

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DA HEPATITE C
EM ANÁPOLIS-GOIÁS: UMA ANÁLISE
RETROSPECTIVA ENTRE OS ANOS DE 2012 A 2018**

Frederico Reis de Souza Borges

Rayara Batista Lopes

Anápolis – Goiás

2020

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Curso de medicina

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DA HEPATITE C
EM ANÁPOLIS-GOIÁS: UMA ANÁLISE
RETROSPECTIVA ENTRE OS ANOS DE 2012 A 2018**

Relatório final do trabalho de curso apresentado à disciplina de Iniciação Científica do Curso de Medicina da UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Constanza Thaise Xavier Silva.

Anápolis – Goiás

2020

**RELATÓRIO FINAL DE TRABALHO DE CURSO PARECER
FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

Coordenação de iniciação científica

Faculdade de Medicina – UniEvangélica

Eu, Professora Orientadora Constanza Thaise Xavier Silva, venho respeitosamente, informar a essa coordenação que os acadêmicos Frederico Reis de Souza Borges e Rayara Batista Lopes, estarão sob minha supervisão para desenvolver o trabalho de curso intitulado “Perfil Clínico Epidemiológico da Hepatite C em Anápolis-Goiás: uma análise retrospectiva entre os anos de 2012 a 2018”, o projeto em anexo foi revisado e aprovado e será seguido até a conclusão do mesmo.

Observações:

Anápolis, 01 de junho de 2020

Constanza T.X. Silva

Professora Orientadora

RESUMO

A hepatite C é uma das doenças de maior impacto na saúde pública, relacionada à desigualdade social e ao menor acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo características majoritariamente crônicas, com evolução subclínica e insidiosa, dificultando o diagnóstico em momentos iniciais. O estudo teve por objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hepatite C na cidade de Anápolis-Goiás. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal e retrospectivo. Foi realizado no município de Anápolis – GO, tomando como fonte de informação os casos de hepatite do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis no período de 2012 a 2018. As características sócio demográficas avaliadas foram: sexo, faixa etária, etnia, nível de escolaridade. As variáveis clínico-epidemiológicas foram: categorias de exposição, genótipos, forma clínica, condições de saúde (outras infecções sexualmente transmissíveis - IST) e gestação. A assistência foi oferecida a 239 pacientes, tendo uma incidência oscilando de 31 casos até 43 por ano. A prevalência foi maior no sexo masculino e faixa etária de 30 a 50 anos, em pacientes pardos, além disto, em indivíduos que possuíam até 5ª a 8ª série completas. Outras variáveis encontradas foram maior prevalência do genótipo tipo 1 e forma crônica/assintomática, além disso encontrou-se pacientes gestantes, do 1º ao 3º trimestre, porém com uma prevalência muito baixa. A relação com outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) foi baixa, sendo que 82,8% não possuíam coinfeção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e 88,3% não tiveram outros tipos de IST em algum momento da vida, além disso, percebeu-se que a maior fonte de infecção foi por via sexual, e obteve-se como maior critério diagnóstico a confirmação laboratorial. Neste estudo, o perfil encontrado para os portadores de HCV foi semelhante aos disponíveis na literatura. Ressalta-se a importância de conhecer a incidência do HCV para compreender sua disseminação e, assim, ter subsídios para medidas de controle no combate à infecção, além da capacitação para preenchimento adequado das fichas de notificação, já que a omissão de dados interfere diretamente no ensino e pesquisa, além da qualidade da assistência.

Palavras-chave: Hepatite. Hepatite C. Hepatite viral humana.

ABSTRACT

Hepatitis C is one of the diseases with the greatest impact on public health, with access to social inequality and access to the Unified Health System (SUS), with mostly chronic characteristics, with subclinical and insidious evolution, making diagnosis difficult at times. The study aimed to describe the clinical-epidemiological profile of patients with hepatitis C in the city of Anápolis-Goiás. This is an epidemiological, descriptive, cross-sectional and retrospective study. It was carried out in the municipality of Anápolis - GO, using hepatitis cases from the Epidemiological Surveillance Department of the Municipal Health Department of Anápolis from 2012 to 2018 as the information source. The demographic social characteristics evaluated were: sex, age group, ethnicity, education level. The clinical-epidemiological variables were: categories of exposure, genotypes, clinical form, health conditions (other sexually transmitted infections - STI) and pregnancy. Assistance was offered to 239 patients, with an oscillating incidence of 31 cases up to 43 per year. The prevalence was higher in males and in the age group of 30 to 50 years, in brown patients, in addition, in individuals who had completed 5th and 8th grades. Other variables found were the main prevalence of type 1 and chronic / asymptomatic form, in addition, pregnant patients were found, from the 1st to the 3rd trimester, but with a very low prevalence. The relationship with other sexually transmitted infections (STIs) was low, with 82.8% having no co-infection with the human immunodeficiency virus (HIV) and 88.3% had no other types of STIs at some point in their lives, in addition, it was realized that the greatest source of infection was sexual, and was detected as the greatest diagnostic criterion in laboratory verification. In this study, the profile found for HCV patients was similar to those available in the literature. The importance of knowing the incidence of HCV is emphasized in order to understand its spread and, thus, subsidies for control measures to fight infection, in addition to training for the proper filling of notification forms, since the omission of data directly interferes in teaching and research, in addition to the quality of care.

Key words: Hepatitis. Hepatitis C. Hepatitis, Viral, Human.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Hepatite C.....	10
2.2 Epidemiologia.....	11
2.3 Aspectos clínicos.....	12
2.4 Diagnóstico.....	13
2.5 Tratamento.....	14
3. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral.....	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4. METODOLOGIA	16
4.1 Tipo de estudo.....	16
4.2 População do estudo.....	16
4.3 Critérios de inclusão.....	16
4.4 Critérios de exclusão.....	16
4.5 Aspectos éticos.....	17
4.6 Análise de dados.....	17
5. RESULTADOS	17
6. DISCUSSÃO	23
7. CONCLUSÃO	26
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
9. ANEXOS	32
9.1 Anexo I.....	32
9.2 Anexo II.....	34
10. APÊNCIDES	42
10.1 Apêndice A.....	42

1. INTRODUÇÃO

As hepatites virais são doenças endêmicas e epidêmicas, consideradas como um grave problema para a saúde pública no Brasil. De acordo com a portaria nº 204 de 2016, o Ministério da saúde listou todas as hepatites virais como sendo de notificação compulsória (BRASIL, 2019). Seu comportamento epidemiológico deve ser levado em conta elementos das condições do nosso país, como a desigualdade socioeconômica e de acesso aos serviços de saúde, assim como a irregularidade na inclusão de tecnologia avançada para análise e tratamento das doenças (NEGREIROS; VIEIRA, 2017).

As hepatites virais são doenças infecciosas causadas por vírus que possuem tropismo pelo tecido hepático, cada uma apresenta diferenças clínicas, epidemiológicas e laboratoriais. Existem cinco tipos identificados de hepatite: A, B, C, D (Delta) e E. As dos tipos A e E só se manifestam de forma aguda, e o paciente elimina o vírus do organismo depois da crise. Mas os tipos B, C e D podem se tornar crônicos e pedem mais atenção dos órgãos de saúde no mundo (NUNES et al., 2016).

De acordo com o sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), dentre as 587.821 casos confirmados de hepatites virais no Brasil 34,2% são de hepatite C, e ainda acredita-se que esse é uma porcentagem subnotificada, suspeitando-se que os números são maiores. Sendo sua incidência maior na região sudeste, com 60,9% dos casos de todo o país. Além de serem observados mais em pessoas do sexo masculino, com a razão de 1,3 no ano de 2017, e maior ocorrência na faixa etária entre 55 a 59 anos, na raça branca (57,4%) (BRASIL, 2018).

A hepatite C é causada por um vírus da família *Flaviviridae*, gênero *Hepacivirus*, que foi descrito por Choo et al. (1989) como o principal agente etiológico das hepatites conhecidas como não A, não B (NANB). Esse vírus caracteriza-se por ser uma partícula viral esférica, com tamanho entre 40 e 100 nm de diâmetro; seu material genético é constituído por um ácido ribonucleico (RNA) de fita simples composto por um envoltório e um nucleocapsídeo icosaédrico (SILVA et al., 2011??).

A hepatite C pode ter a forma aguda e crônica, com evolução subclínica e insidiosa, aproximadamente 80% dos casos são assintomáticos e anictéricos, dificultando o diagnóstico. Quando o paciente apresenta sintomas, são inespecíficos, como anorexia, astenia, mal-estar e dor abdominal. Essa fase pode durar até seis meses.

