

Assistência de urgência e emergência a uma paciente grave portadora de Hepatite C durante a pandemia de COVID-19: um relato de caso

Urgency and emergency care for a serious patient with Hepatitis C during the COVID-19 pandemic: a case report

DOI:10.34119/bjhrv6n4-330

Recebimento dos originais: 24/07/2023

Aceitação para publicação: 21/08/2023

Kelry Mazurega de Oliveira Dinelly

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-000

E-mail: kelryoliveira27@gmail.com

Jéssica Krizya Cardoso Castanho

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-000

E-mail: jessicamicastanho@gmail.com

Jonye Alan de Souza Dinelly

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-000

E-mail: jonyedinelly@hotmail.com

Daniel Mayco de Melo Oliveira

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-000

E-mail: danielmaicooliveira@hotmail.com

Joice Soares Requia

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-000

E-mail: sjoicesoares1@gmail.com

Irlana Cristina de Oliveira Cunha

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-000

E-mail: cirlana61@gmail.com

Olga Iara de Souza Carril

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-000

E-mail: olgaiarasouza@hotmail.com

Carlos Demétrio Suzano

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-000

E-mail: carlosdemetrioadv@outlook.com

Eline Nepomuceno Batanhe

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Av. Constantino Nery, 3000, Chapada, Manaus - AM, CEP: 69050-000

E-mail: batanheline@gmail.com

Arimatéia Portela de Azevedo

Mestre em Biologia Urbana

Instituição: Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado

Endereço: Av. Pedro Teixeira, s/n, Dom Pedro, Manaus - AM, CEP: 69040-000

E-mail: arimateia@fmt.am.gov.br

RESUMO

Introdução: A premência em atender as demandas de pacientes em situação de urgência e emergência requer organização adequada do sistema local de saúde. O hospital necessita planejar intervenções, ter uma equipe de trabalho multiprofissional além de disponibilizar espaço físico e recursos necessários para o atendimento adequado. Objetivo: mostrar um relato de caso referente aos cuidados de urgência e emergência prestados a uma paciente, grave, portadora do Vírus da Hepatite C atendida durante o ápice da pandemia de Covid 19 e as dificuldades causadas pelo momento pandêmico. Metodologia: Estudo do tipo retrospectivo, descritivo onde as informações utilizadas estavam armazenadas no prontuário eletrônico da paciente e livros de registros do setor. Relato de caso: Deu entrada na emergência M.E.S, 66 anos, gênero feminino, portadora VHC, comatosa, apresentando hematomas em todo o corpo, sangramento gengival, dor lombar intensa e melena em grande monta. Teve quadro de agitação psicomotora e bronco aspiração. Foi encaminhada a UTI e posteriormente apresenta quadro febril, dispneia e tosse. Realizado testes rápido e PCR para Covid 19 com resultados positivos para os dois. Paciente se infectou em ambiente intra-hospitalar. A mesma agravou, administrado drogas vasoativas, sem resposta. Horas depois em PCR, realizado manobras de reanimação, mas sem sucesso. Conclusão: É desafiador trabalhar em serviços de urgência e emergência, principalmente na assistência a pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, mas a adesão as regras de biossegurança e ao utilização de equipamentos de proteção individual-EPI's ainda é a forma mais eficiente de proteção contra exposição a material biológico e a contaminação cruzada.

Palavras-chave: socorro de urgência, infectologia, risco biológico, cuidados de enfermagem, doenças transmissíveis.

ABSTRACT

Introduction: The urgency to meet the demands of patients in urgent and emergency situations requires adequate organization of the local health system. The hospital needs to plan interventions, have a multidisciplinary work team, in addition to providing the physical space and resources necessary for adequate care. **Objective:** to show a case report referring to the urgent and emergency care provided to a patient, serious, carrier of the Hepatitis C Virus, attended during the peak of the Covid 19 pandemic and the difficulties caused by the pandemic moment. **Methodology:** A retrospective, descriptive study where the information used was stored in the patient's electronic medical record and in the sector's record books. **Case report:** She was admitted to the M.E.S emergency, 66 years old, female, with HCV, comatose, with bruises all over her body, gingival bleeding, severe back pain and a large amount of melena. She had psychomotor agitation and aspiration. She was referred to the ICU and subsequently presented with fever, dyspnea and cough. Performed quick tests and PCR for Covid 19 with positive results for both. Patient became infected in an in-hospital environment. It worsened, administered vasoactive drugs, without response. Hours later in PCR, resuscitation maneuvers were performed, but without success. **Conclusion:** It is challenging to work in urgent and emergency services, especially in the care of patients with infectious and contagious diseases, but adherence to biosafety rules and the use of personal protective equipment (PPE) is still the most efficient form of protection against exposure to biological material and cross-contamination.

