



UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA COM PORTADORES DE HEPATITE C EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE DE UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL, EM CENÁRIO DE MICROELIMINAÇÃO DA INFECÇÃO

ARTIGO ORIGINAL

SILVA, Marcia Costa da¹, BARROS, Flávio Henrique Soares², DIAS, Rosilda Silva³, SANTOS, Vitória Coutinho dos⁴, BITTENCOURT, Paulo Lisboa⁵, FERRAZ, Maria Lúcia⁶, MOURA NETO, José Andrade⁷, GONÇALVES, Glauce Oliveira Lima⁸, LAUANDE, Letícia Pádua⁹, OLIVEIRA, Wendel Alencar de¹⁰, FERREIRA, Adalgisa de Souza Paiva¹¹

SILVA, Marcia Costa da. *et al.* **Uma experiência exitosa com portadores de hepatite C em unidades de hemodiálise de uma capital do Nordeste do Brasil, em cenário de microeliminação da infecção.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 08, Ed. 07, Vol. 02, pp. 74-95. Julho de 2023. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/portadores-de-hepatite-c>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/portadores-de-hepatite-c

RESUMO

A infecção pelo Vírus da Hepatite C (VHC) é uma causa importante de doença hepática e grave problema de saúde pública, têm prevalência aumentada em serviços de diálise, necessitando efetivamente de estratégias para sua eliminação. Objetivou-se propor um fluxograma de enfermagem, desenhado para identificar, diagnosticar e encaminhar para tratamento do VHC os portadores de Doença Renal Crônica (DRC), utilizando o Processo de Enfermagem (PE). Para isso, descreveu-se um roteiro de identificação de portadores do vírus em um fluxograma de diagnóstico e tratamento com PE, em Unidades de Diálise (UDs) no município de São Luís - MA. A população foi de 925 portadores de DRC. Utilizaram-se planilhas das UD e Histórico de Enfermagem (HE) como instrumentos de coleta de dados. As principais intervenções foram: identificação dos portadores do anti-VHC positivos, solicitação do teste de VHC-RNA para confirmação da infecção, coleta e envio das amostras para o laboratório central da rede estadual do Maranhão - LACEN-MA e encaminhamento dos pacientes com os testes positivos para serem tratados nas próprias UD pelos médicos nefrologistas responsáveis. Foram identificados 25 portadores de anti-VHC positivos (2,7%), 17 (68%) tinham VHC-RNA positivos. Destes, 15 foram tratados nas



próprias unidades, sem que precisassem ser deslocados para serviços especializados. Portanto, com o fluxo utilizado envolvendo os profissionais da enfermagem como estratégia, provou-se ser factível para o diagnóstico e tratamento de portadores do VHC nas UD, podendo contribuir como estratégia para eliminação da infecção em demais unidades de diálise do país.

Palavras-chave: Diagnósticos de Enfermagem, Diálise Renal, Hepatite C, Microeliminação.

INTRODUÇÃO

A infecção crônica pelo Vírus da Hepatite C (VHC) é um importante causa de morte em todo o mundo e representa um dos principais desafios à saúde pública globalmente, com prevalência de forma desigual entre os países. Considera-se as regiões da Europa e Mediterrâneo oriental as mais afetadas com taxas variando entre 1,5% a 2,3% (ABU-BREHA *et al.*, 2022; HEDAYATI-MOGHADDAM *et al.*, 2022).

No Brasil, conforme boletim epidemiológico de 2022, registra-se nos anos de 2000 a 2021 um número de 279.872 casos notificados da doença (BRASIL, 2022). Segundo a OMS no Brasil são aproximadamente 700 mil infectados, que corresponde a uma prevalência de 0,7% no país (ABREU *et al.*, 2022).

A infecção pelo VHC é habitualmente assintomática, podendo chegar em períodos de até mais de 30 anos para se manifestar como uma cirrose hepática descompensada e ou carcinoma hepatocelular (WHO, 2017).

O mecanismo de transmissão do vírus é predominantemente parenteral, portanto, pacientes submetidos a Hemodiálise (HD) compõem um importante grupo de risco para a infecção, devido a exposição parenteral frequente e por possível quebra de normas de biossegurança nos serviços de HD (WHO, 2017; GOMES NETO *et al.*, 2021). De forma global, a infecção em doentes renais crônicos sob terapia dialítica tem uma taxa até cinco vezes superior à da população em geral (COTTONE *et al.*, 2019).