Na fase crônica a maioria dos casos é diagnosticada. A doença pode evoluir durante décadas sem ser detectada. Em casos mais graves, pode ocorrer cirrose e descompensação hepática (BRASIL, 2019). O consumo de substâncias psicoativas está relacionado a riscos e danos de grande impacto social, sendo eles as práticas sexuais desprovidas de proteção, compartilhamento de seringas e agulhas, além de exposição a infecções de transmissão sexual e parenteral, a exemplo da hepatite C (CELLA et al., 2015).

A principal via de transmissão do vírus da hepatite C (HCV) é parenteral e, assim, estão sob maior risco usuários de drogas injetáveis (atualmente, considerado o principal fator de risco para aquisição de hepatite), compartilhamento de objetos de higiene pessoal, como lâminas de barbear, escovas de dente e instrumentos para pedicure/manicure; procedimentos estéticos e culturais, como tatuagem, piercing e acupuntura; e procedimentos odontológicos. A transmissão sexual pode ocorrer em pessoas com múltiplos parceiros, com práticas sexuais desprotegidas e quando há coexistência de infecções sexualmente transmissíveis (IST). O HCV também pode ser transmitido verticalmente, o que está relacionado com a elevada carga viral da mãe, parto prolongado e coinfeção com o HCV e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (PARABONI et al., 2012).

O diagnóstico da infecção aguda e crônica pelo HCV é feita pela detecção do RNA do vírus por um método molecular sensível, podendo ele ser imunoensaio enzimático (EIA) na detecção dos anticorpos anti-HCV (BURRA et al., 2015). O HCV possui uma grande variedade de genótipos de 1 a 7, com diferentes subtipos, apresentando distribuição mundial de acordo com a população estudada e fatores de transmissão viral envolvidos na infecção. A nível global, o genótipo 1 é o mais comum, com 46,2% de todos os casos de hepatite C, predominando os subtipos 1a e 1b, seguido do genótipo 3, correspondendo a 30,1%. Os genótipos 2, 4 e 6 apresentam prevalência de 9,1%, 8,3% e 5,4%, respectivamente; enquanto que o genótipo 5 corresponde a menos de 1% de todos os casos de hepatite C no mundo. No Brasil, os genótipos 1 e 3 são os mais prevalentes, sendo que de 50 a 70% dos casos de hepatite C são causados pelo tipo 1 (PARABONI et al., 2012; BRASIL, 2015).

Assim sendo, o presente trabalho é de suma importância devido à gravidade da hepatite C na sociedade, sendo uma das doenças infectocontagiosas de maior incidência e prevalência em todo o mundo. De acordo com a Organização mundial de saúde (OMS) aproximadamente 1% da população mundial está infectada pelo HCV,

sendo destas 71 milhões infectadas cronicamente. Foi relatada 400 mil óbitos, em 2015, devido as complicações da doença, como a cirrose e o carcinoma hepatocelular. No Brasil a doença é endêmica, com taxas de 1,4 a 2,5% de prevalência, sendo um relevante problema de saúde pública no país (OLIVEIRA et al., 2018).

No panorama mundial de hepatite C, o país com maior prevalência da infecção é o Egito, com cerca de 15% da população. Nesse caso, a principal razão para essa elevada prevalência pode ser a utilização de agulhas não esterilizadas nos programas para o tratamento da esquistossomose endêmica. Na África, a maior prevalência ocorre nas Regiões Central, Ocidental e Subsaariana. Nos países da América Latina e Caribe, estima-se que existam entre 7 e 9 milhões de adultos positivos para anti-HCV, enquanto que, nos países da América do Norte, há baixas taxas de prevalência da hepatite C (TE; JENSEN, 2010; KERSHENOBICH et al., 2011).

O Brasil é um país de endemicidade intermediária para a infecção de hepatite C, com taxas de prevalência de 1,4 a 2,5% (KRETZER et al., 2014). No período de 1999 a 2011, o número total de casos notificados da doença, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foi 82.041 e 75% desses casos foram registrados em indivíduos na faixa etária de 30 a 59 anos, sendo mais prevalente no sexo masculino. A maioria dos casos notificados foi nas Regiões Sudeste (67%) e Sul (22%). Nesse mesmo período, na Região Centro-Oeste, foram notificados 2.737 casos confirmados de hepatite C, o que representa 3,3% dos casos notificados no Brasil, a maioria dos quais no estado de Goiás (43%), seguido pelo Distrito Federal (23,8%) e pelos estados do Mato Grosso do Sul (18,8%) e Mato Grosso (14,4%) (BRASIL, 2012).

Acredita-se que esse número seja subnotificado, pois se estima que, no Brasil, a prevalência de pessoas vivendo com HCV seja de aproximadamente 1.450.000 casos, configurando a hepatite C como um relevante problema de saúde pública (BRASIL, 2018).

Sendo assim uma boa orientação aos pacientes sobre a doença influencia diretamente no melhor prognóstico, bem como nas questões relacionadas ao tratamento, trazendo maiores informações neste contexto aos profissionais da área da saúde que lidam diretamente com estes pacientes, demonstrando o perfil epidemiológico dos pacientes, para uma possível proposta de intervenção, focando na melhora da prevenção e da adesão ao tratamento.

Diante do exposto e comentado o presente teve por objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hepatite C notificada em Anápolis-Goiás no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2018.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Hepatite c

A hepatite C é uma doença infectocontagiosa causada por um vírus de ácido ribonucleico (RNA) de cadeia simples, o vírus da hepatite C (HCV), sendo uma importante causa de doença crônica hepática, cirrose e hepatocarcinoma, responsável por 50% dos transplantes hepáticos em adultos nos países ocidentais. O vírus apresenta heterogenicidade genômica e até o momento pode ser classificado em seis genótipos, designados de números de 1 a 6, subdivididos em numerosos subtipos denominados por letras do alfabeto (VERONESI; FOCACCIA, 2015).

Entre os indivíduos infectados pelo HCV, somente pequena proporção é constituída de crianças e há pouca ou nenhuma manifestação dessa infecção durante a infância. Por isso, pouco se sabe sobre a hepatite C em crianças quando se compara ao conhecimento da infecção em adultos. A infecção aguda é raramente reconhecida na criança, exceto em circunstâncias especiais, como na exposição vertical de recém-nascidos de mães sabidamente infectadas ou após hemotransfusão. A maioria das crianças infectadas é assintomática e apresenta níveis normais ou discretamente elevados de alanina aminotransferase (ALT). Apesar de a história natural da infecção pelo HCV adquirida na infância ter curso benigno na maioria dos casos, 4 a 6% dos pacientes evoluem com cirrose e insuficiência hepática durante a infância. Os fatores responsáveis pela evolução mais agressiva ainda não foram identificados (FERREIRA et al., 2014).

Em muitos casos, não há nenhum sintoma e isso aumenta os riscos da infecção evoluir e se tornar crônica, causando danos mais graves ao fígado, como cirrose e câncer. Por isso, a importância da regularidade nas consultas médicas e fazer os exames de rotina, que detectam as hepatites (BRASIL, 2019).

A coinfeção HCV e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é recorrente. Na Europa e nos Estados Unidos, cerca de 1/3 dos pacientes portadores do HIV estão coinfectados com HCV. Pacientes HCV/HIV coinfectados possuem maior incidência de cirrose, hepatocarcinoma e mortes relacionadas ao fígado, se comparados a pacientes monoinfectados com o HCV. Desta forma, o tratamento da hepatite C contribui para a diminuição de tais eventos hepáticos (FERREIRA et al., 2017).

O HCV é primariamente transmitido por via parenteral, mais frequentemente através do compartilhamento de material injetável entre toxicodependentes, devido à reutilização ou esterilização inadequada de equipamentos em serviços de saúde, transfusões de sangue ou hemoderivados sem análise (MINME et al., 2018).

Além dos meios citados pode ocorrer transmissão vertical, sabe-se que a transmissão materno-fetal é de grande importância na epidemiologia das hepatites virais. A transmissão vertical pelo HCV é menos frequente do que a do vírus da hepatite B (HBV) (BARROS; RONCHINI; SOARES, 2018).

2.2 Epidemiologia

A hepatite C é uma doença de importância mundial, já que afeta de 2 a 3% de toda a população do globo terrestre, com 130 a 170 milhões de pessoas infectadas. Sendo a maior prevalência na África e no mediterrâneo oriental. No Brasil é considerada uma endemia, sendo de notificação compulsória desde 1996 (CASTRO et al., 2015).

O sistema considera a partir de 2015 como caso de hepatite C, aqueles indivíduos que tiverem um dos marcadores anti-HCV e/ou HCV-RNA reagentes sendo considerado um critério bem sensível, contudo, subnotificada. De acordo com as notificações, foram encontrados 160.105 casos no Brasil, sendo que a região com maior prevalência é a sudeste, com 63,2% e o sul, com 26,2% dos casos, em 2017 (BRASIL, 2018).

