



Artigo original

Perfil clínico-epidemiológico dos portadores do vírus da hepatite C no município de Anápolis - GO no período de 2013 a 2014

Clinical-epidemiological profile of hepatitis C virus carriers in the municipality of Anápolis-GO from 2013 to 2014

Emanuelle Cristine Seixas Silva¹, Suellen Freire Pereira Marques¹, João Baptista Carrijo¹, Constanza Thaise Xavier Silva*¹, Jalsi Tacon Arruda², Lidia Andreu Guillo².

1- Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, Anápolis - GO - Brasil.

2- Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiânia - GO - Brasil.

Resumo

Objetivo: analisar o perfil clínico-epidemiológico do portador do vírus da hepatite C em tratamento no serviço de assistência especializado no município de Anápolis - GO no período de 2013 a 2014. **Métodos:** Este estudo foi do tipo observacional, descritivo e retrospectivo e de base populacional, foi realizado no município de Anápolis-GO, no Programa de Hepatites Virais por meio da análise dos prontuários dos pacientes atendidos pelo Serviço de Atendimento Especializado. **Resultados:** Foram encontrados 63 indivíduos portadores do vírus HCV registrados no serviço em tratamento nos anos de 2013 a 2014. Os 63 sujeitos analisados 58,7% eram do gênero masculino e 41,3% do gênero feminino. Em relação à idade foi observada a média de 52 anos. A genotipagem do HCV o mais prevalente foi o tipo 1 (23,8%) com o subtipo 1a (28,6%). O tempo de tratamento mais prevalente foi de 24 semanas (20,6%). A terapia tripla foi utilizada em 41,3% dos pacientes, porém 46,0% dos prontuários não havia dados referentes ao tipo de terapia. A maioria dos pacientes não apresentou reações adversas (30,1%), todavia, em 46,1% dos prontuários não haviam dados referentes às reações adversas. Não houve diferença significativa na quantidade de pacientes nos anos estudados. No ano de 2013 com 49,2% e 2014 com 50,8% foram assistidos no serviço. **Conclusão:** A qualidade observada nos prontuários, de modo geral, é deficitária e requer a qualificação do pessoal responsável pelo preenchimento. No futuro novas pesquisas deverão ser realizadas com o intuito de verificar a abrangência do serviço no atendimento dos pacientes com hepatite.

Palavras-chave:

Hepatite C.
Epidemiologia.
Terapia tripla.

Abstract

Objective: To analyze the clinical-epidemiological profile of the hepatitis C virus carrier in the specialized care service in the city of Anápolis / GO from 2013 to 2014. **Methods:** This study was observational, descriptive and retrospective and based was conducted in the municipality of Anápolis-GO, in the Viral Hepatitis Program through the analysis of the medical records of the patients attended by the Specialized Attention Service. **Results:** A total of 63 HCV virus individuals were registered in the service under treatment in the years 2013 to 2014. The 63 subjects analyzed were 58.7% male and 41.3% female. The mean age was 52 years. The most prevalent HCV genotyping was type 1 (23.8%) with subtype 1a (28.6%). The most prevalent treatment time was 24 weeks (20.6%). Triple therapy was used in 41.3% of the patients, but 46.0% of the charts had no data regarding the type of therapy. The majority of patients did not present adverse reactions (30.1%), however, 46.1% of the records had no data regarding adverse reactions. There was no significant difference in the number of patients in the studied years. In the year of 2013 with 49.2% and 2014 with 50.8% were assisted in the service. **Conclusion:** The quality observed in the medical records, in general, is deficient and requires the qualification of the personnel responsible for filling it. In the future, new research should be carried out to verify the coverage of the service in patients with hepatitis.