Keywords: emergency aid, infectology, biological risk, nursing care, communicable diseases.

1 INTRODUÇÃO

A necessidade em atender as demandas de pacientes em situação de urgência e emergência requer organização adequada do sistema local de saúde, incluindo o hospital como parte deste sistema. O hospital necessita planejar intervenções, ter uma equipe de trabalho multiprofissional qualificada além de disponibilizar espaço físico adequado e recursos necessários para o atendimento adequado nessas unidades¹.

Os que trabalham no setor de urgência e emergência devem ser profissionais que tenham conhecimento do que deverá ser realizado a partir da classificação de risco, permitindo que pacientes mais graves sejam priorizados imediatamente, porém sem dispensar nenhum paciente sem atendimento^{2,6}.

Os serviços de urgência e emergência tem como principal finalidade a promoção da agilidade aos atendimentos através da realização de uma minuciosa triagem, análise e avaliação dos pacientes, levando em consideração os riscos e seu grau de vulnerabilidade. Em tais serviços tem prioridade de atendimento as pessoas que apresentam casos mais graves e, portanto, não faz diferença a ordem de chegada^{1,2,3}.

Por ser uma porta de acesso importante na assistência em saúde o Sistema Único de Saúde (SUS) considera os serviços de urgência e emergência (SUE) essenciais^{2,5}.

São inúmeros e constantes os relatos das dificuldades enfrentadas pelos profissionais reguladores de leitos hospitalares na tentativa transferência de pacientes do setor emergência para outros setores hospitalares que são considerados mais adequados à continuidade do tratamento. Muitas vezes, sem sucesso, resultando em sua estadia além do período recomendável, tendo que receber todo o tratamento nesse setor. O Ministério da Saúde tem despendido muito esforço para determinar o tempo limite de permanência de pacientes nos serviços de urgência e emergência para apenas 24 horas⁴.

Em relação aos atendimentos de urgência e emergência a portadores de doenças infectocontagiosas, especialmente os portadores de Hepatopatias viral, é requerida grande atenção por ser um paciente que geralmente adentra com um quadro clínico agudo/grave e pelo risco de exposição da equipe a material biológico^{5, 8, 10}.

Hepatites virais tem se apresentado como um grave problema de saúde pública que atinge milhões de pessoas em todo o mundo e a hepatite C atinge cerca de 3% da população mundial. Cabe destacar também que ao longo dos anos o tratamento dos pacientes infectados com o vírus da hepatite C (VHC) avançou consideravelmente^{2,4}.

Esse vírus é transmitido pelo sangue (via parenteral, percutânea e vertical), esperma e secreção vaginal (via sexual). A transmissão pode ocorrer pelo compartilhamento de objetos contaminados, como lâminas de barbear e de depilar, escovas de dente, alicates e acessórios de manicure e pedicure, materiais para colocação de *piercing* e para confecção de tatuagens, materiais para sacarificação da pele para rituais, instrumentos para uso de substâncias injetáveis, inaláveis (cocaína) e pipadas (crack)^{3, 7, 11}.

Outras formas de contágio é por meio de acidentes com exposição a material biológico ocorridos durante procedimentos cirúrgicos, odontológicos, hemodiálise, transfusão, endoscopia, entre outros, quando as normas de biossegurança não são aplicadas. A transmissão de mãe para o filho (vertical) pode ocorrer no momento do parto, mas é menos frequente^{4, 9}.

O vírus da hepatite C (HCV) vem gerando preocupação na comunidade científica desde sua identificação em 1989, pelo desenvolvimento de doenças hepáticas tanto aguda como crônica elevando de forma significativa o risco de cirrose e carcinoma hepatocelular^{1,5}.

Recentemente o surgimento de novos fármacos representou um grande avanço na terapêutica para essa patologia viral. A introdução de novas terapias tem crescido consideravelmente no tratamento da hepatite C. Esses medicamentos combinados com outros tem demonstrado resultados positivos^{6,7,8}.

Ainda de acordo com dados norte-americanos, disponíveis no site do *Center of Disease Control* (CDC), mais da metade dos surtos de hepatite C ocorreu em ambientes de hemodiálise

e esse risco tende aumentar à medida que o paciente permanece mais tempo em procedimento de hemodiálise-HD⁹.

