservativos, evitando assim coinfeções. Outros que estão na área de risco para contaminação da Hepatite C, são os profissionais da saúde, que devem sempre utilizar dos métodos de segurança e não realizar procedimentos não seguros, sempre buscando uma educação continuada para evitar o risco. Conclui-se que a equipe de enfermagem tem grande importância e responsabilidade pelos procedimentos realizados antes da hemotransfusão como a avaliação durante a triagem clínica, durante a doação visando qualquer intercorrência e orientação ao paciente, condizente com a lei nº 306/2006.

A enfermagem tem um papel de grande importância para a prevenção da Hepatite C, junto com a vigilância epidemiológica, desenvolvendo ações como de investigação, diagnóstico, planejamento e implementação para medidas de controle e tratamento. Outra estratégia eficaz é a implementação da SAE, como instrumento

de atividade profissional, colaborando para uma melhor comunicação entre a equipe de enfermagem, ações preventivas da doença, evitando assim os erros.

A prevenção da Hepatite C é a estratégia mais eficaz para a não ocorrência da doença e o enfermeiro tem um papel muito importante frente à educação em saúde de forma individual e coletiva, atuando como conselheiro, estabelecendo um elo com a comunidade, atuando ativamente na orientação de forma educativa e interativa, esclarecendo dúvidas, e orientando quanto as meios de transmissão, de modo que as pessoas entendam as suas exposições ao risco da infecção.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. A. et al. **Conduta do enfermeiro nas emergências transfusionais.** Disponível em: < file:///C:/Documents%20and%20Settings/Luana\_/Meus%20documentos/Downloads/4552\_89.pdf>. Acesso em: 14 Abr. 2014.

BACKES, D. S. et al. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>. Acesso em: 03 Nov. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A, B, C, D, E de Hepatites para Comunicadores.**

BRASÍLIA, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites\_abcde.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Saúde.** BRASÍLIA, DF, 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\_190990.htm>. Acesso em: 14 Abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: comitê de estatísticas sociais.** BRASÍLIA, DF, 2014. Disponível em: < http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-infor-macoes-de-agrivos-de-otificacao-sina-n>. cesso em: 08 Abr. 2014

\_\_\_\_\_. **Inibidores de Protease (Boceprevir e Telaprevir) para o tratamento da Hepatite Crônica C.** BRASÍLIA, DF, 2012. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Rel\_IP\_Hepatite\_C\_final.pdf>. Acesso em: 02 Out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Guia para o uso de Hemocomponentes.** BRASÍLIA, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\_uso\_hemocomponentes.pdf.>Acesso em: 16 Abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Guia para uso de Hemocomponentes.** Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\_uso\_hemocomponentes.pdf>. Aceso em: 16 Abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** BRASÍLIA, DF, 2005. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/guia/Guia\_Vig\_Epid\_novo2.pdf>. Acesso em: 14 Ago. 2013.

\_\_\_\_\_. **Hemovigilância: manual técnico de hemovigilância- investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas.** BRASÍLIA, DF, 2007. Disponível em: < [http://www.uel.br/hu/he-mocentro/pages/arquivos/manual\\_tecnico\\_hemovigilancia\\_08112007.pdf](http://www.uel.br/hu/he-mocentro/pages/arquivos/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf)>. Acesso em: 15 Abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **HIV/Aids, hepatites e outras DST.** BRASÍLIA, DF, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca18.pdf>>. Acesso em: 03 Nov. 2013.

\_\_\_\_\_. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV).** BRASÍLIA, DF, 2011. Disponível em: < [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/5077-0/manual\\_para\\_capitacao\\_de\\_tr\\_para\\_as\\_hepatites\\_b\\_\\_17745.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/5077-0/manual_para_capitacao_de_tr_para_as_hepatites_b__17745.pdf)>. Acesso em: 21 Out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais:manual de aconselhamento em Hepatites Virais.** BRASÍLIA, DF, 2005. Disponível -em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/-/hepatites\\_.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/-/hepatites_.pdf)>. Acesso em: 25 Ago. 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.712, de 12 de novembro de 2013.** BRASÍLIA, DF, 2014. Disponível em:<[http://www.hem-omin-as.mg.gov.br/exp-ort/s-ites/de-f-ault/he-mo-minas/menu/aInstituic-ao/legislacao/portaria\\_2712\\_de\\_12\\_novembro\\_2013.pdf](http://www.hem-omin-as.mg.gov.br/exp-ort/s-ites/de-f-ault/he-mo-minas/menu/aInstituic-ao/legislacao/portaria_2712_de_12_novembro_2013.pdf)>. Acesso em: 08 de Fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções.** BRASÍLIA, DF, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt\\_hepatite\\_c\\_2011\\_retificado.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_hepatite_c_2011_retificado.pdf)>. Acesso em: 25 Out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Rastreio de dádivas de sangue para detecção de infecções transmissíveis por transfusão: recomendações.** BRASÍLIA, DF, 2010. Disponível em: < <http://cdrwww.who.int/bloodsafety/publications/d178.pdf>>. Acesso em 15 Abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Resolução - RDC Nº 34, DE 11 de junho de 2014.** BRASÍLIA, DF, 2014. Disponível em:< <http://portal.an-visa.gov.br/wps/wcm/connect/f61-3c58-04-492c2-5a998-9d-b281231adba/Re-solu%C3%A7%C3%A3o+RDC+n%C2%BA+34-2014.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 02 Set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Triagem clínica de doadores de sangue.** BRASÍLIA, DF, 2001. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07\\_20.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_20.pdf)>. Acesso em: 15 Abr. 2014.