Segundo os dados do último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a taxa de prevalência do VHC nas unidades de diálise está em torno de 2,8% sendo



cerca de quatro vezes a estimada para população brasileira em geral (NERBASS *et al.*, 2022; MOURA NETO *et al.*, 2022).

Em 2016 a Organização Mundial de Saúde (OMS) atribuiu aos países a responsabilidade de eliminar a hepatite C como problema de saúde pública, assim como a criação de estratégias para atingir uma redução de 90% na incidência da infecção pelo VHC e reduzir em 65% mortalidade pela doença até 2030 (ABU-BREHA *et al.*, 2022; WHO, 2017; WHO, 2016).

O Brasil tornou-se signatário desta estratégia global da OMS para hepatite viral em 2017, com a construção de um plano de eliminação da hepatite C. Neste sentido, as principais medidas foram garantir tratamento seguro, eficaz e gratuito para todos os portadores do VHC, além de definir ações e grupos prioritários para detecção dos infectados. Pelos riscos inerentes aos pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS), estes foram incluídos nos grupos prioritários (WHO, 2016; BRASIL, 2018b; BRASIL, 2019).

A prática do cuidado de enfermagem para alcançar a eliminação do VHC vem sendo bem-sucedida em outros países como Canadá, Austrália, Reino Unido e os Estados Unidos da América, evidenciando o importante papel que os enfermeiros têm na solicitação de exames e encaminhamentos para tratamento. Essa prática retrata que os enfermeiros são aptos para reduzir as barreiras e facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento (RICHMOND, 2020).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) incorpora uma ferramenta que o enfermeiro utiliza para melhorar a qualidade na assistência de enfermagem ao paciente, possibilitando identificar, descrever, compreender os planos de cuidados e planejar as intervenções de enfermagem (FERREIRA, 2017). A SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) que, por sua vez é um instrumento metodológico que orienta o cuidado de Enfermagem e a documentação da assistência (MARINHO, 2021; COFEN, 2009).



A nota técnica nº 369/2020 do Ministério da Saúde (MS), que incorpora ações para o enfermeiro no enfrentamento das hepatites virais, permite o desenvolvimento de fluxogramas adequados a cada realidade brasileira com o objetivo de alcançar as metas da OMS (BRASIL, 2018a).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi desenvolver um fluxograma para diagnóstico, avaliação e encaminhamento ao tratamento de portadores do VHC em unidades de diálise (UDs) de uma capital do Nordeste do Brasil, com envolvimento dos profissionais de enfermagem e médicos nefrologistas, sem que os pacientes necessitem ser encaminhados para serviços médicos especializados de infectologia ou hepatologia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência construído a partir da identificação dos portadores do VHC nas UDs do município de São Luís (MA). Constituiu-se como parte de uma pesquisa multicêntrica nacional para microeliminação da hepatite C dentro das UDs envolvendo 545 clínicas em todo Brasil, que incluiu portadores de Doença Renal Crônica (DRC) em TRS com hepatite C. Um projeto de parcerias entre a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH), Instituto Brasileiro do Fígado (IBRAFIG) e o MS do Brasil (<https://ibrafig.org.br/projetos/registro-caracterizacao-e-acompanhamento-de-pacientes-com-doenca-renal-cronica-sob-terapia-dialitica-candidatos-a-tratamento-da-hepatite-c-cronica/>).

DELINEAMENTO DO ESTUDO

A rede de hemodiálise para DRC no município de São Luís está representada por seis unidades, mas apenas três delas absorvem pacientes com o anti-VHC reagente para tratamento dialítico, estas foram denominadas: unidade A (número de pacientes em diálise 405), B (número de pacientes em diálise 231) e C (número de pacientes em diálise 289).



O estudo desenvolveu-se em 4 fases.