Keyword:

Hepatitis C.
Epidemiology.
Triple therapy.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Constanza Thaise Xavier Silva: constanzathaise@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As hepatites virais são de grande importância na saúde pública do Brasil e no mundo. São doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático, que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém com importantes particularidades.¹

As hepatites possuem cinco diferentes vírus reconhecidos como agentes etiológicos: o vírus da hepatite A (HAV), o vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV), o vírus da hepatite D ou Delta (HDV) e o vírus da hepatite E (HEV). As hepatites A e E são transmitidas pela via oro-fecal e causam infecções agudas benignas, que evoluem para a cura sem necessidade de tratamento específico. As hepatites B, C e D podem evoluir para a hepatite crônica, que tem como principais complicações a cirrose e o carcinoma hepatocelular.²

Segundo a Organização Mundial da Saúde cerca de 500 milhões de pessoas estão cronicamente infectados com o vírus da hepatite B (HBV) ou vírus da hepatite C (HCV) e aproximadamente 1 milhão de pessoas morrem a cada ano (~ 2,7% de todas as mortes) de causas relacionados com a hepatite viral, mais comumente doença hepática, incluindo câncer de fígado. Estima-se que, no Brasil, 1,5 milhões de pessoas já foram infectadas pelo vírus da hepatite C. A média de casos de hepatite tipo C notificados no Brasil é de 6,6/100.000 habitantes.³

A hepatite C é causada pelo vírus HCV identificado em 1989 por Choo e colaboradores, antes denominada hepatite NANB (não A e não B). Sua transmissão ocorre por via sexual, percutânea, vertical (mãe para filho) e via parenteral.¹ Sem sintomas específicos, a hepatite C evolui de forma arrastada durante décadas. Além do desenvolvimento de cirrose, apresenta acentuada morbi-mortalidade devido às suas descompensações, e eventual evolução para o carcinoma hepatocelular, constituindo a causa mais frequente de indicação de transplante hepático em todo mundo.⁴

A maioria das infecções agudas ocasionada pelo HCV é assintomática ou subclínica, podendo evoluir para a cronicidade em 50-85% dos casos, com elevada probabilidade do desenvolvimento de cirrose hepática e carcinoma hepatocelular.⁵

Os medicamentos disponíveis para o tratamento da hepatite C crônica no sistema público de saúde até 2013 eram interferon alfa ou interferon peguilado e ribavirina. A partir deste mesmo ano foram incluídos os inibidores de protease de primeira geração, boceprevir e telaprevir no tratamento da hepatite crônica C com genótipo 14. Dois novos antivirais de ação direta foram aprovados nos Estados Unidos e Europa: sofosbuvir (SOF; inibidor de polimerase) e simeprevir (SMV; inibidor de protease). Quanto ao SOF, um estudo selecionou 327 pacientes HCV virgens de tratamento com genótipo 1, 4, 5 e 6 para receber SOF (400mg uma vez ao dia por via oral) + interferon peguilado/ ribavirina por período fixo de 12 semanas. A resposta viral sustentada (RVS) ocorreu em 89% dos pacientes com genótipo 1 e 97% nos demais, sendo superior aos 60% de resposta viral sustentada, atribuídos ao grupo de controles históricos que foi calculado com base nos resultados dos estudos de registro do boceprevir e telaprevir. No tratamento com os inibidores de protease os efeitos colaterais mais significativos em relação ao tratamento com interferon peguilado foram: anemia e disgeusia (transtorno do paladar); para o uso de boceprevir pode levar a rash cutâneo, prurido, anemia e manifestações anorretais para o uso de telaprevir.⁴

No período de 2009 a 2013 foram notificados 32609 casos suspeitos de hepatites virais no estado de Goiás, deste total 9104 casos foram confirmados, onde 966 confirmados de hepatite A, 7083 casos confirmados de hepatite B e 890 suspeitos de hepatite C.³

São múltiplos os fatores de risco para a aquisição do vírus da hepatite C, ficando em destaque: os usuários de drogas injetáveis; indivíduos que realizaram transfusão sanguínea sem controle prévio de doador; relações sexuais desprotegidas com portadores do vírus

HCV; contatos domiciliares com portadores da doença; realização de tatuagens e colocação de piercings em estabelecimentos não regulamentados; escova de dente e lâmina de barbear de uso coletivo; procedimento invasivo com material contaminado; contato com secreções e fluidos corporais; ambiente de trabalho no caso dos profissionais de saúde e indivíduos hemodializados.^{8,9}