BARBOSA, S. M. et al. **Enfermagem e a prática hemoterápica no Brasil: revisão integrativa.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01-03-2100201100-0100020--&script=s-ci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01-03-2100201100-0100020--&script=s-ci_arttext)>. Acesso em: 15 Abr. 2014.

BREVIDELLI, M. M; CIANCIARULLO, T. I. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.2, abril 2001.

BOAVENTURA, A. P. **Evolução de enfermagem: proposta de um modelo atual.** Disponível em: <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2007/trabalhos/saude/epg/EPG--00168\\_01C.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/epg/EPG--00168_01C.pdf)>. Acesso em: 25 Abr. 2014.

BONEARES, C. S. N. et al. **A importância da assistência da enfermagem na hemotransfusão.** Disponível em: <<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Aimportanciadaassistenciadeenfermagemnahemotransfusao.pdf>>. Acesso em: 16 Abr. 2014.

CANDEIAS, N. M. F. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016)>. Acesso em: 16 Abr. 2014.

CHIESA, A. M.; BARROS, D. G. **Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea08.pdf>>. Acesso em: 04 Nov. 2013.

COELHO, D. L. et al. Tratamento da hepatite C: impacto sobre o cuidador. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 32-36, dezembro 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872011000200006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872011000200006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 27 Out. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/node/35326>>. Acesso em: 16 Abr. 2014.

CONTE, V. P. **Hepatite crônica por vírus C. Parte 2. Tratamento.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032000000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032000000400010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 Nov. 2013.

COSTA, J. E et al. **Notificação de reações transfusionais: análise da prática cotidiana em um hospital universitário.** Disponível em: <[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90277846&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=396&ty=106&accion=L&origen=rbhh&web=&lan=pt&fichero=396v35nSupl.1a90277846pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90277846&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=396&ty=106&accion=L&origen=rbhh&web=&lan=pt&fichero=396v35nSupl.1a90277846pdf001.pdf)>. Acesso em: 15 Abr. 2014.

FABRON, A. J.; LANGHI, D. M. J.; BORDIN, J. O. Indicações e Cuidados nas Transfusões de Hemocomponentes e Hemoderivados. **JC Line**, São Paulo. 1 ed.: 2001.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA T. R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.7, n.4, dezembro 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2004000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2004000400010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02 Out. 2013.

FEIJÃO, A.R. et al. **Avaliação da sistematização da assistência de enfermagem em hospital de doenças infecciosas.** Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/347/78>>. Acesso em: 25 Abr. 2014.

FONSECA, J.C.F. **Histórico das hepatites virais.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n3/22.pdf>>. Acesso em: 18 Out . 2013.

JR, J. H. **Trombose de veia central da retina em paciente usuária de interferon e ribavirina: relato de caso.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v69n4/31589.pdf>>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

LAGUARDIA, J. et al. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde.** Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v13n3/pdf/v13n3a02.pdf>>. Acesso em: 05 Mar. 2014.

MARTINS, J. J. et al . Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, 2007.

MANGUEIRA, S.O et al. Implantação da sistematização da assistência em enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar, Brasil. **Revista oficial do conselho federal de enfermagem**, São Paulo, v.3, n.3, agosto 2012.

MARTINS, T. et al. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. **Rev. Assoc. Med. Bras. [online]**. vol.57, n.1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000100024>>. Acesso em : 21 Out. 2013.

MINCIS, M.; MINCIS, R. **Doença hepática alcoólica**. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=4336&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=4336&fase=imprime)>. Acesso em: 16 Abr. 2014.

MIYAZAKI, M. C.O. et al. **Tratamento da hepatite C: sintomas psicológicos e estratégias de enfrentamento**. Disponível em:< [http://pepsi-c.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180856872--0050001-00014&script=sci\\_art-textt](http://pepsi-c.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180856872--0050001-00014&script=sci_art-textt)>. Acesso em: 12 out. 2013.

NICHIATA, L. Y. I. et al. **Enfermagem em saúde coletiva: o diagrama de controle como estratégia de ensino de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis**. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/486>>. Acesso em: 14 Abr. 2014.