De acordo com um estudo conduzido de 2005 a 2009 usando a grande parte das cidades brasileiras, com pacientes de 10 a 69 anos, foi visto que o genótipo 1 da doença é o mais prevalente (79%) (CASTRO et al., 2015).

Sabe-se ainda que a maior incidência é observada na forma crônica, em homens, sendo que em 2016, foram notificados 30% de casos a mais em homens do que em mulheres, na razão de 1,3. Os casos em sua maioria foram observados, em ambos os sexos, na faixa etária de 55 a 59 anos. Em relação à etnia e escolaridade, sendo maior na raça branca (61,3%) e tendo 28,9% de escolaridade registrada como “ignorada” (entre a 5ª e 8ª série incompletos) (GRUPO DE INCENTIVO À VIDA, 2017).

2.3 Aspectos clínicos

De modo geral, a hepatite C aguda apresenta evolução subclínica. A maioria dos casos têm apresentação assintomática e anictérica, o que dificulta o diagnóstico. Sintomas estão presentes na minoria de casos (20%-30%) e geralmente são inespecíficos, tais como anorexia, astenia, mal-estar e dor abdominal. Uma menor parte dos pacientes apresenta icterícia ou escurecimento da urina. Casos de insuficiência hepática, ou casos fulminantes, são extremamente raros. A eliminação viral espontânea, após a infecção aguda pelo HCV, ocorre em 15% a 40% dos casos. Alguns fatores do hospedeiro parecem associados à eliminação viral espontânea. Nos pacientes sintomáticos, os sintomas de infecção aguda costumam ocorrer entre quatro a doze semanas após a exposição ao HCV. A fase aguda da hepatite C pode durar até seis meses, mas sua resolução costuma acontecer até a 12^a semana (BRASIL, 2019).

A evolução da hepatite C (HC) crônica é extremamente lenta, geralmente sem manifestação clínica nas primeiras décadas da infecção. A depuração do vírus após seis meses é muito rara. Parece haver múltiplos fatores não excludentes, sendo um deles um fator relacionado ao vírus decorre da sua diversidade genética e sua tendência a rápidas mutações, permitindo-lhe escapar do reconhecimento do sistema imune. Muitas vezes no início da fase crônica é assintomático, quando apresenta sintomas são eles: colúria, febrículas mal definidas, cansaço insidioso, mal definido e inconstante, dores episódicas em hipocôndrio direito sem relação com refeição ou movimentação, além de frequentemente síndrome neuropsíquica incluindo depressão mental e distúrbios cognitivos, ao avançar surgem os primeiros sintomas significativos: pequenos sangramentos (epistaxe, gengival) evoluindo para hematomas pós-traumas pequenos, posteriormente espontâneos, diminuição da diurese, edema de membros inferiores, e disfunção hepática (VERONESI; FOCACCIA, 2015).

As principais manifestações extra-hepáticas são a crioglobulinemia mista (incluem vasculite, púrpura palpável, fadiga, artralgia e mialgia, síndrome sicca, neuropatia, complicações renais dentre outros), alterações no metabolismo da glicose e lesões dermatológicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2014).

Na maioria dos casos, os sintomas relacionados à hepatopatia crônica surgem apenas com o advento de fibrose hepática avançada, ao longo de 20 a 30 anos de infecção. Entretanto, a infecção crônica pode se exteriorizar nesta fase inicial da cronicidade por manifestações extra-hepáticas que traduzem a presença de componentes auto imunológicos. A infecção crônica pode também evoluir para cirrose, podendo em alguns casos haver insuficiência hepática crônica, mesmo na ausência de cirrose. A

cirrose, por sua vez, também pode permanecer inativa por muitas décadas, ou evoluir com insuficiência hepática e/ou hipertensão portal e suas complicações (hiperesplenismo, varizes gastroesofágicas, ascite, anasarca, encefalopatia hepática etc.) (VERONSEI-FOCACCIA, 2015).

Dentre os fatores de risco que predis põem as infecções, como HIV e principalmente hepatite C, os mais importantes são as relações sexuais sem o uso de preservativos, já que o vírus encontra-se no sêmen ou secreções vaginais; realizações de procedimentos sem a adequada esterilização do material utilizado, como na realização de tatuagens, transfusão sanguínea, uso de drogas injetáveis (NEGREIROS; VIEIRA, 2017).

Existem ainda populações com maior vulnerabilidade, devendo ser testados anualmente. Sendo estas, pessoas com HIV, pessoas sexualmente ativas iniciando profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV, pessoas com múltiplos parceiros ou com várias infecções sexualmente transmissíveis (IST's), transexuais, trabalhadores do sexo e moradores de rua (BRASIL, 2019).

2.4 Diagnóstico

Devido a grande maioria dos casos serem assintomáticos, o diagnóstico é um desafio. Dentre os exames inespecíficos temos nos resultados laboratoriais os níveis aumentados de aminotransferases, para verificar lesão do parênquima hepático, na forma aguda podendo chegar até 25 a 100 vezes acima do normal, existem exceções que podem ter níveis baixos. As alterações são percebidas uma semana antes da icterícia, normalizando 3 a 6 semanas do curso clínico. Em casos crônicos, não passam de 15 vezes do normal. As bilirrubinas elevam logo após as transaminases, podendo alcançar 20 a 25 vezes acima do normal. Podem ser feitos ainda dosagem de proteínas séricas, atividade de protrombina, contagem de leucócitos e plaquetas, fosfatase alcalina, gama-glutamilttransferase (GGT) e alfafetoproteína, para prova de função hepática (BRASIL, 2019).

De forma específica se faz necessário à detecção de anticorpos contra os polipeptídios recombinantes do vírus (Anti-HCV) e por ensaio baseado em reação em cadeia da polimerase (PCR) para detectar o RNA viral, que é o primeiro marcador há aparecer duas semanas após a infecção, e importante para saber se a infecção está em curso ou é previa. Primeiro os indivíduos devem ser triados através do anti-HCV, este

sendo positivo, deve ser confirmado à infecção usando o HCV-RNA (RNA do HCV), caso estiver presente, o teste de genótipo e carga viral é realizado para determinar o tratamento e a duração do quadro. Ou seja, o Anti-HCV– é o marcador de triagem para a hepatite C. Indica contato prévio com o vírus, mas não define se a infecção é aguda, crônica ou se já foi curada. A infecção crônica deve ser confirmada pela pesquisa de HCV-RNA. O HCV-RNA é o primeiro marcador a aparecer entre uma a duas semanas após a infecção. É utilizado para confirmar a infecção em casos crônicos, monitorar a resposta ao tratamento e confirmar resultados sorológicos indeterminados, em especial em pacientes imunossuprimidos (VIANA et al., 2017).

2.5 Tratamento

O tratamento tem por objetivo prevenir a morte por cirrose e/ou carcinoma hepatocelular. Para monitorar o sucesso terapêutico, devemos avaliar a obtenção da resposta virológica sustentada (RSV) que significa cura da doença e diminui a evolução para as complicações. No Brasil é feito combinações de interferon peguilhado (PEG), ribavirina (RBV), telaprevir (TVR) ou boceprevir (BOC) (FERREIRA et al., 2014).

No sistema único de saúde do Brasil (SUS), os medicamentos interferon alfa, interferon peguilado alfa e ribavirina são fornecidos gratuitamente. Existe também o tratamento não medicamentoso, com o Programa Nacional para a prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV), que foram desenvolvidas ações de promoção, prevenção e assistência aos pacientes com a doenças; além de fazer a vigilância epidemiológica e sanitária, aumentar o acesso e melhorar a qualidade e a capacidade instalada dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (FAGUNDES, 2016).

Até o presente momento não existe vacina para prevenir a infecção contra o HCV, entretanto uma nova droga para o tratamento da infecção crônica por genótipo 1 do vírus da hepatite C está em estágio avançado de desenvolvimento clínico nos Estados Unidos. Em testes realizados entre pacientes que não responderam a tratamentos anteriores ou pacientes que nunca foram submetidos à terapia padrão, o novo medicamento – da classe de antivirais chamada 'inibidores de protease', que atua em uma fase específica da replicação dos vírus – aumentou significativamente as taxas de cura quando adicionado ao tratamento regular com interferon e ribavirina. Os dados mostram que, para o grupo de pacientes medicados com as três drogas, o índice de cura

chegou a 75%, enquanto o grupo controle, que recebeu apenas os dois remédios tradicionais, apresentou taxa de 38% (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014?).