Os profissionais de saúde podem intervir na cadeia de transmissibilidade por meio de medidas educativas e assistenciais de saúde, como meios de minimizar estes problemas. E, secundariamente, promover junto aos infectados a prevenção de agravos e diminuir a evolução desfavorável da doença. O diagnóstico precoce auxilia na resposta a terapia de escolha para o tratamento, aumentando assim a possibilidade da evolução para resposta viral sustentada.⁸

No município de Anápolis, a atenção ao portador do vírus da hepatite C (HCV) é realizada pelo Programa Municipal DST/AIDS e Hepatites Virais, localizado na Unidade de Saúde Ilion Fleury Junior, onde há atendimento da equipe multidisciplinar, o polo de aplicação de Interferon e o laboratório para coleta de exames para diagnóstico, acompanhamento e controle da doença.

Diante deste contexto e por ser uma área de ampla exploração, observou-se a relevância no desenvolvimento do presente estudo que teve por objetivo traçar o perfil clínico-epidemiológico dos portadores do vírus da hepatite C no município de Anápolis - GO no período de 2013 a 2014.

MÉTODOS

Este estudo é do tipo observacional, descritivo e retrospectivo e de base populacional realizado no município de Anápolis-GO, no Programa Municipal DST/AIDS e Hepatites Virais situado na Unidade de Saúde Ilion Fleury Junior da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis. Os dados foram colhidos por meio da análise dos prontuários dos pacientes atendidos no Programa DST/AIDS e Hepatites Virais.

As características avaliadas no prontuário foram:

- perfil sociodemográficos (idade, sexo e estado civil);
- perfil clínico (grau de fibrose, genotipagem, tempo e tipo de tratamento e reações adversas).

Existem diversas classificações utilizadas para avaliar a biópsia hepática. Nos prontuários analisados a classificação utilizada era a METAVIR, a qual mede a necro-inflamação numa escala de 0 até 3, e a fibrose numa escala de 0 até 4, totalizando até 7 pontos que são divididas em: A0: atividade histológica ausente, F0 e fibrose ausente; A1: atividade leve, fibrose: F1 e fibrose portal sem septos, A2: atividade moderada, F2 e Fibrose portal com raros septos, A3: atividade intensa, F3 e numerosos septos sem cirrose e A3: atividade intensa, F4 e cirrose.

Os dados colhidos dos prontuários dos pacientes foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel sendo que as características clínicas e epidemiológicas foram analisadas a partir do banco de dados e os cálculos estatísticos foram realizados no programa BIOESTAT versão 5.0. Foi utilizado cálculo de prevalência e o teste exato de Fisher para a análise das variáveis, sendo considerado com significado estatístico $p \leq 5\%$ com intervalo de confiança de 95%.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UniEvangélica e aprovado sob parecer do número do CAAE: 40786614.2.0000.5076.

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) das Hepatites Virais na Unidade de Saúde Dr. Illion Fleury Junior da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014 foram assistidos 63 pacientes com hepatite C. Do total de prontuários analisados, 41,3% (26/63) eram do sexo feminino e 58,7% (37/63) do sexo masculino, sendo a razão homem/mulher de

1,42:1. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição por gênero entre os anos estudados ($p= 0,50$). Contudo, pode ser notado que foram mais homens que mulheres (Tabela 1).

Em relação à idade dos pacientes observou-se uma variação de 20 a 80 anos. A média de idade geral foi de 52,65 anos (desvio padrão= 11,04 anos). Entre os homens, a média de idade foi de 52,13 anos (desvio padrão= 10,41 anos) e entre as mulheres foi de 53,38 (desvio padrão= 12,7 anos) e não houve diferença estatística ($p=$

0,62). A distribuição segundo gênero e a faixa etária encontram-se descrita na tabela 1.