OLIVEIRA, E.; ANDRADE, I. M.; RIBEIRO, R.S. **Educação em saúde: uma tática da enfermagem para modificações de comportamento, opiniões e reflexões**. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estratgia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudanas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes..pdf>>. Acesso em: 16 Nov. 2014.

OLIVEIRA, E. et al. **Educação em Saúde: Uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento, conceito e reflexões**. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estratgia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudanas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes..pdf>>. Acesso em: 03 Nov. 2013.

PALTANIN, L. F.; REICHE, E. M. V. Soroprevalência de anticorpos antivírus da hepatite C em doadores de sangue, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, agosto 2002.

PARANÁ, R. **História das hepatites virais**. Disponível em: <<http://www.sbhepatologia.org.br/pdf/historia.pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2013.

PAULA, J.C.; CINTRA, F.A. **A relevância do exame físico do idoso para a Assistência de enfermagem hospitalar**. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a11v18n3.pdf>>. Acesso em: 25 Abr. 2014.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.O. Processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

ROMANOS, M. T. V.; SANTOS, N. S. O.; WIGG, M. D. **Introdução à virologia humana**, Rio de Janeiro:Guanabara Koogan,2002, p.144.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Salvador, v.64, n.2, março 2011.

SILVA, C. A. **Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte**. Disponível em: <<http://www.coren.rn.gov.br/web/legislacoes/exib-eres.php?titulo=R-ESOLU%C7%C---30%20COF-EN%20N%BA%20306/2006>>. Acesso em> 16 Abr. 2014.

SILVA, A. O. Hepatite viral C, **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo: v.34, n.1, p.19, janeiro 2001

SILVA, R. S. et al. Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com um portador do vírus da Hepatite C. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/5547/4027>>. Acesso em: 15 Abril. 2014.

SHIAVON, L. L. et al. **Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n1/v57n1a24.pdf>>. Acesso em: 22 Out. 2013.

SLEENG, R.; RENZ, M. B. Hepatitis C vírus infection in dialysis units: prevalence of HCV RNA and antibodies to HCV –Ann intern Med. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v9n3/4519>>. Acesso em: 16 Abr.2014.

SOUSA, V. V.; CRUVINEL, K. P. S. **Ser portador de hepatite C:Ser portador de hepatite C:sentimentos e expectativas.** Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/09> >. Acesso em: 20 Ago. 2013.

SOUZA, L. M. et al. **Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a22.pdf)>. Acesso em: 20 Nov. 2013.

SOUZA, M. C. et al. **Conhecimentos da equipe de enfermagem frente ao paciente submetido à terapia transfusional.** Disponível em: <<http://www.unoeste.br/site/pos/enepe/anais/2008/docs/orais/enapi/expandido/ExpandidoSa%C3%BAdeEnfermagemOraisPesquisa.pdf>>. Acesso em: 16 Abr. 2014.

STRAUSS, E. Hepatite C. **Rev. -Soc. Bras. Med. Trop**, Uberaba, v. 34, n. 1, Fevereiro 2001. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822001000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822001000100011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 13 Out. 2013.

TAKAHASHI, R.F et al. Intervenções de enfermagem em infectologia. **Tratado de infectologia.** Rio de Janeiro: Ateneu; 2000. p.1535-9.

TEIXEIRA, R. et al. **Hepatite C: Aspectos críticos de uma epidemia silenciosa.** Belo Horizonte: COOPMED/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 212 pp. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800028&script=sci_arttext)>. Acesso em : 14 Ago. 2013.

TORRES, G. V. ENDERS, B.C. Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Rev.Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto,- v. 7, n. 2, p. 71-77, abril 1999.

VIECELLI, A. M. S. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem: uma proposta de implantação em um serviço de referência de doenças infecciosas.** Disponível em: <[http://www.aben-sc.com/downloads/sistematizaCAo\\_da\\_assistEncia\\_de\\_enfermagem\\_-\\_simone\\_grando.pdf](http://www.aben-sc.com/downloads/sistematizaCAo_da_assistEncia_de_enfermagem_-_simone_grando.pdf)> . Acesso em: 12 Abr. 2014.

VISO, A. T. R. et al. **Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C.** Disponível em: < <http://www.infectologia.org.br/pdf/45fdsaff6d5sa45ds4fdsa6d78bfgh231056.pdf>>. Acesso em: 16 Abr. 2014.