Portanto é a terapia farmacológica para a hepatite C para pacientes maiores de 18 anos e não submetidos a tratamentos prévios com medicamentos de ação direta (DAA), deve ser realizada após genotipagem, já que cada genótipo (1a, 1b, 2, 3, 4, 5 e 6) são realizados com os fármacos Sofosbuvir, daclatasvir e ribavirina combinados, podendo ser feito outras combinações farmacológicas. Para pacientes iniciais sem cirrose ou com cirrose Child-A, com a escolha desta combinação terapêutica, o tratamento é feito por 12 semanas, no caso de cirróticos Child-B ou C é recomendado fazer o tratamento por 24 semanas. Deve haver um cuidado com pacientes renais com depuração de creatinina menor que 30 mL/min não submetidos a tratamento prévio com DAA, ajustando o tempo de tratamento para cada genótipo, de acordo com a escolha terapêutica. Devido o fato de o tratamento ser de longa duração é necessário que os pacientes tenham uma boa adesão, pois a interrupção do mesmo acarretará em um novo esquema terapêutico, realizado do início (12 ou 24 semanas a depender do esquema e do perfil clínico do paciente) (BRASIL, 2019).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hepatite C na cidade de Anápolis-Goiás no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2018.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar a incidência da hepatite C entre os anos estudados;
- Descrever as características sociodemográficas da população: faixa etária, etnia, escolaridade e se o indivíduo estava institucionalizado;
- Identificar as características clínico-epidemiológicas em relação à população de acordo com o tipo de genótipos do vírus e a forma clínica da hepatite C;
- Identificar as condições de saúde (gestação, portadores de HIV e diagnosticado com outra IST em algum momento da vida);
- Apontar a principal fonte de infecção do vírus e os critérios diagnósticos dos pacientes notificados com hepatite C em Anápolis-Goiás.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, transversal e retrospectivo. Tomou como fonte de informação os casos de hepatite C do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis referente ao período de 2012 a 2018.

4.2 População de estudo

O estudo foi realizado no município de Anápolis – GO que se situa a 53 km da capital Goiana e 139 km da capital federal. Junto com essas duas cidades, faz do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste.

Segundo o último censo em Anápolis do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população é de 334.613 habitantes.

Compõem a população de estudo todas as pessoas inscritas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), vinculadas no Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2018.

As características sócio-demográficas avaliadas foram: sexo, faixa etária, etnia. Foram avaliados o nível de escolaridade e o local de institucionalização dos pacientes.

As variáveis clínico-epidemiológicas foram: categorias de exposição (uso de drogas injetáveis, via sexual, transmissão vertical e transfusional) tipos de genótipos, forma clínica e condições de saúde (gestantes, coinfeção por HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis – IST).

4.3 Critérios de inclusão

Pacientes diagnosticados com hepatite C, de ambos os sexos que foram notificados no Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis no período de 2012 a 2018, além disso, utilizamos como meio de coleta o modelo de instrumento de coleta de dados (Apêndice A).

4.4 Critérios de exclusão

Qualquer tipo de hepatite que não a C notificados no município de Anápolis-Goiás, nos períodos anteriores a 2012.

4.5 Aspectos éticos

As coletas de dados foram realizadas a partir das Fichas de Notificação/Investigação da hepatite C (Anexo I) sendo o trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa– UniEVANGÉLICA seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas com seres humanos de acordo com o número parecer 3.398.315 (Anexo II).

4.6 Análise de dados

Os dados foram transcritos para planilha em Programa MS Excel Office XP. Posteriormente, os dados foram analisados através do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23, para a realização da análise estatística descritiva, sendo adotado como critério de significância $p < 0,05$. Foi realizado o teste de Qui quadrado de Pearson e feito a correção Likelihood Ration quando necessário.

5. RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos nas fichas de notificação compulsória da hepatite C do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2018, a assistência foi oferecida a 239 pacientes. No ano de 2012 foram notificados 36 casos, já no ano de 2013, foram 27 casos, seguidos por 28 casos no ano de 2014, iniciando uma acenssão na incidência tendo em 2015 notificadas 32 ocorrências e em 2016 e 2017 com 43 e 42 notificações respectivamente, tendo um decréscimo em 2018 com 31 novos casos (Figura 1).

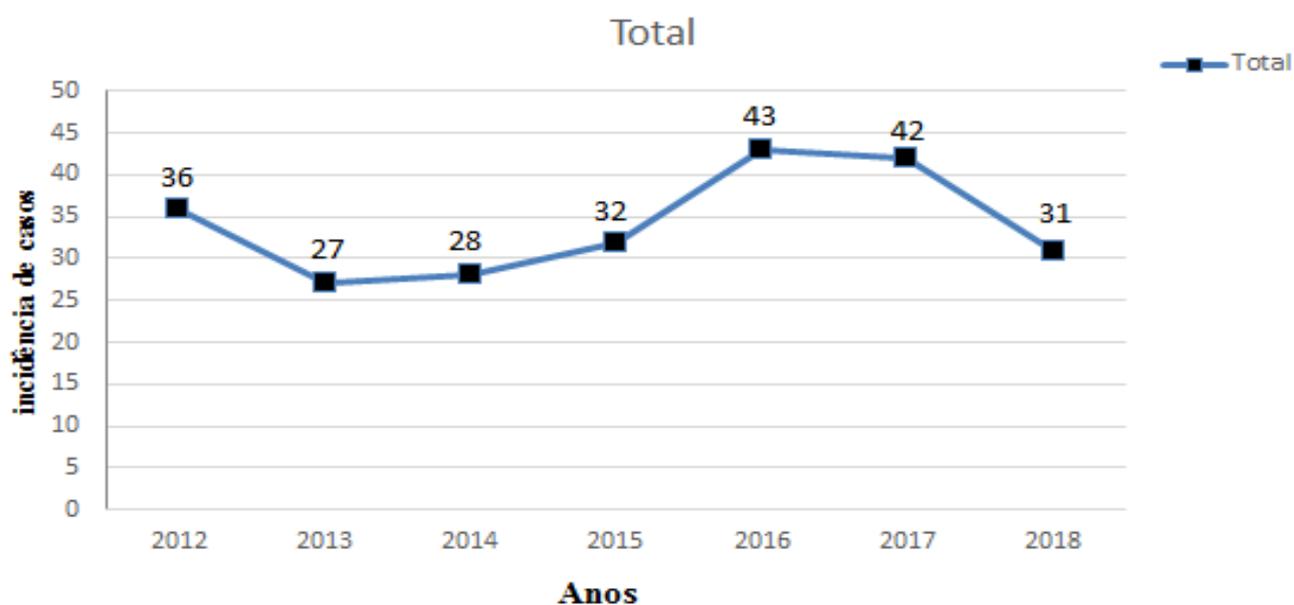


Figura 1: Incidência dos casos de hepatite C em relação aos anos de 2012 a 2018 no município de Anápolis, Goiás.

Do total de sujeitos analisados nesta casuística, 61,5% (147/239) eram do sexo masculino e 38,5% (92/239) do sexo feminino, constituindo razão homem/mulher de 1,59:1. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição por sexo entre os anos estudados ($p=0,431$). Em relação à faixa etária dos pacientes observou-se que variou de 17 a 84 anos. A faixa etária mais prevalente foi de 30 a 50 anos com 45,6% (109/239) dos casos, evidenciando uma diferença estaticamente significativa ($p=0,015$), além disso, do total destes 239 pacientes, observou-se que 12,1% (29/239) dos pacientes estavam na faixa etária de 17 a 29 anos; 37,2% (89/239) estavam na faixa

etária de 51 a 70 anos; por fim evidenciou-se que 5% (12/239) estavam na faixa etária de 71 a 84 anos (Tabela 1).

Referente à etnia dos pacientes, foi observado uma maior prevalência entre os pardos com 64% (153/239) da população; seguidos por 23,4% (56/239) de brancos; 7,9% (19/239) de pretos; 1,7% (4/239) de amarelos; 0% (0/239) de indígenas; e por fim 2,9% (7/239) de pessoas com a raça ignorada. Houve diferença estatisticamente significativa na distribuição por etnia entre os anos estudados ($p=0,029$) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos casos notificados de hepatite C em Anápolis-Goiás de acordo com sexo, faixa etária e etnia entre os anos 2012 a 2018.

VARIÁVEIS	Total	P
SEXO	n (%)	
Masculino	147 (61,5)	0,431
Feminino	92 (38,5)	
FAIXA ETÁRIA		
17-29	29 (12,1)	0,015
30-50	109 (45,6)	
51-70	89 (37,2)	
71-84	12 (5,0)	
ETNIA		
Branco	56 (23,4)	0,029
Preto	19 (7,9)	
Amarelo	4 (1,7)	
Pardo	153 (64,0)	
Ignorado	7 (2,9)	

Se tratando da escolaridade podemos observar que apenas 0,5% do total são analfabetos, 7,2% e 4,3% tem de 1 a 4 série incompleta e 4ª série completa respectivamente, também podemos verificar que 20,8% e 18,4% tem de 5ª a 8ª série completa e ensino fundamental completo respectivamente, além disso, os dados mostraram que 4,8% e 15,5% dos pacientes possuem ensino médio incompleto e completo respectivamente, por fim evidenciou-se um valor de 3,4% e 9,7% dos paciente com educação superior incompleta e completa respectivamente, tendo relevância

estatística ($p= 0,004$). Dos valores encontrados, referente ao local de institucionalização, percebemos que a maior prevalência foi de pacientes não institucionalizados, sendo eles um total de 67,8% (162/239) e também houve diferença estatisticamente significativa na distribuição do local de institucionalização pelos anos estudados ($p=0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos casos notificados de hepatite C em Anápolis-Goiás de acordo com nível de escolaridade e o local de institucionalização entre os anos 2012 a 2018.