Da casuística de 63 pacientes, observou-se que anos avaliados a maioria dos pacientes que buscaram a assistência no SAE foram do sexo masculino e a faixa etária de maior prevalência foi 50 a 59 anos sendo que não houve diferença estatística em relação à comparação entre os anos observados e a faixa etária ($p=0,62$).

Na tabela 2 foram distribuídos os pacientes de acordo com o gênero e o estado civil, que receberam assistência no SAE em Anápolis.

Tabela 1- Distribuição dos casos analisados de acordo com o sexo e faixa etária dos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis durante os anos observados

	2013	2014	Total	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Feminino	15 (46,9)	11 (35,5)	26 (41,3)	0,50
Masculino	17 (53,1)	20 (64,5)	37 (58,7)	
Idade				
20-29	1 (3,1)	0 (0)	1 (1,6)	0,62
30-39	4 (12,5)	5 (16,1)	9 (14,3)	
40-49	4 (12,5)	8 (25,8)	12 (19,0)	
50-59	14 (43,7)	9 (29,0)	23 (36,5)	
60-69	7 (21,9)	8 (25,8)	15 (23,8)	
70-80	2 (6,3)	1 (3,3)	3 (4,8)	
Total	32 (100)	31 (100)	63 (100)	

A probabilidade de significância (p -valor) refere-se ao qui-quadrado (χ^2) e Exato do Fisher.

Tabela 2- Distribuição dos casos analisados por ano de acordo como o estado civil dos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis

Estado civil	2013		2014		Total	p
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)		
Solteiro	4 (26,7)	9 (52,9)	4 (36,3)	4 (20,0)	21 (33,4)	0,55
Casado	5 (33,3)	6 (35,3)	3 (27,3)	8 (40,0)	22 (34,9)	
Divorciado	2 (13,3)	2 (11,8)	2 (18,2)	5 (25,0)	11 (17,5)	
Viúvo	3 (20,0)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	4 (6,3)	
Sem resposta	1 (6,7)	0 (0)	1 (9,1)	3 (15,0)	5 (7,9)	
Total	15 (100)	17 (100)	11(100)	20 (100)	63 (100)	

A probabilidade de significância (p -valor) refere-se ao qui-quadrado (χ^2) e Exato do Fisher

Ao analisar a distribuição de casos para a biopsia hepática segundo a classificação de METAVIR, observou-se que 7,9 % (5/63) possuíam biopsia com classificação A3F3 e FoF1. A ausência de resposta refere a 44,4% (28/63)

dos prontuários analisados, sendo reflexo de abandono ao tratamento ou devido a falta de relatos por parte do profissional. Dados este apresentados na tabela 3.

Tabela 3- Distribuição dos casos analisados de acordo com a classificação METAVIR de biópsia hepática dos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis por ano observado

Fibrose	2013		2014		Total n (%)	p
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)		
A1F0	1 (6,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)	1,0
A1F1	1 (6,7)	0 (0)	0 (0)	1 (5,0)	2 (3,2)	
A1F3	0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	1 (1,6)	
A2F0	1 (6,7)	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)	2 (3,2)	
A2F1	2 (13,1)	1 (5,9)	0 (0)	1 (5,0)	4 (6,3)	
A2F2	3 (20,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (4,8)	
A2F3	1 (6,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)	
A3F1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,0)	1 (1,6)	
A3F3	1 (6,7)	1 (5,9)	2 (18,2)	1 (5,0)	5 (7,9)	
A3F4	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,0)	1 (1,6)	
A4F4	0 (0)	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)	
F0F1	1 (6,7)	1 (5,9)	2 (18,2)	1 (5,0)	5 (7,9)	
F1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,0)	1 (1,6)	
F2F3	0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	1 (1,6)	
F3	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,0)	1 (1,6)	
F4	0 (0)	0 (0)	2 (18,2)	2 (10,0)	4 (6,3)	
F4F3	1 (6,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)	
Sem resposta	3 (20,0)	12 (70,5)	3 (27,2)	10 (50,0)	28 (44,4)	
Total	15 (100)	17 (100)	11 (100)	20 (100)	63 (100)	

A probabilidade de significância (p -valor) refere-se ao teste Exato de Fisher.