FASE 1 - CONTATOS E PARCERIAS

Nessa fase inicial foram realizados os contatos com as unidades de diálise, gestores das instâncias municipal e estadual para sensibilização da realização do projeto, em reuniões se estabeleceram as seguintes parcerias:

- **Estadual** – realização dos exames de VHC-RNA para confirmação diagnóstica da infecção e a capacitação dos profissionais envolvidos para realização de coletas de amostras sanguíneas bem como orientações quanto ao manuseio da plataforma Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) pelos técnicos responsáveis do Laboratório Central do Maranhão (LACEN-MA).
- **Municipal** – a coordenação do Programa de DST/AIDS/HIV e Hepatites Virais do município de São Luís estabeleceu o apoio logístico para transportes do material coletado e capacitação para enfermeiros das UD's sobre a vigilância epidemiológica para hepatites virais e notificação compulsória dos casos identificados.
- **Unidades de Diálise** - os gestores de cada unidade assumiram a responsabilidade da prevenção, diagnóstico e tratamento da hepatite C.
- **Representantes SBN e SBH** – capacitação e atualização da equipe médica em relação ao tratamento para hepatite C, além de acompanhamento de todo processo junto aos profissionais de saúde nas UD's.

FASE 2 - CAPACITAÇÕES

Nessa fase os profissionais envolvidos: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem receberam as capacitações necessárias para o desenvolvimento das atividades referentes ao desenvolvimento da pesquisa, que aconteceram na forma híbrida sobre: Eliminação da Hepatite C na Diálise, Capacitação na Coleta de Exame laboratorial (VHC-RNA) e Vigilância Epidemiológica e Notificação Compulsória das Hepatites Virais.



FASE 3 – OBTENÇÃO DE DADOS

A coleta dos dados aconteceu por meio de visitas presenciais e por contato remoto com as UD's e com os profissionais envolvidos. Nesta etapa visitou-se as UD's para avaliação do perfil de cada uma para encontrar o paciente em terapia dialítica portador de hepatite C, foi solicitado aos enfermeiros(as) representantes das UD's uma listagem de identificação dos pacientes com anti-VHC positivo existentes. A lista conteve os identificadores como *“nome completo, nome da mãe, data de nascimento, endereço e data do exame anti-VHC”*.

Através de busca presencial, os registros foram coletados dos documentos da unidade, prontuários físicos e exames dos participantes da pesquisa, bem como os dados que não foram possíveis serem contemplados por essa estratégia de busca, foram coletados mediante entrevista com o paciente, no momento da abordagem da aplicação do Histórico de Enfermagem (HE) (1ª etapa do PE)

Em dias de agendamento de coleta de material, o transporte do Programa de DST/HIV/ Hepatites Virais do município de São Luis – MA e o laboratório LACEN - MA conduziam e recebiam as amostras respectivamente, conforme era alinhado previamente com 72 horas de antecedência do procedimento pela pesquisadora.