ESCOLARIDADE	n (%)	P
Analfabeto	1 (0,5)	
1ª a 4ª série incompleta	15 (7,2)	
4ª série completa	9 (4,3)	
5ª a 8ª série completa	42 (20,8)	
Ensino fundamental completo	38 (18,4)	0,004
Ensino médio incompleto	10 (4,8)	
Ensino médio completo	32 (15,5)	
Educação superior incompleta	7 (3,4)	
Educação superior completa	20 (9,7)	
Ignorado	32 (15,5)	
ONDE FOI INSTITUCIONALIZADO		
Não institucionalizado	162 (67,8)	
Escola	2 (0,8)	
Empresa	16 (6,7)	
Penitenciária	4 (1,7)	0,001
Hospital/clínica	21 (8,8)	
Outras	21 (8,8)	
Ignorado	13 (5,4)	

No tocante aos aspectos clínicos da hepatite C, foram encontrados no município de Anápolis- Go apenas quatro tipos de genótipos, sendo eles o tipo 1, 2, 3 e 4. Os genótipos 5 e 6 não foram notificados, no entanto dos subtipos encontrados, temos uma maior prevalência no genótipo 1, totalizando 67,5% (87/239) de todos os casos, no entanto não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição de genótipos por ano ($p=0,644$) (Tabela 3). Se tratando da forma clínica foi encontrado um total de

76,6% (141/239) de pacientes com a forma crônica/ assintomático, além destes verificou-se um total de 23,4% (43/239) de pessoas notificadas como forma clínica inconclusiva, e por fim não foram notificados pacientes na forma de hepatite aguda nem hepatite fulminante. Destes, houve diferença estatisticamente significante ($p=0,001$) (Tabela3).

Tabela 3: Distribuição dos casos de acordo com os tipos de genótipos e forma clínica da hepatite C em Anápolis-Goiás entre os anos 2012 a 2018.

VARIÁVEIS	Total	P
GENÓTIPO DO VÍRUS HCV	n (%)	
Genótipo 1	85 (67,5)	
Genótipo 2	1 (0,8)	
Genótipo 3	15 (11,9)	
Genótipo 4	2 (1,6)	0,644
Não se aplica	16 (12,7)	
Ignorado	7 (5,6)	
FORMA CLÍNICA		
Crônica/ Assintomático	141 (76,6)	0,001
Inconclusivo	43 (23,4)	

Foram encontradas gestantes portadoras de hepatite C no 1º, 2º e 3º trimestre, sendo mais encontrada a HCV no 2º trimestre, com 1,7% (4/239). Contudo, temos uma maior prevalência de indivíduos cujo o critério gravidez não se aplica (indivíduos do sexo masculino), totalizando 66,9% (160/239) de todos os casos, porém não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição de trimestres de gravidez por ano ($p=0,732$) (Tabela 4). Em relação a confecção da doença com HIV/AIDS foram encontrados um total de 82,8% (198/239) de indivíduos que não são portadores de HIV/AIDS. Desta também não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,488$) (Tabela 4). Ainda relacionado a coinfeção, não houve diagnóstico de outras infecções sexualmente transmissíveis em algum momento da vida em 88,3% (211/239) dos indivíduos e houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,044$) (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos casos de gestantes, bem como das condições de saúde dos pacientes notificados com hepatite C em Anápolis-Goiás entre os anos 2012 a 2018.

VARIÁVEIS	Total	P
GESTANTE	n (%)	
1º trimestre	1 (0,4)	
2º trimestre	4 (1,7)	
3º trimestre	3 (1,3)	0,732
Não	69 (28,9)	
Não se aplica	160 (66,9)	
Ignorado	2 (0,8)	
PORTADOR DE HIV/AIDS		
Sim	29 (12,1)	
Não	198 (82,8)	0,488
Ignorado	12 (5,0)	
DIAGNOSTICADO COM OUTRA IST EM ALGUM MOMENTO DA VIDA		
Sim	15 (6,3)	
Não	211 (88,3)	0,044
Ignorado	13 (5,4)	

Referente a provável fonte de infecção da hepatite C os dados mostraram que dentre elas a transmissão por via sexual foi de 25% (55/239) indivíduos, porém foi demonstrado que se tratando de casos ignorados houve uma prevalência de 72% (172/239), havendo diferença estatisticamente significativa ($p=0,019$) (Tabela 5). No que se refere a critérios diagnósticos foram levados em consideração a confirmação laboratorial, a confirmação clinico-epidemiológica, os casos descartados, a cicatriz sorológica e os casos inconclusivos, dentre eles os mais significativos foram a cicatriz sorológica com 23% (55/239) e a confirmação laboratorial com 77% (184/239), sendo esta com maior prevalência. No caso não houve diferença estatisticamente relevante ($p=0,315$) (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos casos de acordo com a principal fonte de infecção e os critérios diagnósticos dos pacientes notificados com hepatite C em Anápolis-Goiás entre os anos 2012 a 2018.

VARIÁVEIS	Total	P
PROVÁVEL FONTE DE INFECÇÃO	n (%)	
Sexual	55 (23,0)	
Uso de drogas	5 (2,1)	0,019
Outros	7 (2,9)	
Ignorado	172 (72,0)	
CRITÉRIO DIAGNÓSTICO		
Confirmação laboratorial	184 (77,0)	0,315
Cicatriz sorológica	55 (23,0)	

6. DISCUSSÃO

Observou-se aumento no número de casos na cidade de Anápolis, Goiás no período analisado, informação que vai de acordo com o boletim epidemiológico de hepatites virais de 2019 do Ministério da Saúde. Atribui-se essa alteração, dentre outros fatores, ao aumento da cobertura de testagem, ampliação do uso de testes rápidos, diminuição do uso de métodos contraceptivos, e aumento das práticas sexuais desprotegidas (BRASIL, 2019).

Em relação ao sexo, podemos observar uma maior predominância dos casos de hepatite C no sexo masculino em relação ao feminino. Dados semelhantes foram observados em vários estudos, sendo este fator justificado por algumas atitudes mais frequentes no sexo masculino, tais como prática sexual sem uso de preservativos, uso de drogas injetáveis e inaláveis, e o consumo de álcool, deixando este grupo com maior suscetibilidade ao vírus (PARABONI; OLIVEIRA; MELLO, 2012; 2018; 2011). Autores diferentes

De acordo com as análises realizadas verificamos que, se tratando da faixa etária houve maior prevalência entre o intervalo de 30 a 50 anos, seguidos da faixa etária de 51 a 70 anos, sendo distinto aos dados encontrados por Mello et al. que realizou sua pesquisa em um hospital filantrópico de alta complexidade em um município da região sul do Brasil, e demonstrou maiores taxas no intervalo entre 50 a 60 anos, seguidos pela faixa etária de 40 a 49 anos, bem como pelo Ministério da Saúde com maior prevalência aos 50 a 59 anos (BRASIL, 2015).

Este fato pode acontecer devido ao início sexual precoce e com comportamentos de risco da população na atualidade como é evidenciado por Silva et al. Além disso, a hepatite C afeta pessoas de todas as idades, mas apresenta um pico de incidência entre os 20 e 39 anos de idade e maior taxa de prevalência entre as idades de 30 a 49 anos, fato este que se deve a doença ser crônica e muitas vezes demorar a ser diagnosticada. Ainda é possível que pessoas mais jovens tenham um bom acesso a saúde recebendo um diagnóstico mais rápido em algumas localidades de boa infraestrutura do sistema único de saúde (SUS) (SILVA; BRASIL; MELLO; OLIVEIRA, 2012; 2019; 2011; 2015).

No tocante às diferenças étnicas houve maior prevalência em indivíduos pardos na amostra, sendo semelhante ao trabalho realizado por Oliveira et al, o qual investigou dados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Estadual

de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad em Goiânia (HDT/HAA), um hospital de média e alta complexidade com 130 leitos, sendo referência em assistência especializada em doenças infectocontagiosas e dermatológicas para a população adulta e pediátrica em Goiás, tendo como resultado uma maior predominância entre indivíduos pardos, o que é justificado pelo maior número de pessoas que se consideram pardas na região de Anápolis- Goiás sendo o Brasil um país com alta miscigenação (OLIVEIRA, 2018).