A hepatite C pode se apresentar na forma crônica ou aguda. Uma vez não tratada na fase aguda pode haver a evolução e agravamento da doença em 50% a 85% dos casos para a forma crônica¹⁰.

A infecção pelo vírus da hepatite C pode cursar com manifestações extra-hepáticas de caráter autoimune, devido a formação de imunocomplexos. Essas manifestações poderão ser hematológicas, renais, endócrinas, neuromusculares, articulares ou dermatológicas^{6,11}.

Em suma, o vírus da hepatite C é um problema de saúde pública de sintomatologia silenciosa. Assim, é recomendável solicitar exames para rastrear HCV, especialmente nos casos que apresentam fatores de risco e sinais sugestivos de hepatopatias¹².

Recentemente o mundo conheceu outro patógeno e esse foi capaz de causar uma pandemia. Um surto de uma doença ocasionada por um novo vírus e caracterizada por desenvolver pneumonia foi relatada em Wuhan, província de Hubei, China. O Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (ICTV) adotou a nomenclatura de síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) como nome para o novo vírus causador da COVID-19^{15,16}.

Tal vírus teve uma rapidez de contágio ao ponto de causar uma pandemia. Percebeu-se durante a pandemia que as repercussões eram comparadas a desastres naturais e guerras, pelo receio em adoecer, ficar desempregado, desamparado, ser estigmatizado caso venha a se infectar e, o medo de morrer. A sensação de incerteza quanto ao futuro econômico e educacional traz também implicações na saúde mental. Estratégias sociais, educacionais, econômicas devem ser implantadas para minimizar os danos causados pela COVID-19^{17, 18,19}.

A pandemia de COVID 19 trouxe, tanto em servidores como em pacientes, graves consequências mentais. Suspeitos, infectados, profissionais de serviços essenciais, os que vivem sozinhos, instituições como casas de repouso, prisões, centros de detenção de imigrantes, idosos, portadores de doença mental, imunodeprimidos e sem-teto, estão mais propícios aos danos de saúde física e mental^{20, 21,22}.

Essa pandemia que se abateu sobre fez com que fosse rigorosamente intensificada as formas da prevenção de transmissão de doenças em ambientes de internação. E a higienização das mãos continuou sendo a forma mais simples e eficaz para prevenção de infecção cruzada em ambientes de internação e mesma pode ser por meio da lavagem com água e sabão ou por meio de fricção com álcool 70%. Essa recomendação vale tanto para profissionais de saúde quanto para visitantes e também pacientes^{2, 8, 22}.

Portanto, o objetivo deste é mostrar um relato de caso referente aos cuidados de urgência e emergência prestados a uma paciente de 64 anos, grave, portadora do Vírus da Hepatite C atendida durante o ápice da pandemia de Covid 19 e as dificuldades causadas pelo momento pandêmico.

2 METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo relato de caso, com desenho retrospectivo, descritivo, com uma abordagem quantitativa, conduzido em um hospital universitário de atenção terciária com dedicação e incentivo a pesquisa sendo referência em doenças infectocontagiosas no Amazonas.

A coleta de dados foi realizada com informações existentes no prontuário eletrônico *Idoctor* e livros de registros de ocorrência existentes nos setores de urgência e emergência.

A pesquisa teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sob o CAAE 68749123.1.0000.0005 e número de parecer: 6.053.588.

3 RELATO DE CASO

A descrição dos relatos existentes nos livros de ocorrência mostram que durante o ápice da pandemia do Corona Vírus houve uma escassez de insumos para a saúde. Tal situação se agravou conforme os dias avançavam. O medo de se infectar durante a assistência abateu fortemente o psicológico daqueles que trabalhavam no setor de emergências do hospital referência para portadores de doenças infectocontagiosas e parasitárias, onde ocorreu o estudo de caso.

Foi nesse cenário que deu entrada no setor de urgência e emergência a paciente M.E.S, 66 anos, gênero feminino, acompanhada por familiar (esposo), que procura assistência médica no pronto atendimento do hospital referência em infectologia. Paciente não responsiva, com histórico de ser portadora do vírus da hepatite C e que faz tratamento há cerca de cinco anos. O acompanhante não soube informar qualquer histórico familiar de doenças pregressa e não soube relatar o porquê de não está responsiva.