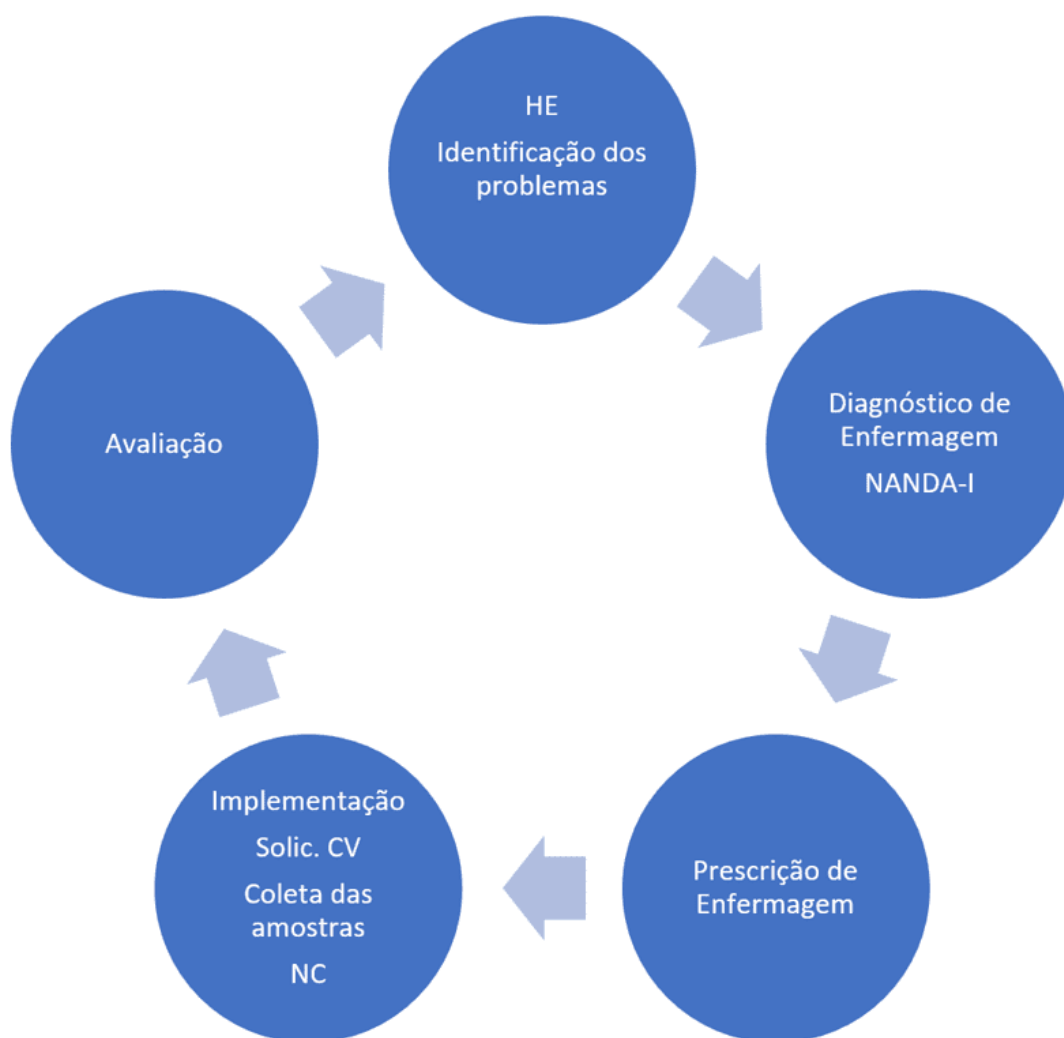
Como estratégia foram realizados agendamentos nos dias em que os pacientes compareciam para suas sessões de hemodiálise, nestes dias de agendamento, abordava-se o paciente suspeito de hepatite C, com anti -VHC positivo, para esclarecimento e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do estudo. Com o aceite do mesmo, dava-se início ao Processo de Enfermagem (Figura 1) com uma entrevista inicial compondo o Histórico de Enfermagem (HE), dando assim seguimento ao fluxograma do estudo.

O Histórico de Enfermagem foi um instrumento com roteiro sistematizado para levantamento de dados, em seu conteúdo abordava informações de Identificação, Antecedentes, Exame físico e Problemas Levantados (Diagnósticos de Enfermagem) pelo(a) Enfermeiro(a) seguindo a Teoria de Enfermagem das Necessidade Humanas

Básicas de Wanda Aguiar Horta, a teoria utilizada foi baseada no nível de atenção relacionado ao paciente portador de VHC (HORTA, 1979).

Processo de Enfermagem (PE) realizou-se em 5 etapas inter-relacionadas, utilizando a Teoria de Horta e a Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA – I) para fundamentação dos diagnósticos (HORTA, 1979; HERDMAN, 2021).

Figura 1 –Processo de Enfermagem



Fonte: Horta, (1979).

Com base na coleta de dados a pesquisadora realizava o DE e prescrevia o Plano de Cuidados de Enfermagem. Na implementação dos cuidados prescritos o(a)



Enfermeiro(a) da unidade solicitava o VHC-RNA (carga viral) e encaminhava os pacientes para coleta de amostras sanguíneas.

As coletas das amostras para realização da carga viral foram realizadas pela equipe de enfermagem da unidade, geralmente pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem da unidade, em 2 tubos de 5 ml, obedecendo as normas de biossegurança conforme nota técnica sobre coleta de exames laboratoriais emitida pelo LACEN-MA.

Após o procedimento de coleta realizava-se o cadastro e triagem do exame VHC-RNA no Sistema digital do LACEN - MA em seguida enviava-se ao laboratório as amostras sanguíneas com a solicitação de carga viral, realizadas pelo(a) Enfermeiro(a). O monitoramento das análises dos exames era feito por meio da plataforma digital do LACEN-MA pelo Enfermeiro(a) da unidade até a liberação do resultado.

Após a liberação do resultado e a confirmação da infecção pelo VHC-RNA realizava-se a notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), considerada obrigatória para monitoramento dos eventos de Hepatites Virais.