Em relação ao nível de escolaridade da população podemos observar que possuem de 5^a a 8^a série completa, sendo predominante em relação aos demais, confirmados pelos dados do Ministério da Saúde, cujas informações apontam que a maioria dos pacientes possuía escolaridade da 5^a à 8^a série incompleta, em ambos os sexos. Estes dados apontam que a maioria dos pacientes infectados pelo vírus da hepatite C, é de indivíduos com grau de instrução menor, visto que a porcentagem da população com ensino superior completo ou incompleto é bem inferior a dos demais. Esse fator não é impeditivo de infecção pelo vírus da hepatite C, podendo ter maior relação com as características de âmbito social (BRASIL, 2018).

Referente ao local de institucionalização notou-se que a maior prevalência foi de pacientes não institucionalizados. De acordo com Castro et al. os profissionais da área de saúde, tais como médicos, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, bioquímicos, pessoas que trabalham com coleta de sangue, bem como de funcionário de limpeza, por estarem expostos a riscos com acidentes através de materiais perfuro-cortantes estarem mais susceptíveis à contaminação. Observa-se que esta prevalência é pequena em relação aos pacientes não institucionalizados, tal fato se dá devido à maior associação com a transmissão do vírus ser por via sexual, além disso há um fator protetor dos profissionais de saúde, que é o uso de equipamento de proteção individual (EPI's), reduzindo o índice de contaminação destes profissionais. Salientamos ainda que não foram encontrados maiores dados acerca deste tema, necessitando um maior aprofundamento da casuística em questão.

Analisando as características genotípicas, verificamos no município de Anápolis, Goiás a presença de quatro tipos de genótipos, sendo eles os tipos 1, 2, 3 e 4, apontando como o mais prevalente o genótipo 1, que é confirmado por Silva e colaboradores, em uma pesquisa realizada na cidade de Anápolis- Goiás, bem como condiz com a maioria dos trabalhos realizados no Brasil (MELLO; CASTRO; JORGE, 2011;2015; 2007).

Em relação à forma clínica encontramos a maior prevalência no estágio crônico/assintomático. As outras formas clínicas, aguda e fulminante não tiveram nenhuma notificação. O estudo de Oliveira et al. reafirma esses dados, em que a maioria dos pacientes foram classificados com a hepatite crônica/assintomática e foi quase nulo o marcado em branco, sendo assim as outras formas também não foram diagnosticadas, demonstrando o caráter insidioso da doença, se comportando de forma assintomática por muito tempo, podendo inclusive, muitas vezes ser subnotificada devido a essa característica, sendo diagnosticada anos após a infecção, assim como relatado pelo Ministério da saúde (BRASIL, 2019).

De acordo com a distribuição dos casos em gestantes, foram encontrados dados com baixa taxa de infecção por hepatite C, das mulheres que não estavam grávidas obteve-se uma maior prevalência, seguidos por pacientes com o vírus no terceiro trimestre e no segundo trimestre respectivamente, por fim verificou-se uma menor prevalência no primeiro trimestre. Reiterando que a opção de notificação “não se aplica” se tratava de pessoas do sexo masculino, portanto não consideradas nesta análise. Tais dados são validados por Lino et al. que demonstrou uma porcentagem nula de gestante infectadas pelo vírus da hepatite C, estando próximo aos valores encontrados neste estudo.

Em relação a provável fonte de infecção da hepatite C os valores obtidos mostraram uma maior prevalência de casos ignorados. O mesmo é visto por Oliveira et al. como a grande parte dos casos notificados no Brasil, além disso, no ano de 2017 foram observados como segunda fonte mais prevalente a via sexual. Os presentes dados confirmam os achados deste estudo, com a transmissão por via sexual sendo a forma de maior prevalência, já que é a mais frequente depois dos casos ignorados.

No que se refere à coinfeção dos pacientes com hepatite C e o HIV foram encontrados neste estudo poucos indivíduos nessa situação, já os pacientes que não foram detectados com ambas as infecções simultaneamente representam a maioria dos pacientes. Podemos atestar nossos dados com base nos estudos clínicos realizados no Brasil pelos dados do boletim epidemiológico de 2019 do Ministério da saúde que apontam que 9,1% (18.057) do total de casos notificados de hepatite C de 2007 a 2019 apresentaram coinfeção com o HIV e que este número vem baixando ao longo dos anos. Além disso, em relação a outras doenças simultâneas, percebemos que não houve diagnóstico de outras infecções sexualmente transmissíveis em qualquer momento da vida em grande parte dos indivíduos (BRASIL, 2019).

No que se refere a critérios diagnósticos, esta pesquisa encontrou a maior prevalência por confirmação laboratorial da hepatite C. O mesmo foi visto por Oliveira e colaboradores em que a confirmação laboratorial da doença foi o critério diagnóstico em todos os pacientes. Já que a confirmação laboratorial é o método mais confiável, com valor preditivo positivo superior a 95%, assim como a sensibilidade e especificidade (JORGE, 2007).

7. CONCLUSÃO

O estudo mostra maior incidência de hepatite C em homens, com idade entre 30 e 50 anos, pardos, com baixa escolaridade. No que diz respeito os aspectos clínicos, a confirmação da doença acontece em sua totalidade por confirmação laboratorial, prevalecendo a forma clínica crônica, o genótipo do tipo 1, sendo as fontes de infecção por via sexual e por uso de drogas injetáveis.

Dessa forma é importante melhorar as ações de prevenção tanto primárias como secundárias para que haja uma diminuição da incidência de hepatite C em Anápolis, Goiás, assim como em todo território nacional. Assim a prática da notificação de doenças constitui uma atitude importante para a melhoria da prestação da assistência à saúde, podendo ser usadas como indicadores específicos de saúde pelos gestores e profissionais de saúde. Ressaltamos também a falta do preenchimento de algumas informações nas fichas de notificação o que requer maior capacitação dos profissionais, pois isso implica diretamente nas áreas de ensino e pesquisa, dentre outras, podendo comprometer o desenvolvimento e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde do Brasil bem como na assistência.

8. REFERÊNCIAS

BARROS, M.M.O.; RONCHINI, K.R.O.M.; SOARES, R.L.S., Hepatitis B and C in pregnant women attended by a prenatal program in an university hospital in Rio de Janeiro, Brazil: retrospective study of seroprevalence screening. **Revista arquivos de gastroenterologia**, v. 55, n. 3, p. 267-273, 2018.

BRASIL, Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), v. 1, n. 1, Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite C e coinfeções, v. 1, n. 1, Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, **Aids e Hepatites Virais**. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Hepatite C e coinfeções. Brasília: Ministério da Saúde; v. 98, p. 8, 2015.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Hepatites virais. **Boletim Epidemiológico**, v. 3, n. 1, p. 1-172, 2012.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e controle das DST, Aids e Hepatites Virais. Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 1, p. 1-72, Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites virais. Hepatites virais. **Boletim Epidemiológico**, v. 5, n. 1, P. 1-67, 2016.

BRASIL. **Hepatite: causas, sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-az/hepatite>>. Acessado em: 09 de maio de 2019.

BURRA, P., et al. Recomendações da Associação Européia para o Estudo do Fígado para o tratamento da hepatite C. **Journal of hepatology**, v. 63, n.1, p. 199-236, 2015.

CASTRO, R., et al. Chronic hepatitis C: An overview of evidence on epidemiology and management from a Brazilian perspective. **International journal of hepatology**, v. 2015, n. 1, p. 1-10, 2015.

CELLA, W.R., et al. Prevalência de hepatite B e C em comunidades terapêuticas de dependentes químicos e usuários de álcool. **Revista perspectiva Erechim**, v. 39, n. 145, p. 109-120, 2015.

CHOO Q. L., et al. Houghton M. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. **Science**, v. 244, n. 4902, p. 359-62.2, 1989.

FAGUNDES, R.N., Tratamento da hepatite C pelo Sistema único de saúde no Brasil. **Revista da universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 1, p. 34-43, 2016.

FERREIRA, A.R., et al. Hepatites virais A, B e C em crianças e adolescentes. **Revista médica de Minas Gerais**, v. 24, n. 2, p. 46-60, 2014.

FERREIRA, V.L., et al. Revisão sistemática da eficácia e da segurança das terapias livres de interferon para hepatite C crônica em pacientes coinfectados com o vírus da imunodeficiência humana. **Revista saúde em debate**, v. 41, n.115, p. 1212-1223, 2017.

FIOCRUZ- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Estudo sobre medicamentos para hepatite C**. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, 2014. Disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/noticias/371-estudos-sobre-medicamentos-para-hepatite-c>>. Acessado em: 09 de maio de 2019.