## ANEXO

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS

Nº

**Suspeita clínica/bioquímica:**

- Sintomático icterício:
- \* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.
- \* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.
- Sintomático anictérico:
- \* Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.
- Assintomático:
- \* Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodiálise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).
- \* Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.
- \* Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

**Suspeito com marcador sorológico reagente:**

- Doador de sangue:
- \* Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.
- Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação <span style="float: right;">2 - Individual</span>	
	2 Agravado/doença <b>HEPATITES VIRAIS</b>	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação
<b>Dados de Residência</b>	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
<b>Notificação Individual</b>	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
<b>Dados de Residência</b>	17 UF	18 Município de Residência
	19 Distrito	20 Bairro
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número
<b>Dados Complementares do Caso</b>	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência
	27 CEP	28 (DDD) Telefone
<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Suspeita de: 1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada	34 Tomou vacina para: 1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado
<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	35 Institucionalizado em 1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado	
	36 Agravos associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC 1-Sim, há menos de seis meses 3-Não 2-Sim, há mais de seis meses 9-Ignorado
	<input type="checkbox"/> Hepatite A <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Domiciliar ( não sexual ) <input type="checkbox"/> Ocupacional	

Hepatites Virais

Sinan NET

SVS 29/09/2006

Antecedentes Epidemiológicos

**38** O paciente foi submetido ou exposto a  1 - Sim, há menos de seis meses  2 - Sim, há mais de seis meses  3 - Não  9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Medicamentos Injetáveis	<input type="checkbox"/> Tatuagem/Piercing	<input type="checkbox"/> Acidente com Material Biológico
<input type="checkbox"/> Drogas inaláveis ou Crack	<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Transfusão de sangue /derivados
<input type="checkbox"/> Drogas injetáveis	<input type="checkbox"/> Tratamento Cirúrgico	
<input type="checkbox"/> Água/Alimento contaminado	<input type="checkbox"/> Tratamento Dentário	
<input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais	<input type="checkbox"/> Hemodiálise	
<input type="checkbox"/> Transplante	<input type="checkbox"/> Outras	

**39** Data do acidente ou transfusão ou transplante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**40** Local/ Município da Exposição (para suspeita de Hepatite A - local referenciado no campo 35)  
(para suspeita de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)

UF	Município de exposição	Local de exposição	Fone

**41** Dados dos comunicantes

Nome	Idade D-Dias M-Meses A-Anos	Tipo de contato 1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/não domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado	HBsAg 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HBc total 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HCV 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Indicado vacina contra Hepatite B 1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado	Indicado Imunoglobulina humana anti hepatite B 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

**42** Paciente encaminhado de

1- Banco de sangue  
2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA)  
3- Não se aplica

**43** Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA

--	--	--	--	--	--	--	--

**44** Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA

1-Reagente  4-Não realizado   
2-Não reagente  9-Ignorado   
3-Inconclusivo

HBsAg  
 Anti HBc (Total)  
 Anti-HCV

**45** Data da Coleta da Sorologia

--	--	--	--	--	--	--	--

**46** Resultados Sorológicos/Virológicos

<input type="checkbox"/> 1 - Reagente/Positivo	<input type="checkbox"/> Anti-HAV - IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBs
<input type="checkbox"/> 2 - Não Reagente/Negativo	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> HBeAg
<input type="checkbox"/> 3 - Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBe
<input type="checkbox"/> 4 - Não Realizado	<input type="checkbox"/> Anti -HBc (Total)	<input type="checkbox"/> Anti -HDV Total
		<input type="checkbox"/> Anti -HDV - IgM
		<input type="checkbox"/> Anti -HEV - IgM
		<input type="checkbox"/> Anti-HCV
		<input type="checkbox"/> HCV-RNA

**47** Genótipo para HCV

1-Genótipo 1    4-Genótipo 4    7-Não se aplica  
2-Genótipo 2    5-Genótipo 5    9-Ignorado  
3-Genótipo 3    6-Genótipo 6

**48** Classificação final

1 - Confirmação laboratorial  
2 - Confirmação clínico-epidemiológica  
3 - Descartado  
4 - Cicatriz Sorológica  
8 - Inconclusivo

**49** Forma Clínica

1 - Hepatite Aguda  
2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático  
3 - Hepatite Fulminante  
4 - Inconclusivo

**50** Classificação Etiológica

01- Vírus A	06- Vírus B e C
02- Vírus B	07- Vírus A e B
03- Vírus C	08- Vírus A e C
04- Vírus B e D	09- Não se aplica
05- Vírus E	99- Ignorado

**51** Provável Fonte / Mecanismo de Infecção

01-Sexual	05-Acidente de trabalho	08-Tratamento cirúrgico	11-Alimento/água contaminada
02-Transfusional	06-Hemodiálise	09-Tratamento dentário	12-Outros _____
03-Uso de drogas	07-Domiciliar	10-Pessoa/pessoa	99- Ignorado
04-Vertical			

**52** Data do Encerramento

--	--	--	--	--	--	--	--

Observações:


Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

--	--	--	--	--	--	--	--

Investigador

Nome

Função

Assinatura

Hepatites Virais

Sinan NET

SVS 29/09/2006