FASE 4 – TRATAMENTO DA HEPATITE C

Pacientes identificados no Processo de Enfermagem (PE) com exames VHC-RNA positivos foram encaminhados ao nefrologista responsável para a realização de prescrição do tratamento conforme o Protocolo de Conduta no Diagnóstico e Tratamento (PCDT) de hepatite C do MS (BRASIL, 2019).

Com a prescrição formalizada pelo nefrologista do paciente a unidade de diálise responsabilizou-se pela entrega dos fármacos aos pacientes, na própria unidade de diálise juntamente com as orientações de administração, visando assim favorecer o usuário na aquisição de seu medicamento, o excluindo de filas de espera por hepatologistas e/ou infectologistas para realização de tratamento da hepatite C em rede especializada.



POPULAÇÃO, AMOSTRA E PERÍODO

A população foi composta por 925 pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS), amostra estudada foi a totalidade de pacientes encontrados com anti-VHC positivo nas três UDs no município de São Luís, no período entre agosto 2021 a junho de 2022.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo todos os portadores de exames anti – VHC positivo, ambos os sexos, acima de 10 anos. Tivemos como critérios de exclusão mulheres grávidas.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Em análise da totalidade da população e amostra, os dados foram gerenciados em planilhas do software Microsoft Excel, foram realizadas as análises descritivas das variáveis categóricas com frequências absoluta e relativa e para as variáveis numéricas foram calculadas a média por variável. Os dados foram apresentados por meio de tabelas, quadros e gráficos para melhor compreensão dos dados.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo atendeu a normativa da Resolução nº 466/12 e afins, com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão conforme Parecer Consubstanciado nº 4.853.235. Todos os pacientes que aceitaram participar foram esclarecidos do estudo. Ressaltamos que os riscos ou danos pessoais que possam ser causados por qualquer procedimento da pesquisa são mínimos.

RESULTADOS

Com o levantamento dos dados das unidades A, B e C (Tabela 1) foram identificados 25 pacientes com anti-VHC positivos, que correspondeu a 2,7% da população do estudo (3,7% na unidade A, 0,4% na unidade B e 3,1% na unidade C). Com o propósito em diagnosticar e encaminhar para tratamento portadores do vírus C