GIV- GRUPO DE INCENTIVO À VIDA. **Alguns dados sobre a situação da hepatite C no Brasil para ativistas de HIV/ AIDS**. São Paulo: Grupo de incentivo à vida, 2017. Disponível em: <<http://www.giv.org.br/>>. Acessado em: 09 de maio de 2019.

JORGE S.G. Hepatite C. **Hepcentro**, 2007. Disponível em: <http://www.hepcentro.com.br/hepatite_c.htm>. Acessado em: 10 de abril de 2020.

KERSHENOBICH D., et al. Trends and projections of hepatitis C virus epidemiology in Latin America. **Liver International**, v. 2, n. 1, p. 18-29, 2011.

KRETZER I. F., et al. Hepatitis C worldwide and in Brazil: silent epidemic – data on disease including incidence, transmission, prevention, and treatment. **Scientific World Journal**, v. 2014, n. 827849, 2014.

LINO, A.L.P., et al. Prevalências dos casos soropositivos para hepatite em gestantes no estado de Goiás. **Revista interação interdisciplinar**, v. 1, n. 3, p. 51-60, 2019

MELLO, J. C. et al. Perfil epidemiológico de portadores de hepatite C no núcleo hospitalar epidemiológico do sul do Brasil. Campo Grande. **Ensaio e ciências: ciências biológicas, agrárias e da saúde**, v. 15, n. 3, p. 55-64, 2011.

MINME, R., et al. Profile of patients with chronic hepatitis C in a public health program in Southern Brasil. **Revista arquivos de gastroenterologia**, v. 55, n. 4, p. 403-406, 2018.

NEGREIROS, D.E.H.; VIEIRA, D.S. Prevalência de hepatites, c, sífilis e hiv em privados de liberdade- Porto velho, Rondônia. **Revista interdisciplinar**, v. 10, n. 1, p. 43-52, 2017.

NETO, J.R. et al. Prevalência da hepatite viral C em adultos usuários de serviço público de saúde do município de São José do Pinhais- Paraná, São Paulo. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 15, n. 3, p. 627-638, 2012.

NUNES, H.M., et al. Soroprevalência da infecção pelos virus das hepatitis A, B, C, D e E em município da região oeste do Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de saúde**, v. 7, n. 1, p. 55-62, 2016.

OLIVEIRA, J.M, et al. Perfil epidemiológico de portadores de hepatite C: estudo descritivo em unidade de referência regional, Rio de Janeiro. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**, v. 7, n. 4, p. 3454-3466, 2015.

OLIVEIRA, S.B. Estudo de coinfeção de HIV/AIDS com as hepatites virais B e C no Brasil no período de 1999 a 2010. Dissertação (Mestrado em ciências da saúde)- Universidade de Brasília. Brasília, p. 14-64, 2013.

OLIVEIRA, T.J.B., et al. Perfil epidemiológico dos casos de hepatite C em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas no estado de Goiás, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de saúde**, v. 9, n. 1, p. 51-57, 2018.

PARABONI, M. L. R., et al. Risk factors for infection with different hepatitis C virus genotypes in southern Brazil. **Scientific World Journal**, v. 2012, n. 946954, 2012

SILVA A. L., et al. Hepatites virais: B, C e D: atualização. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n. 3, p. 206-18, 2012.

SILVA, J.M.C.A., et al. Perfil epidemiológico da hepatite C no Brasil entre os anos de 2016 e 2017. Tese (Graduação em Biomedicina)-UNICEUB. Brasília, p. 2-16, 2018.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO- SINAN. **Hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/hepatites-virais>>. Acessado em: 09 de maio de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA. Consenso sobre hepatite C crônica da Sociedade Brasileira de Hepatologia. São Paulo, 2014.

TE H. S., JENSEN D. M. Epidemiology of hepatitis B and C viruses: a global overview. **Clical Liver Disease**, v. 14, n. 1, p. 1-21, 2010.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 5ed. São Paulo, Atheneu LTDA, 2015.

VIANA, D.R., et al. Hepatite B e C: diagnóstico e tratamento. **Revista de patologia do Tocantins**, v. 4, n. 3, p. 73-79, 2017.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1

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.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2	Agravado/doença			Código (CID10)	3	Data da Notificação			
	HEPATITES VIRAIS			B 19						
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)				
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	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 1 - Ignorado	12	Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional/ Ignorado 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		
	13	Raça/Cor		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado						
Dados de Residência	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	
	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)		24			Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência		27		CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30			Pais (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares do Caso										
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32					Ocupação	
	33	Suspeita de:		34		Tomou vacina para:		<input type="checkbox"/> Hepatite A <input type="checkbox"/> Hepatite B		
	1 - Hepatite A		2 - Hepatite B/C		3 - Não especificada		1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado			
	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		<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Outras DSTs		37		Contato com paciente portador de HBV ou HBC
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						1-Sim, há menos de seis meses 3-Não 2-Sim, há mais de seis meses 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Domiciliar (não sexual) <input type="checkbox"/> Ocupacional		

Hepatites Virais

Sinan NET

SVS 29/09/2006

9.2 ANEXO II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil clínico epidemiológico da hepatite c em Anápolis - Goiás: uma análise retrospectiva

Pesquisador: Constanza Thaise Xavier Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14837319.8.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitário de Anápolis - UNIEVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.398.315

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO

As hepatites virais são doenças endêmicas e epidêmicas, consideradas como um grave problema para a saúde pública no Brasil. De acordo com a portaria n° 204 de 2016, o Ministério da saúde listou todas as hepatites virais como sendo de notificação compulsória (BRASIL, 2019). Seu comportamento epidemiológico deve ser levado em conta elementos das condições do nosso país, como a desigualdade socioeconômica e de acesso aos serviços de saúde, assim como a irregularidade na inclusão de tecnologia avançada para análise e tratamento das doenças (NEGREIROS; VIEIRA, 2017).

As hepatites virais são doenças infecciosas causadas por vírus que possuem tropismo pelo tecido hepático, cada uma apresenta diferenças clínicas, epidemiológicas e laboratoriais. Existem cinco tipos identificados de hepatite: A, B, C, D (Delta) e E. As dos tipos A e E só se manifestam de forma aguda, e o paciente elimina o vírus do organismo depois da crise. Mas os tipos B, C e D podem se tornar crônicos e pedem mais atenção dos órgãos de saúde no mundo (NUNES et al., 2016).

De acordo com o sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), dentre as 587.821 casos confirmados de hepatites virais no Brasil 34,2% são de hepatite C, e ainda acredita-se que esse é uma porcentagem subnotificada, suspeitando-se que os números são maiores. Sendo sua incidência maior na região sudeste, com 60,9% dos casos de todo o país. Além de serem

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6836 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.288.315

observados mais em pessoas do sexo masculino, com a razão de 1,3 no ano de 2017, e maior ocorrência na faixa etária entre 55 a 59 anos, na raça branca (57,4%) (BRASIL, 2018).

A hepatite C é causada por um vírus da família Flaviviridae, gênero Hepacivirus, que foi descrito por Choo et al. (1989) como o principal agente etiológico das hepatites conhecidas como não A, não B (NANB). Esse vírus caracteriza-se por ser uma partícula viral esférica, com tamanho entre 40 e 100 nm de diâmetro; seu material genético é constituído por um ácido ribonucleico (RNA) de fita simples composto por um envoltório e um nucleocapsídeo icosaédrico (SILVA et al., 2011).

A hepatite C pode ter a forma aguda e crônica, com evolução subclínica e insidiosa, aproximadamente 80% dos casos são assintomáticos e anictéricos, dificultando o diagnóstico. Quando o paciente apresenta sintomas, são inespecíficos, como anorexia, astenia, mal-estar e dor abdominal. Essa fase pode durar até seis meses. Na fase crônica a maioria dos casos é diagnosticada. A doença pode evoluir durante décadas sem ser detectada. Em casos mais graves, pode ocorrer cirrose e descompensação hepática (BRASIL, 2019). O consumo de substâncias psicoativas está relacionado a riscos e danos de grande impacto social, sendo eles as práticas sexuais desprovidas de proteção, compartilhamento de seringas e agulhas, além de exposição a infecções de transmissão sexual e parenteral, a exemplo da hepatite C (CELLA et al., 2015).

A principal via de transmissão do vírus da hepatite C (HCV) é parenteral e, assim, estão sob maior risco usuários de drogas injetáveis (atualmente, considerado o principal fator de risco para aquisição de hepatite), compartilhamento de objetos de higiene pessoal, como lâminas de barbear, escovas de dente e instrumentos para pedicure/manicure; procedimentos estéticos e culturais, como tatuagem, piercing e acupuntura; e procedimentos odontológicos. A transmissão sexual pode ocorrer em pessoas com múltiplos parceiros, com práticas sexuais desprotegidas e quando há coexistência de infecções sexualmente transmissíveis (IST). O HCV também pode ser transmitido verticalmente, o que está relacionado com a elevada carga viral da mãe, parto prolongado e coinfeção com o HCV e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (PARABONI et al., 2012).