Paciente etilista, não tabagista, natural da cidade de Itapiranga-Am, mas reside em Manaus, capital do estado do Amazonas. Familiar informa que a mesma é alérgica a dipirona. A anamnese mostrou a existência de manchas vermelhas em todo o corpo, sangramento gengival, e gemência em virtude de dor lombar intensa com evolução de duas semanas com

irradiação para região pélvica. Sem histórico de queda ou outros acidentes recentes. Tem relato de dor ao urinar e constipação há três dias.

Quadro 1: Descrição do perfil social da paciente em estudo

Variáveis	Status
Procedência	Capital (Manaus)
Reinternação	Sim
Orientação sexual	Heterossexual
Acompanhada	Sim
Grupo familiar	Três pessoas
Tipo de família	Nuclear
Renda mensal	Um a dois salários mínimo
Tipo de habitação	Alvenaria
Saneamento básico	Sim
Grau de instrução	Ensino fundamental completo
Ocupação	Du lar
Como chegou ao hospital	Veio de ambulância
Tempo de convivência com o vírus da Hepatite C	Seis anos
Adesão ao tratamento	Sim

Fonte: dados retirados do prontuário eletrônico da paciente

Foi constatado, pelos exames existentes no prontuário eletrônico, que tratava-se de uma paciente portadora de cirrose hepática pelo vírus C-VHC, com hipertensão arterial sistêmica-HAS, em convalescência de uma síndrome neurológica a esclarecer, encefalite viral interrogada, estado convulsivo.

Foi medicada e assistida pela equipe o qual fez todos os procedimentos necessários de urgência utilizando-se de EPI's, como preconiza as regras de biossegurança, haja vista o fato da mesma ser portadora de hepatite pelo vírus C.

No dia seguinte, continua não contactuante, com febre (com 3 picos febris com temperatura axilar de 39,2⁰ Celsius). Ao exame físico: paciente não contactua, anictérica, acianótica, não apresenta abertura ocular, linfonodos não palpáveis. Na ausculta pulmonar percebeu-se creptos em base esquerda, ausculta cardíaca sem sopros, abdômen flácido, bexingoma a palpação, extremidades livres sem edemas, exceto por mão direita. Solicitado exames de elementos anormais de sedimentos da urina-EAS (com resultado apresentando biócitos incontáveis), e urinocultura com antibiograma mostrando a presença de *Escherichia coli* com resistência aos beta-lactamamicos de espectro estendido-ESBL. A ressonância magnética de crânio e a tomografia de tórax e hemocultura sem alteração.

Também foi realizada ultrassonografia com resultado mostrando parênquima heterogêneo com aumento difuso da ecogenicidade. Sinais de esteatose leve e esplenomegalia.

Paciente teve quadro de agitação psicomotora, pouco sono, agressiva, história de possível bronco aspiração após alimentação. Paciente foi encaminhada a UTI onde esteve em cuidados intensivos.

Após dezesseis dias sob cuidados intensivos a mesma apresentava-se pouco responsiva, com quadro febril, sem dor, funções fisiológicas preservadas.

Foi realizado outro exame, desta vez, vídeo esôfago gastroduodenoscopia onde foi possível visualizar:

Esôfago: Forma e calibre preservados. Mucosa íntegra em todo o trajeto do órgão. A transição esofagogástrica é coincidente com o pinçamento diafragmático.

Estômago: Forma e volume preservados. Lago mucoso claro e em quantidade habitual. Em fundo e corpo foi visualizado edema e enantema moderados, com rendilhado brancacento de permeio, configurando aspecto em mosaico, sugestivo de gastropatia hipertensiva portal. Em antro visualizamos algumas erosões planas, recobertas por fibrina. Á retro visão os pilares estão ajustados ao endoscópio. Píloro centrado e pérvio.

Duodeno: Bulbo anatômico e com mucosa íntegra. Segunda porção com mucosa íntegra. Conclusão dos exames: Gastropatia hipertensiva portal moderada e Gastrite endoscópica erosiva plana leve de antro.

A mesma voltou apresentar uma síndrome febril, acompanhada de dispneia e tosse. Realizado teste rápido e Reação em Cadeia da Polimerase-PCR para Covid 19 com resultados positivos para os dois. A paciente foi infectada pelo SARS COV- 2 em ambiente intra-hospitalar. Realizada busca ativa para tentar rastrear a fonte de infecção, mas sem sucesso. Foi colocada em sala de isolamento mas mantinha quadro grave com prognóstico reservado.