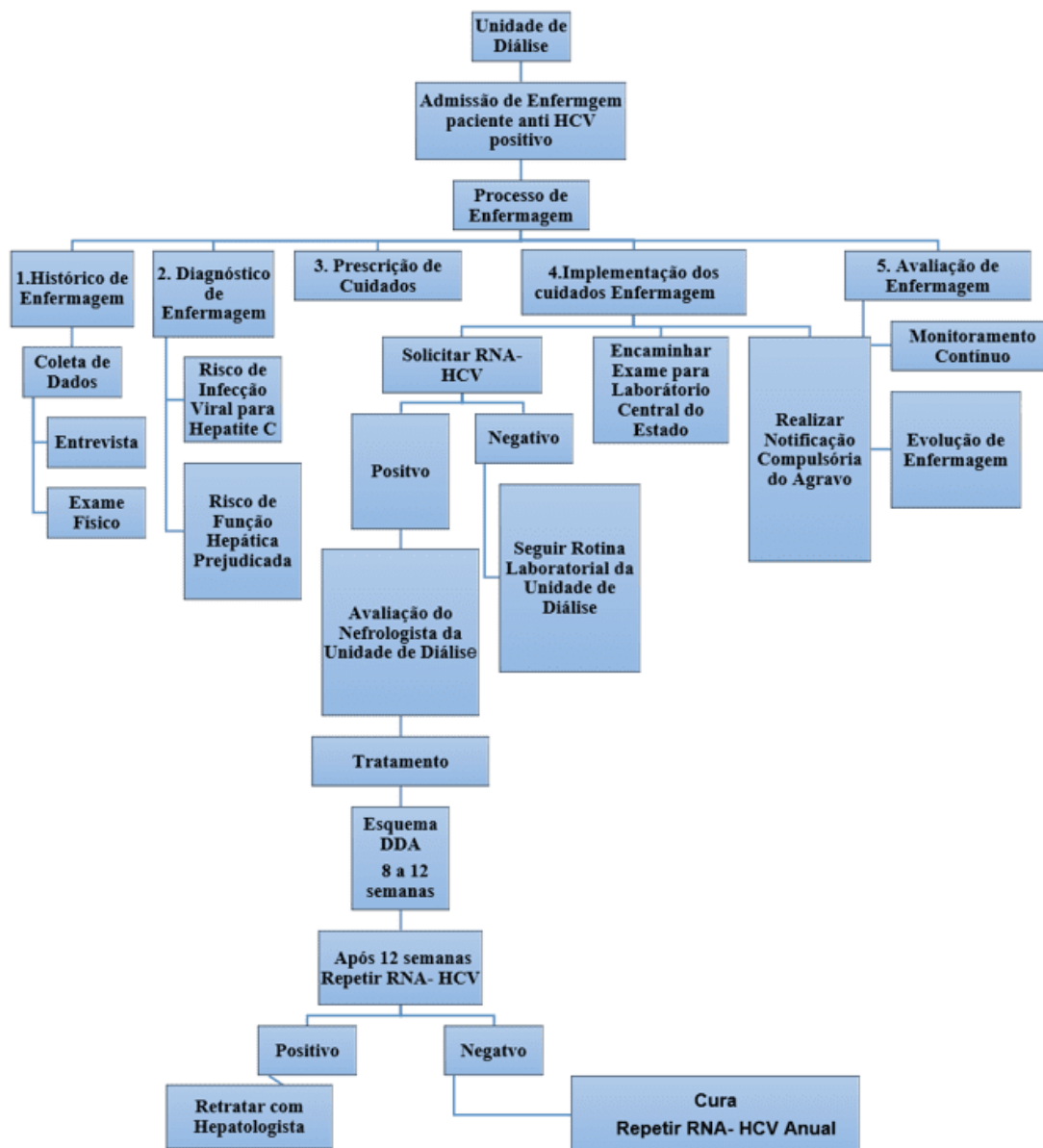
utilizou-se um fluxograma de atendimento alinhado com as gestões dos serviços das UD's, com os serviços das redes de saúde Municipal e Estadual, o fluxograma está ilustrado na Figura 2.

Tabela 1 – Número de pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) por unidade segundo resultado de exames Anti – HCV em Unidades de Diálise (UDs) de São Luís -MA

UNIDADE	Nº de Pacientes por Unidade	Exame Anti-HCV	
		Reagente N (%)	Não Reagente N (%)
A	405	15 (3,7%)	390 (96,3%)
B	231	1 (0,4%)	230 (99,6%)
C	289	9 (3,1 %)	280 (96,9%)
Total	925	25 (2,7%)	900 (97,3%)

Fonte: Dados dos Autores, 2022.

Figura 2 – Fluxo de identificação, diagnóstico e tratamento para hepatite C utilizado em três UDs de São Luís – MA



Fonte: Dados dos Autores, 2022.

Após a identificação dos pacientes com anti-VHC positivo, deu-se seguimento ao estudo com o Processo de Enfermagem (PE) (figura 1). Cada etapa do PE foi desenvolvida com suas peculiaridades de assistência para construção do cuidado de enfermagem ao paciente com hepatite C na diálise.



ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

1ª Etapa - Histórico de Enfermagem (HE), com a utilização do HE durante a Consulta de Enfermagem, em meio às entrevistas e exame físico, levantou-se dados demográficos e problemas que permitiram realizar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) para cuidados da hepatite C, dados demonstrados na **Tabela 2 e 3**.

Tabela 2 – Caracterização dos 25 portadores do anti-VHC positivo em Unidades de Diálise de São Luís - MA

Variáveis	N	%	Média
Sexo (n = 25)			
Masculino	21	84	
Feminino	4	16	
Faixa etária (n = 25)			57
< 19 anos	1	4	
20 – 64 anos	17	68	
> 65 anos	7	28	
Etiologia da Doença Renal (n = 25)			
Hipertensão	10	40	
Hipertensão + Diabetes	9	36	
Disfunção do Aparelho Urinário (rim único, doença policística, glomerulonefrites, bexiga neurogênica)	4	16	
Causa desconhecida	2	8	
Tempo de Diálise (anos) (n =25)			7,6
< 1 ano	4	16	
1 – 10 anos	15	60	
Acima de 10 anos	6	24	
Tempo de anti – VHC positivo (n = 25)			5,3
>1ano	4	16	
1 – 10 anos	16	64	
Acima de 10 anos	3	12	
Não responderam	2	8	
Exame de RNA – VHC (n = 25)			
Positivo	17	68	
Negativo	8	32	
Iniciou tratamento (n=17)			
Sim	15	88	
Não	2	12	

Fonte: Dados dos Autores, 2022.