O diagnóstico da infecção aguda e crônica pelo HCV é feita pela detecção do RNA do vírus por um método molecular sensível, podendo ele ser imunoensaio enzimático (EIA) na detecção dos anticorpos anti-HCV (BURRA et al., 2015). O HCV possui uma grande variedade de genótipos de 1 a 7, com diferentes subtipos, apresentando distribuição mundial de acordo com a população estudada e fatores de transmissão viral envolvidos na infecção. A nível global, o genótipo 1 é o mais comum, com 46,2% de todos os casos de hepatite C, predominando os subtipos 1a e 1b, seguido do genótipo 3, correspondendo a 30,1%. Os genótipos 2, 4 e 6 apresentam prevalência de 9,1%, 8,3% e 5,4%, respectivamente; enquanto que o genótipo 5 corresponde a menos de 1% de

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-015
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Projeto: 3.288.315

todos os casos de hepatite C no mundo. No Brasil, os genótipos 1 e 3 são os mais prevalentes, sendo que de 50 a 70% dos casos de hepatite C são causados pelo tipo 1 (PARABONI et al., 2012; BRASIL, 2015). Assim sendo, o presente trabalho é de suma importância devido à gravidade da hepatite C na sociedade, sendo uma das doenças infectocontagiosas de maior incidência e prevalência em todo o mundo. De acordo com a Organização mundial de saúde (OMS) aproximadamente 1% da população mundial está infectada pelo HCV, sendo destas 71 milhões infectadas cronicamente. Foi relatada 400 mil óbitos, em 2015, devido as complicações da doença, como a cirrose e o carcinoma hepatocelular. No Brasil a doença é endêmica, com taxas de 1,4 a 2,5% de prevalência, sendo um relevante problema de saúde pública no país (OLIVEIRA et al., 2018).

Diante do exposto e comentado o presente teve por objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hepatite C notificada em Anápolis-Goiás, descritos no banco de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.

HIPÓTESE

A prevalência dos pacientes portadores de hepatite C notificados no SINAN em Anápolis – Goiás tem aumentado nos últimos anos.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, transversal e retrospectivo. Será realizado no município de Anápolis – GO, tomando como fonte de informação os casos de hepatite a partir da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referente ao período de 2014 a 2018.

População de estudo

O estudo será realizado no município de Anápolis – GO que se situa a 53 km da capital Goiânia e 139 km da capital federal. Junto com essas duas cidades, faz do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste.

Segundo o último censo em Anápolis do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população é de 334.613 habitantes.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Projeto: 3.086.315

Compõem a população de estudo todas as pessoas inscritas SINAN, vinculados no Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. A estimativa de casos de hepatite C foi de 220 casos notificados nos anos referidos em Anápolis, Goiás. A amostra será de conveniência.

As características sócio-demográficas avaliadas serão: sexo, faixa etária, etnia, nível de escolaridade.

As variáveis clínico-epidemiológicas serão: categorias de exposição (uso de drogas injetáveis, dois ou mais parceiros sexuais, tatuagem/piercing, acidente com material biológico) tipos de genótipos, sinais e sintomas e condições de saúde (coinfecção com HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis - IST). E analisar os grupos considerando as situações de encerramento (ôbito, abandono do tratamento ou cura) descritas no SINAN.

Critérios de inclusão

Pacientes diagnosticados com hepatite C, de ambos os sexos que foram notificados no SINAN na cidade de Anápolis-Goiás no período de 2014 a 2018.

Critérios de exclusão

Qualquer tipo de hepatite que não a C notificados no município de Anápolis-Goiás, nos períodos anteriores a 2014.

Aspectos éticos

O trabalho será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa– UNIEVANGÉLICA seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. Em hipótese alguma não serão retirados dos registros nomes e endereço dos indivíduos, nem de dados que permitam a correlação entre fatos e pessoas.

A coleta de dados será realizada a partir das Fichas de Notificação/Investigação da hepatite C (Anexo I), no Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, que autorizará a coleta mediante assinatura do Termo de Instituição Coparticipante (Apêndice A) e do Termo Autorização de Manuseio de Dados (Apêndice B). O trabalho será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – UNIEVANGÉLICA. Em hipótese alguma são retirados das fichas de notificação nomes e endereço dos indivíduos. A secretaria de vigilância epidemiológica de Anápolis irá disponibilizar para os pesquisadores uma planilha no Excel sem identificação com os dados

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.266.315

referentes da hepatite C retirados na ficha de notificação.

Os princípios enunciados na Declaração de Helsinque serão obedecidos durante a realização do trabalho. Asseguramos também que os dados coletados ficarão guardados por 5 anos, sob responsabilidade dos pesquisadores e após esse período serão incinerados.

Os riscos envolvidos na pesquisa é a quebra do sigilo da identidade das fichas de notificação que serão minimizados com a descrição de apenas o número arábico na folha de coleta de dados do projeto e em sala reservada para os pesquisadores. Os benefícios da pesquisa é estimular uma discussão sobre o perfil clínico-epidemiológico da hepatite C na população de Anápolis, Goiás. O conhecimento gerado por essa pesquisa será revertido em benefícios para a sociedade e para futuros pacientes infectados por essa enfermidade e, espera-se com isso, conhecer a situação atual dos casos descritos. Essas informações poderão contribuir para a elaboração de estratégias em saúde pública para o controle da hepatite C que possam efetivamente auxiliar em melhorias na saúde, podendo subsidiar ações de enfrentamento desse agravo no âmbito municipal.

Análise de dados

Os dados serão transcritos para planilha em Programa MS Excel Office XP. Posteriormente, os dados serão analisados através do software SPSS versão 23, para a realização da análise estatística descritiva, sendo adotado como critério de significância $p < 0,05$

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hepatite C na cidade de Anápolis-Goiás, descritos no banco dados do SINAN, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.

Objetivos específicos

- Descrever características sociodemográficas;
- Averiguar a prevalência da hepatite C na população estudada;
- Descrever variáveis clínico-epidemiológicas;
- Analisar a prevalência da hepatite C por ano de estudo;
- Analisar os grupos considerando as situações de encerramento (óbito, abandono do tratamento ou cura) descritas no SINAN.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5	CEP: 75.083-515
Bairro: Cidade Universitária	
UF: GO	Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736	Fax: (62)3310-6636
	E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Formulário: 3.288.315

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos na pesquisa é a quebra do sigilo da identidade das fichas de notificação que serão minimizados com a descrição de apenas o número arábico na folha de coleta de dados do projeto.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa é estimular uma discussão sobre o perfil clínico-epidemiológico da hepatite C na população de Anápolis, Goiás. O conhecimento gerado por essa pesquisa será revertido em benefícios para a sociedade e para futuros pacientes infectados por essa enfermidade e, espera-se com isso, conhecer a situação atual dos casos descritos. Essas informações poderão contribuir para a elaboração de estratégias em saúde pública para o controle da hepatite C que possam efetivamente auxiliar em melhorias na saúde, podendo subsidiar ações de enfrentamento desse agravo no âmbito municipal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com relevância científica e social a ser realizada pelo Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis - UNIEVANGÉLICA. Trata-se de epidemiológico, descritivo, transversal e retrospectivo que será realizado no município de Anápolis – GO, tomando como fonte de informação os casos de hepatite C a partir da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referente ao período de 2014 a 2018. Os pesquisadores solicitaram e justificaram dispensa do TCLE e anexaram Termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados, Termo de Declaração de Instituição co-participante e Folha de Rosto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados foram analisados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.386.315

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/12 do CNS, não apresentando nenhum óbice ético para sua execução. Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UNIEVANGÉLICA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se por aprovar o presente protocolo de pesquisa.

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATORIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1367354.pdf	29/05/2019 11:45:14		Aceito
Folha de Rosto	folhadestostehepC.pdf	29/05/2019 11:44:53	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Outros	TAMDehepatiteC.jpg	29/05/2019 05:29:51	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Outros	termodeanuenciasecretariamunicipaldesau.de.jpg	29/05/2019 05:29:08	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdispensahepatiteC.pdf	29/05/2019 05:28:03	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaraçaoinstituicaoocoparticipante.jpg	29/05/2019 05:27:17	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	preprojetohepatiteC.docx	29/05/2019 05:23:42	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-015
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6836 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 3.398.315

ANAPOLIS, 18 de Junho de 2019

Assinado por:
Brunno Santos de Freitas Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br

10. APÊNDICES**10.1 APÊNDICE A****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Sexo _____

Idade _____

Etnia _____

Escolaridade _____

Genótipo da hepatite C _____

Município de residência _____

Se foi institucionalizado _____

Outros agravos associados _____

Provável via de contaminação _____

Gestante _____

Forma clínica _____