A genotipagem do HCV foi evidenciada na tabela 4 onde foram comparados os pacientes distribuídos de acordo com o gênero e os anos analisados, que receberam assistência no SAE em Anápolis. Foi observado que 28,6% (18/63) dos pacientes apresentaram genótipo 1a. Não houve diferença estatística ($p=1,0$). Nesta variável foi possível observar que a ausência de respostas interferiu na análise dos dados, uma vez que 1% (7/63) dos prontuários estava sem dados.

A análise do tempo de tratamento foi evidenciada na tabela 5. Foi observado que grande parte dos pacientes 20,6% (13/63) foram submetidos a 24 semanas (6 meses) de tratamento, contudo não houve diferença estatística ($p=1,0$). A alta taxa de não realização de tratamento 46% (29/63) refere-se à taxa de abandono, onde muitos pacientes deixam de realizá-lo por questionarem a burocracia e o tempo gasto no andamento do tratamento.

Tabela 4- Distribuição dos casos analisados de acordo com genotipagem do HCV nos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis por ano observado

Genotipagem	2013		2014		Total n (%)	p
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)		
1	6 (40,0)	2 (11,9)	2 (18,2)	5 (25,0)	15 (23,8)	1,0
3	4 (26,6)	4 (23,5)	0 (0)	5 (25,0)	13 (20,6)	
4	1 (6,7)	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)	2 (3,2)	
1a	3 (20,0)	3 (17,6)	6 (54,5)	6 (30,0)	18 (28,6)	
1b	0 (0)	3 (17,6)	3 (27,3)	2 (10,0)	8 (12,7)	
Sem resposta	1 (6,7)	4 (23,5)	0 (0)	2 (10,0)	7 (11,1)	
Total	15 (100)	17 (100)	11 (100)	20 (100)	63 (100)	

A probabilidade de significância (p-valor) refere-se ao teste Exato de Fisher.

Tabela 5- Distribuição dos casos analisados de acordo com tempo de tratamento dos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis por ano observado

Tempo de tratamento	2013		2014		Total n (%)	p
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)		
4 semanas	0 (0)	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)	1,0
7 semanas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,0)	1 (1,6)	
12 semanas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,0)	1 (1,6)	
20 semanas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,0)	1 (1,6)	
24 semanas	4 (26,7)	6 (35,3)	1 (9,1)	2 (10,0)	13 (20,6)	
26 semanas	1 (6,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)	
28 semanas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (10,0)	2 (3,2)	
32 semanas	0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	1 (1,6)	
40 semanas	1 (6,7)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	2 (3,2)	
42 semanas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,0)	1 (1,6)	
48 semanas	4 (26,7)	1 (5,9)	3 (27,3)	2 (10,0)	10 (15,8)	
Não realizado	5 (33,2)	9 (52,9)	5 (45,4)	10 (50,0)	29 (46,0)	
Total	15 (100)	17 (100)	11 (100)	20 (100)	63 (100)	

A probabilidade de significância (p-valor) refere-se ao teste Exato de Fisher.

Em relação ao tipo de terapia, os dados foram descritos na tabela 6. Observou-se que a terapia tripla está sendo mais utilizada perfazendo 41,3% (26/63) dos pacientes em uso dos medicamentos. No entanto, prontuários sem resposta corresponderam a 46,0% (29/63) dificultando a análise estatística não apresentando diferença significativa (p=0,55). Sobre as reações adversas relacionadas ao

tratamento, os dados foram descritos na tabela 7. Observou-se que 30,1% (19/63) não apresentaram nenhum tipo de reação ao tratamento, todavia, prontuários sem resposta corresponderam a 46,1% (29/63) dificultando a análise estatística não apresentando diferença significativa (p=0,36).