Transferida para sala de reanimação com monitorização constante: saturação-SAT: 94 em macro. Glasgow: 5, frequência respiratória-FR: 36, frequência cardíaca-FC 142bm, pressão arterial- PA: 80X50 mmHg, temperatura: 36,8^o, já em uso de drogas vasoativas, sem resposta pupilar durante plantão. Nas horas subsequentes, os registros mostram parada cardio-respiratoria- PCR. Na avaliação física as extremidades se mostraram frias, sem pulsos centrais, pupilas dilatadas. Realizado manobra de ressuscitação cardiopulmonar, sem resposta. Declarado óbito cinquenta minutos depois.

Quadro 2: Descrição dos principais cuidados prestados a paciente do estudo durante a permanência na urgência e emergência

Variáveis	Assistência prestada
-Estado convulsivo	-Inserção de cateter em veia periférica para infusão venosa; -Administração imediata de anticonvulsivante; -Elevação da cabeceira da cama para evitar broco-aspiração; -Monitorização eletrônica constante.
-Paciente não responsiva, sem percepção sensorial; -Com síndrome neurológica a esclarecer;	-Erguido as grades de proteção lateral do leito para evitar quedas;
-Momentos de gemência em virtude de dor lombar intensa e disúria	-Analgesia conforme prescrição médica -Promoção de conforto por meio de colchins e reposicionamento ao leito
-Com histórico de alergia a dipirona	-Alerta enfatizado em letras gigantes, em cor de destaque no prontuário
-Sangramento gengival protuso	-Isolamento por contato em virtude da possibilidade de exposição da equipe a material biológico; -Fornecimento e orientação da equipe quanto ao uso de EPI's durante a assistência
-Hipertensão arterial sistêmica-HAS	-Realizado administração de antipertensivo conforme prescrição; -Monitorização constante da pressão arterial.
-Paciente apresentando bexingoma	-Realizado passagem de sonda vesical de demora
-Realizada a adequação da dieta a ser administrada por via enteral	-Realizado passagem de sonda naso-enterica de <i>Dobb Hoff</i> . -Averiguado, por meio de radiografia, o posicionamento da mesma

Fonte: dados retirados do prontuário eletrônico da paciente

Os livros de registros e até mesmo pequenos relatos em portuários, mostravam que a equipe multiprofissional estava enfrentado muitas dificuldades em virtude do momento pandêmico em que o mundo estava vivendo. Um exemplo era a dificuldade de aquisição de EPI's e com isso, faziam uso prolongado ou reuso dos mesmos.

Os relatos descritos nos dão entendimento que houve muitas pedidos solicitando, de forma urgente, a contratação de recursos humanos qualificados em virtude de muitos afastamentos por doença (Covid 19). Os que ali estavam não tinham habilidades e conhecimentos necessário para atuarem neste setor.

Outro problema relatado era em relação aos equipamentos. Os registros mostram que havia dificuldades, até mesmo, na elevação da cabeceira e grades laterais dos leitos de alguns pacientes graves em virtude pois estavam danificados. Dificuldades de monitoramento dos pacientes em estado crítico pelo número insuficiente de equipamentos eletro médicos também foi outro problema citado.

Também ressaltaram a falta de sala adequada para internação de pacientes em isolamento. O projeto arquitetônico não contemplou o setor enfermarias contendo câmara e

ante câmara. Outro problema envolvendo o ambiente era tamanho insuficiente da área física da emergência, que ocasionava excesso de pacientes no local.

Mas, em meio as descrições das dificuldades encontradas na realização dos principais cuidados prestados aos pacientes graves que adentravam a emergência neste período, haviam aquelas relacionadas ao servidores. Nos livros de ocorrências existentes no setor haviam muitos relatos de “assistência prejudicada por excesso de pensamentos difusos”. Servidores com possível síndrome do pânico.

4 DISCUSSÃO

Sabe-se que a rede de atenção às urgências e emergências compõe-se de serviços responsáveis por elaborar respostas rápidas e eficazes. Um dos seus desafios é a qualificação das práticas profissionais a partir das melhores evidências científicas disponíveis, principalmente quando o serviço é especializado em atendimento a pacientes com uma gama de possibilidades de trazer riscos por exposição a material biológico¹³.

No que diz respeito ao atendimento de emergência, não há espaço para uma atuação gerencial confusa, pois os enfermeiros da unidade de emergência devem aliar a fundamentação teórica à capacidade de liderança, ao trabalho, ao discernimento, à iniciativa, à habilidade de ensino, à maturidade e à estabilidade emocional^{16,22}.