Nas três unidades encontramos 25 pacientes (2,7%) da população em tratamento dialítico com anticorpo para o VHC, dado semelhante ao estudo no contexto geral que refere 2,8% dos pacientes em diálise no Brasil têm sorologia positiva para o HCV (MOURA NETO, 2022).



De acordo com os resultados, foi observado que houve a predominância do sexo masculino, correspondendo a 84% da amostra (n=25), constatando o resultado semelhante a estudos anteriores (MOURA NETO, 2022). A faixa etária prevalente esteve entre 20 a 64 anos com 17(68%) destacou-se como a maioria da amostra, em seguida de 7(28%) idosos com mais de 65 anos, após com 4% a faixa etária de <19 anos, a média de idade dos pacientes dos estudos foi de 57 anos, o que evidencia um dado relevante que nos alerta uma maior vigilância para esse grupo.

Tabela 3 – Caracterização dos 25 pacientes portadores do anti-VHC positivo em Unidades de Diálise de São Luís- MA, segundo doenças de base

Paciente	Idade	Unidade	Tempo em diálise*	Doença de base	VHC-RNA	Tratamento anterior
1	57	C	4	Doença policística	Positivo	Sim#
2	65	C	7	HAS + DM	Positivo	Não
3	50	C	12	HAS	Positivo	Sim#
4	40	C	4	HAS	Negativo	Sim
5	61	C	2	HAS	Positivo	Não
6	65	C	0,4	HAS	Positivo	Não
7	54	C	1	HAS + DM	Positivo	Não
8	54	C	3	HAS	Negativo	Não
9	72	C	0,1	HAS + DM	Positivo	Não
10	68	A	2	HAS + DM	Negativo	Sim
11	77	A	5	HAS + DM	Positivo	Não
12	43	A	5	HAS	Negativo	Sim
13	61	A	24	HAS	Negativo	Sim
14	61	A	6	HAS + DM	Positivo	Não
15	56	A	20	Indeterminada	Negativo	Sim
16	62	A	24	HAS	Positivo	Não
17	46	A	28	HAS	Negativo	Não
18	57	A	7	HAS	Positivo	Não
19	13	A	2	Indeterminada	Positivo	Não
20	51	A	3	HAS + DM	Positivo	Não
21	54	A	24	Glomerulonefrite	Positivo	Não
22	64	A	8	Bexiga neurogênica	Positivo	Não
23	72	A	0,3	HAS + DM	Positivo	Não
24	71	A	0,2	Rim único	Negativo	Não
25	50	B	3	HAS + DM	Positivo	Não

Fonte: Dados dos autores, 2022.

*Anos; # Não respondedores ao primeiro tratamento; HAS-Hipertensão Arterial Sistêmica; DM-Diabetes Mellitus.

A maioria dos portadores estavam na unidade A e tinham mais de 50 anos de idade (13 a 77). Segundo a etiologia da DRC a principal causa foi a hipertensão arterial e



em sequência a hipertensão associada com diabetes. Nove portadores (36%) estavam em diálise há mais de 6 anos. A maioria positivou o anti-VHC após iniciar o tratamento dialítico, mas observou-se que três pacientes já iniciaram o tratamento com anti-VHC positivo.

Entre os 25 portadores do anti-VHC positivos 17 (68%) apresentaram o VHC-RNA detectável. Entre aqueles com o teste negativo, 5 (70%) já haviam sido tratados. Entre aqueles com VHC-RNA positivos, dois já haviam sido tratados uma vez, não obtiveram resposta satisfatória e foram encaminhados para retratamento. Dois pacientes entre os 17 não foram encaminhados para o tratamento, devido às causas por óbito e outro por transferência para unidade de diálise em outro estado do Brasil. Quinze pacientes receberam o tratamento nas UD.

2ª Etapa - Diagnósticos de Enfermagem (DE) - Com base no objetivo do estudo foram trabalhados 4 Diagnósticos de Enfermagem (DE) para cuidados da hepatite C na hemodiálise, conforme **Quadro 1**.