Tabela 6- Distribuição dos casos analisados de acordo com o tipo de terapia que os pacientes receberam assistência no SAE em Anápolis por ano observado

Terapia	2013		2014		Total	p
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)		
Dupla	0 (0)	4 (23,5)	1 (9,2)	3 (15,0)	8 (12,7)	0,55
Tripla	10 (66,7)	4 (23,5)	5 (45,4)	7 (35,0)	26 (41,3)	
Sem resposta	5 (33,3)	9 (53,0)	5 (45,4)	10 (50,0)	29 (46,0)	
Total	15 (100)	17 (100)	11 (100)	20 (100)	63 (100)	

A probabilidade de significância (p-valor) refere-se ao teste Exato de Fisher.

Tabela 7- Distribuição dos casos analisados de acordo com as reações adversas observadas nos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis por ano observado

Reações adversas	2013		2014		Total	p
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)		
Sim	6 (40,0)	2 (11,8)	4 (36,4)	3 (15,0)	15 (23,8)	0,36
Não	4 (26,7)	6 (35,3)	2 (18,2)	7 (35,0)	19 (30,1)	
Sem resposta	5 (33,3)	9 (52,9)	5 (45,4)	10 (50,0)	29 (46,1)	
Total	15 (100)	17 (100)	11 (100)	20 (100)	63 (100)	

A probabilidade de significância (p-valor) refere-se ao teste Exato de Fisher.

Foi realizada uma correlação dos prontuários de acordo com as reações adversas e os tipos de terapia observados nos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis por ano observado. Não houve diferença significativa ($p=1,0$), visto que, os dois grupos

são homogêneos e com poucos indivíduos. A falta de dados dos prontuários 46,0% (29/63) impossibilita uma análise estatística mais precisa uma vez que a variável sem resposta influencia negativamente nos cálculos realizados.

Tabela 8- Correlação dos casos analisados de acordo com as reações adversas e os tipos de terapia observados nos pacientes que receberam assistência no SAE em Anápolis por ano observado

Reação/ Terapia	2013			2014			Total	p
	Não n (%)	Sim n (%)	SR n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	SR n (%)		
Dupla	4 (40,0)	0 (0)	0 (0)	3 (33,3)	1 (14,3)	0 (0)	8 (12,7)	1,0
Tripla	6 (60,0)	8 (100)	0 (0)	6 (66,7)	6 (85,7)	0 (0)	26 (41,3)	
Sem resposta	0 (0)	0 (0)	14 (100)	0 (0)	0 (0)	15 (100)	29 (46,0)	
Total	10 (100)	8 (100)	14 (100)	9 (100)	7 (100)	15 (100)	63 (100)	

Legenda: SR. Sem resposta.

A probabilidade de significância (p-valor) refere-se ao teste Exato de Fisher

DISCUSSÃO

O vírus da hepatite C e B são considerados os de maior importância em saúde pública, devido ao grande número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações como a cirrose e o carcinoma hepatocelular.⁸ Destaca-se como importante característica do vírus C, a grande variedade de genótipos e subtipos, com grande variabilidade de prevalência ao longo do mundo, além de um mecanismo complexo de fuga imunológica, que dificulta sua eliminação pelo sistema imune na maioria dos casos, levando a cronificação da hepatite C.¹⁰

Foi comparado no presente estudo o estado civil em relação com os anos, em 2013 a maioria dos homens eram solteiros e as mulheres casadas, já em 2014 houve mais homens casados e mulheres solteiras não havendo diferença estatística ($p=0,55$).

Segundo Neto e colaboradores¹¹, indivíduos solteiros, divorciados e viúvos têm probabilidade maior de ter hepatite do que indivíduos casados ou que vivem em união consensual, os estudos apontam para uma reduzida transmissão intradomiciliar e entre casais monogâmicos, apontando para o baixo risco de adquirir o vírus de portadores infectados em parceiros sexuais estáveis, cujo risco se encontra entre 0% e 0,6% durante o ano, enquanto na presença de múltiplos parceiros aumenta para 0,4 a 1,8%.

A genotipagem do HCV foi comparada de acordo com o sexo e os anos analisados, que receberam assistência no SAE em Anápolis. Foi observado que 28,6% dos pacientes apresentaram genótipo 1a, seguido pelo genótipo 1 que corresponderam a 23,8%.