O papel do profissional emergencista inclui inúmeras atividades que são necessárias e indispensáveis para garantir o desenvolvimento do trabalho coletivo, bem como identificar técnicas de gerenciamento utilizadas para motivar as equipes na prestação dos serviços com qualidade²³.

Na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil, existem situações que servem de empecilhos para um bom atendimento interferindo consideravelmente no processo de trabalho e a qualidade do cuidado prestado à população, pois os serviços hospitalares de atendimento ficam abertos 24 horas e assim, apresentam situações que vão desde aquelas de sua estrita responsabilidade, até atendimentos com um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidos em estruturas de menor complexidade²⁴.

Quanto ao paciente grave portador de hepatites C o mapeamento do serviço de epidemiologia brasileiro mostra que a região Norte apresenta um acometimento semelhante em ambos os sexos, com maior incidência entre 40 e 59 anos e concentrado nas regiões urbanas, com maioria dos diagnósticos em período crônico assintomático^{16,22}.

Autores enfatizam que após o diagnóstico da doença (hepatite C), a qualidade de vida do paciente sofre influência de fatores físicos, biológicos, sociais, psicológicos e culturais. O

cotidiano passa a ser controlado em função das restrições impostas pela doença, interferindo nas suas atividades e relações sociais^{22,25}.

Nas fases avançadas da doença, o paciente pode evoluir para óbito. Estima-se que a hepatite C seja responsável por aproximadamente 700.000 óbitos anuais em consequência de suas complicações, sobretudo a cirrose e o câncer hepático–hepatocarcinoma ou carcinoma hepatocelular^{23, 24, 30}.

Em decorrência da progressão dessa infecção e de suas complicações, que demandam assistência à saúde especializada, a hepatite C representa um significativo impacto à saúde pública. A agressão hepatocelular causada pelo HCV pode resultar em fibrose hepática, cirrose e câncer hepático²¹.

Quando chega a fase de insuficiência hepática terminal que é considerada uma condição patológica de grande impacto na vida das pessoas, levando à necessidade de transplante de fígado como única possibilidade de reversão do quadro terminal, há a necessidade de acompanhamentos mais frequentes pois as repercussões ao nível biológico, psicológico e social também se agudizam^{21, 27}.

Sabe-se que em 2013, o Brasil ocupou o segundo lugar em número absoluto no ranking de transplantes hepáticos dentre 30 países avaliados, perdendo somente para os Estados Unidos. O tratamento para hepatite C crônica no Brasil é a terapia dupla e tripla. A terapia dupla se baseia na combinação antiviral com α -peginterferon e ribavirina²².

Atualmente as diretrizes de tratamento da hepatite crônica C tiveram uma mudança no regime de tratamento para pacientes genótipo tipo 1: a introdução de uma terceira droga no tratamento, os inibidores de serinaprotease, boceprevir e telaprevir²³.

Em relação a fatores de prevenção primária, a mesma objetiva reduzir a incidência dessa infecção através da identificação e mobilização de grupos de risco, como usuários de drogas injetáveis e profissionais de saúde, visto que não há vacinação disponível ou profilaxia pós-exposição^{24,25}.

Já em relação a infecções intra-hospitalares pela Covid-19, a prevenção da transmissão nosocomial é um dos maiores desafios para os hospitais. Do ponto de vista do controle de infecção, pacientes positivos ou assintomáticos antes do diagnóstico, destacam-se por ser um desafio na quebra de cadeia de transmissão^{28, 29}.

Em relação ao perfil dos pacientes infectados em ambientes hospitalares (vide Quadro 1), segundo estudos realizados no Brasil, os casos confirmados ou suspeitos ocorreram em homens, de idade média de 58,3 anos, de pele branca, tendo como principais diagnósticos relacionados à internação, as doenças do aparelho circulatório, imunossuprimidos por doenças

infecciosas e parasitárias e do aparelho geniturinário, sendo a comorbidade mais prevalente a diabetes, seguida por doença renal crônica e insuficiência cardíaca²⁷.

Então, mediante a tudo que foi referenciado, percebe-se que é de suma importância estabelecer um perfil clínico-epidemiológico da população acometida, a fim de programar medidas de prevenção e controle destas enfermidades tanto na comunidade como em ambiente hospitalar pois as mesmas são doenças de distribuição mundial, mesmo em países de alto índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com elevados níveis de cronicidade e morbidade e prevenível através de medidas de educação em saúde e segurança no trabalho^{26,30,31}.

5 CONCLUSÃO

Há uma necessidade urgente de haver políticas voltadas ao servidor da saúde no que diz respeito as sequelas psicológicas ocasionadas pela vivencia em linha de frente no atendimento em salas de emergências principalmente a partir do advento da pandemia de Covid 19. Ações que visem à melhoria das condições de trabalho e que estimulem a prática de atividades físicas podem também serem muito benéficas para a manutenção e fortalecimento das condições de saúde mental dessa população pois há uma alta prevalência de sintomas graves de ansiedade e depressão entre os profissionais de saúde que atuam nos serviços de média e alta complexidade, não somente durante a pandemia de COVID-19 como também noutras situações que exijam uma rápida resposta. Os gestores precisam se conscientizar da necessidade de haver abastecimento contínuo de insumos que garantam o suporte a vida do paciente mas também a segurança da vida do servidor da saúde.

REFERÊNCIAS

1. MATOSO A, L M L, LIMA, VA. Assistência de enfermagem em urgência e emergência obstétrica: um estudo bibliométrico. *Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul*, v. 17, n. 61, p. 65-73, jul./set., 2019. Acessado em 11 de abril de 2023. Visualizado em: https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5913/pdf
2. SOUSA, K HE J F. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180263. Acessado em 10 de abril de 2023. Visualizado em: <https://www.scielo.br/j/rge/f/a/PX7vJwFyrRTsVm3jgMk8rRN/?format=pdf&lang=pt>
3. PAIVA P F. A urgência do diálogo acerca das doenças infectocontagiosas diante do aumento da incidência de sífilis materna e congênita no município de Juiz de Fora. *Rev. APS.* 2018; out./dez.; 21 (4): 774-775. Acessado em 10 de abril de 2023. Visualizado em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/29431/20089>
4. STRAUSS E. Hepatite C: o agente viral e sua transmissão. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 34(1):69-82, jan-fev, 2001. <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/9YJQG633PW9FMF7Bcb7s48c/?format=pdf&lang=pt>
5. FERREIRA V L; PONTAROLO R. Contextualização e avanços no tratamento da hepatite c: uma revisão da literatura. *Visão Acadêmica, Curitiba*, v.18 n.1, Jan. - Mar./2017 - ISSN 1518-8361 Visualizado em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/51007/32554>
6. 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 e coinfeções. Ministério da Saúde. Brasília - DF. 2011.
7. LEROY V., et al. Daclatasvir, sofosbuvir, and ribavirin for hepatitis C virus genotype 3 and advanced liver disease: A randomized phase III study (ALLY-3+). *Hepatology (Baltimore, Md).* 2016; 63(5):1430-41. doi: 10.1002/hep.28473
8. MANN S M., et al. Ledipasvir and sofosbuvir plus ribavirin in patients with genotype 1 or 4 hepatitis C virus infection and advanced liver disease: a multicentre, open-label, randomised, phase 2 trial. *Lancet infectious diseases.* 2016; 16(6):685-97. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)00052-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)00052-9)
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfeções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde. 2015:101p.
10. CONSTANCIO NS; FERRAZ MLG; MARTINS CTB; KRAYCHETE AC; BITENCOURT PL; NASCIMENTO MM; Hepatite C nas Unidades de Diálise. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 2019;41(4):539-549. Visualizado em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/srB3W4QBmSkYjjTG8DpybPm/?format=pdf&lang=pt>
11. SESSO RC, LOPES AA, THOMÉ FS, LUGON JR, MARTINS CT. Brazilian chronic dialysis Survey 2016. *J Bras Nefrol* 2017; 39:261-6