O genoma do vírus da hepatite C apresenta significativa variabilidade na estrutura primária de seu RNA e pode, de acordo com sua sequência, ser agrupado, por homologia, em, pelo menos, 6 principais genótipos, denominados 1 a 6. Cada um deles pode ainda ser subdividido em vários subtipos, como 1a, 1b, 2a, 2b etc.¹⁰

No Brasil, um estudo sobre a distribuição dos genótipos coletadas de pacientes cronicamente infectados pelo HCV, em laboratórios de diferentes cidades do país, demonstrou que 64,9% eram do genótipo 1, 4,6% do genótipo 2, 30,2% do genótipo 3, 0,2% do genótipo 4, e 0,1% do genótipo 5. Em todas as regiões, o genótipo 1 foi o mais frequente, principalmente na região norte; o genótipo 2 foi mais prevalente na região centro-oeste, especialmente no Mato Grosso, enquanto que o genótipo 3 foi mais comum na região sul; os genótipos 4 e 5 foram raramente encontrados, e somente no estado de São Paulo, na região sudeste.¹² O estudo realizado por Carvalho e colaboradores¹³ analisou o perfil de genotipagem da hepatite C no estado do Piauí sendo os dados encontrados vão ao encontro do presente estudo uma vez que os genótipos encontrados também era do tipo 1 em 35% dos casos.

Foi observado que grande parte dos pacientes 20,6% foram submetidos a 24 semanas (6 meses) de tratamento, o que condiz com a literatura que mostra que a base do tratamento contra a hepatite C tem por objetivo de alcançar resposta virológica sustentada (RVS), definida pelo RNA viral indetectável no soro (<50 UI/mL), medido por reação de polimerase em cadeia (PCR), 24 semanas após o término do tratamento.^{14,15}

A decisão de tratar paciente portador de HCV é baseada em vários fatores, considerando a história natural da doença, grau de fibrose e efeitos adversos esperados sendo considerados aptos aqueles com idade mínima de 18 anos; RNA viral sérico detectável; doença hepática compensada; e exame hispatológico mostrando hepatite crônica e fibrose significativa.¹⁵

Sobre as reações adversas relacionadas ao tratamento, os dados mostram que 30,1% não apresentaram nenhum tipo de reação ao tratamento. As reações adversas observadas mais frequentes foram perda de peso, astenia, depressão, insônia e manifestações anorretais. Do total observado, 1 paciente do gênero masculino, de 61 anos, em terapia tripla foi a óbito; e um segundo paciente do gênero

masculino, 53 anos, evolui para hepatocarcinoma.

No estudo de Sherman e colaboradores¹⁶, pacientes portadores crônicos de HCV genótipo 1 tratados com telaprevir, interferon peguilado e ribavirina apresentaram elevada frequência de fadiga (68%), náusea (47%), cefaleia (38%) e insônia (27%).

Foi realizada no presente estudo uma correlação entre as reações adversas e os tipos de terapia observaram-se que 22,3% dos pacientes que receberam a terapia tripla e apresentaram reações; 19,0% receberam terapia tripla, mas não apresentaram reações e 58,7% estavam sem resposta no prontuário.

No estudo de Jacobson e colaboradores¹⁷, a incidência de distúrbios gastrointestinais, prurido, “rash” e anemia foi pelo menos 10 pontos percentuais maior em pacientes em terapia tripla com telaprevir quando comparados àqueles em terapia dupla.

Diante destas considerações torna-se relevante a realização de pesquisas sobre hepatite C, tornando-se de grande importância o desenvolvimento de novas pesquisas epidemiológicas, para que os conhecimentos gerados sejam divulgados e aplicados no ensino e na assistência, contribuindo para um ensino de qualidade e assistência mais humanizada e integral, visando melhorar também a qualidade de vida dos portadores de hepatite C.