12. GORDON CE, NADER C. Evolving therapies for hepatitis C virus in chronic kidney disease: the beginning of a new era. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2017;26:129-35
13. OLIVEIRA M S et al. Associação entre líquen plano oral e hepatite C: relato de caso. *HU Rev*. 2020; 46:1-6. DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.30292. Visualizado em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/30292/21300>
14. MESTER A, LUCACIU O, CIOBANU L, APOSTU D, ILEA A, CAMPAN R S. Clinical features and management of oral lichen planus (OLP) with emphasis on the management of hepatitis C virus (HCV)-related OLP. *Bosn J Basic Med Sci*. 2018; 18(3):217-23. doi: 10.17305/bjbms.2018.3133
15. GEORGESCU SR, TAMPA M, MITRAN MI, MITRAN CI, SARBU MI, NICOLAE I et al. Potential pathogenic mechanisms involved in the association between lichen planus and hepatitis C virus infection. *Exp Ther Med*. 2019;17(2):1045-51. doi: 10.3892/etm.2018.6987
16. LIMA SO et al. Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa. n. 46 (2020): *Revista Eletrônica Acervo Saúde (ISSN 2178-2091) | Volume Especial 46 - COVID-19 | 2020*
17. TIBURI R G B et al. Coagulopatia induzida pelo estado inflamatório da infecção pela Covid-19. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.2, p. 8478-8501 mar./apr. 2021. Visualizado em: <file:///C:/Users/33822280259/Downloads/admin,+bjd+368.pdf>
18. AYERBE, L. et al. The association between treatment with heparin and survival in patients with Covid-19. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, [S.L.], v. 50, n. 2, p. 298-301, 31 maio 2020. Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1007/s11239-020-02162-z>
19. BOCCI, M. G. et al. Thromboelastography clot strength profiles and effect of systemic anticoagulation in COVID-19 acute respiratory distress syndrome: a prospective, observational study. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, [S.L.], v. 24, n. 23, p. 12466-12479, dez. 2020. Verduci Editore s.r.l. http://dx.doi.org/10.26355/eurrev_202012_24043
20. GOSHUA, G. et al. Endotheliopathy in COVID-19-associated coagulopathy: evidence from a single-centre, cross-sectional study. *The Lancet Haematology*, [S.L.], v. 7, n. 8, p. 575-582, ago. 2020. Elsevier BV [http://dx.doi.org/10.1016/s2352-3026\(20\)30216-7](http://dx.doi.org/10.1016/s2352-3026(20)30216-7)
21. GASPARONI L A R. Infecção por citomegalovírus em pacientes portadores de hepatite C. Instituto Oswaldo Cruz. Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical. 2020. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/44937/luciana_gasparoni_ioc_mest_2020.pdf;jsessionid=1B55E16E0505D42DCFD0B0D6E6AFC1E4?sequence=2
22. DUARTE P M. COVID-19: Origem do novo coronavírus. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 2, p.3585-3590 mar./apr. 2020. visualizado em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/9131/7740>

23. CHEN,Y;LIU,Q;GUO,D. Emerging coronaviruses: genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol*, v.92, n.4, p.418-423, 2020
24. AGUIAR MIF. Gravidade da doença hepática e qualidade de vida no transplante de fígado. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(1):107-14. visualizada em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/34td4bF7BfyCgCLSbNwK9xM/?format=pdf&lang=pt>
25. FAGUNDES R N. Tratamento da hepatite c pelo sistema único de saúde no Brasil. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 14, n. 1, p. 34-43, jan./jul. 2016. visualizado em: [file:///C:/Users/33822280259/Downloads/Dialnet-TratamentoDaHepatiteCPeloSistemaUnicoDeSaudeNoBras-5344039%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/33822280259/Downloads/Dialnet-TratamentoDaHepatiteCPeloSistemaUnicoDeSaudeNoBras-5344039%20(1).pdf)
26. OLIVEIRA LB. Epidemiological analysis of tuberculosis/hiv coinfection. *Cogitare Enferm.* (23)1: e51016, 2018. visualizado em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483660070005/483660070005.pdf>
27. GUSMÃO KE. Perfil clínico-epidemiológico da hepatite c na região norte do brasil entre 2012 e 2015. visualizado em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/3754/9742>
28. Brasil. SINAN/SVS/MS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação –Sinan, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan>
29. MATOS MCB et al. Vigilância hospitalar relacionada à prevenção de COVID-19: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde | ISSN 2178-2091*, visualizado em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9940/5970>
30. BORTOLUZZI, TVC, CAVALCANTI, P B, ELY V H M B. Quartos de isolamento em unidades de urgência e emergência: sinergia entre legislação e prática?. *Arquitetura Revista*, v.16, n.1, jan/jun, 2020. Acesso em 11 de abril de 2023. Visualizado em: <https://www.redalyc.org/journal/1936/193662824007/193662824007.pdf>
31. LISE F, SOUZA BM, SCHWARTZ E, GARCIA FRM. Etapas da construção científica: da curiosidade acadêmica à publicação dos resultados. [Internet]. Pelotas: Ed. UFPel; 2018[acesso em 2021 nov 18]. Disponível em: <http://guaiaca.ufpel.edu.br:8080/bitstream/prefix/4171/3/Etapas%20da%20construcao.pdf>