A qualidade observada nos prontuários, de modo geral, é deficitária e requer a qualificação do pessoal responsável pelo preenchimento. Caso não haja mudanças, à ausência de dados implicará nas áreas de ensino e pesquisa, entre outras, o que poderá comprometer o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do sistema de saúde do Brasil e assistência da população. No futuro novas pesquisas deverão ser realizadas com o intuito de verificar a abrangência do serviço no atendimento dos pacientes com hepatite, em especial, a HCV.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites virais: o Brasil está atento / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
2. Fiocruz. Biblioteca de Ciências Biomédicas. Hepatites Virais. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/bibcb/cgi/cgilua.exe/sys/tart.htm?inoid=98&sid=106>. Acesso em: 04 de novembro de 2016.
3. Lima, G. B.; Costa, M. A.; Pondê, R.A.A.; Menezes, T. G.; Leite, T. C e Soares, M. G. Secretaria do Estado de Saúde. Boletim Epidemiológico Hepatites Virais 2014. Goiânia-GO, 2014. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-07/boletim-epidemiologico--hepatites-virais-2014.pdf>. Acesso em: 27 novembro de 2016.
4. Sociedade Brasileira de Hepatite. Consenso sobre Hepatite C crônica 2014. Disponível em: <http://sbhepatologia.org.br/pdf/consenso-sobre-hepatite-cronica.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2016.
5. Sharma SD. Hepatitis C virus: molecular biology & current therapeutic options. *Indian J Med Res.* 2010; 131:17-34.
6. Marinho, T. A.. Prevalência da Infecção pelo vírus da Hepatite C em indivíduos portadores de doenças oncohematológicas em Goiânia-Go. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública – Universidade Federal de Goiás - IPTSP/UFG, 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_hepatite_2011_pdf.pdf. Acesso em: 27 de novembro de 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST,

Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C. Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_hepatite_c_2011_retificado.pdf>. Acesso em: 27 de setembro de 2016.

9. Marchesini, A. S. Hepatites B e C em usuários de drogas injetável vivendo com HIV em São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública. São Paulo. 2007; 41(3): 57-63. .

10. Silva, A. L.; Vitorino, R. R.; Antonio V. E.; Santos, E. T.; Santana, L. A.; Henriques B. D.; et al. Hepatites Virais: B, C E D: Atualização. Revista Brasileira de Clínicas Médicas, São Paulo. 2012; 10(3): 206-218.

11. Neto, J. R.; Cubas, M. R.; Kusma, S. Z.; Olandoski, M. Prevalência da hepatite viral C em adultos usuários de serviço público de saúde do município de São José dos Pinhais – Paraná. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo. 2012; 15(3):627-638.

12. Zarife, M.A.S.; Oliveira, E.C.P ; Romeu, J.M.S.L; Reis, M.G . Detecção do genótipo 4 do vírus da hepatite C em Salvador, BA. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2006; 39(6):567-569.

13. Carvalho, A. C.; Junior, J.L.P.; Silva M. F.O.; Neto, S.G.S. Perfil genotípico da hepatite C em um laboratório público do estado Piauí. Rev. Interdisciplinar. 2014; 7(3):55-60.

14. Morgan TR.; Ghany MG.; Kim HY.; Snow KK.; Shiffman, ML.; De Santo JL.; et al. Outcome of sustained virological responders with histologically advanced chronic hepatitis C. Hepatology. 2010; 52(3):833-44.

15. Ghany, MG.; Nelson, DR.; Strader, DB.; Thomas, DL.; Seeff, LB. An update on treatment of genotype 1 chronic hepatitis C virus infection: 2011 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology; 2011; 54(4):1433-1444.

16. Sherman KE, Flamm SL, Afdhal NH, Nelson DR.; Sulkowski, MS.; Everson GT.; et al. Response-guided telaprevir combination treatment for hepatitis C virus infection. N Engl J Med. 2011; 365(11):1014-24.

17. Jacobson IM.; Mchutchison JG.; Dusheiko G.; Di Bisceglie AM.; Reddy R.; Bzowej NH.; et al. Telaprevir for previously untreated chronic hepatitis C virus infection. N Engl J Med. 2011; 364(25):2405-16.