Quadro 1. Diagnósticos de Enfermagem para cuidados da hepatite C, segundo Taxonomia NANDA – I, identificados no Histórico de Enfermagem aplicados em Doentes Renais Crônicos em três Unidades de Diálise de São Luis-Ma

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CARATERÍSTICA DEFINIDORA	FATOR RELACIONADO	FATOR DE RISCO	DE	CONDIÇÃO ASSOCIADA
1.Risco de Função Hepática Prejudicada			1.Infecção viral (marcador sorológico reagente)		1.Infecção HCV Crônica
2.Risco de Infecção Viral			1.Suspeita de Hepatite C		1.Anti – HCV reagente
3.Risco de Contaminação			1.Exposição a prática de quebras de barreira de proteção a		1.Doença Infectocontagiosas pré-existente



			contaminação cruzada	
4. Conhecimento deficiente do processo saúde-doença	1. Respostas imprecisas sobre o assunto DRC e Hepatite C	1. Desinformação		

Fonte: Dados dos Autores, 2022.

3ª Etapa - Planejamento ou Prescrição de Enfermagem realizado conforme **DE** com intuito em consolidar o cuidado para o VHC nas UD's, veja **Quadro 2**.

Quadro 2 - Planejamento ou Prescrição de Enfermagem para os cuidados da hepatite C, conforme Diagnósticos de Enfermagem encontrados em Doentes Renais Crônicos em três Unidades de Diálise de São Luís – Ma

Dianósticos de Enfermagem	Intervenção	Prescrição de enfermagem
1. Conhecimento Deficiente do processo saúde-doença	Educação em Saúde do processo saúde-doença	Explicar para paciente e família suas condições de saúde, a suspeita, prognóstico e tratamento, e a necessidade de realização de exame confirmatório.
2. Risco de Infecção Viral para hepatite C	Promover ações que confirme o diagnóstico para hepatite C	Solicitar Carga Viral ou encaminhar para avaliação médica conforme rotina da unidade. Coletar amostra para RNA - HCV antes do procedimento de hemodiálise utilizando técnica asséptica. Encaminhar amostras para laboratório com identificação e acondicionamento adequadamente. Cadastrar, monitorar andamento e resultado do exame. Encaminhar resultado laboratorial para conduta médica. Notificar agravo para Vigilância Epidemiológica, se aplicável



3.Risco de Contaminação	Medidas de Biossegurança	Orientações ao paciente e familiares quanto ao uso de EPI e higienização das mãos.
4.Risco de Função Hepática Prejudicada	Educação e saúde	Orientar o paciente quanto a importância da atividade física de acordo com suas condições e quanto a dieta balanceada. Atentar para avaliação da função hepática, caso infecção por HCV confirmada.

Fonte: Dados dos Autores, 2022.

4ª Etapa - Implementação – para essa fase foram realizadas as intervenções conforme Planejamento de Enfermagem. Foram implementadas ações de enfermagem quanto aos cuidados de biossegurança, o enfermeiro da unidade, na maioria das vezes, solicitou os exames de carga viral, quando não, encaminhou o paciente para conduta médica, após os exames coletados e encaminhados para o Laboratório Central do Maranhão, realizaram o monitoramento dos resultados, após a liberação dos resultados dos exames de RNA – VHC o enfermeiro por sua vez encaminhou os resultados do exame para avaliação do nefrologista da unidade. Na oportunidade foi realizada a notificação compulsória dos pacientes com hepatite C.

5ª Etapa - Avaliação de Enfermagem - também conhecida como Evolução de Enfermagem, uma etapa cíclica e contínua, nesta verificou-se se os resultados determinados no planejamento foram atingidos.

DISCUSSÃO

Este estudo envolvendo portadores de VHC em indivíduos sob HD mostrou que a hipertensão e diabetes são as causas mais frequentes de DRC terminal, confirmando outros estudos no país (NERBASS *et al.*, 2022; AGUIAR *et al.*, 2020). Esses dados só reforçam que há a necessidade de fortalecimento de ações e políticas em saúde e melhor acompanhamento de pacientes com essas condições crônicas na Atenção



Primária em Saúde (APS) para prevenção destas complicações em agravos tão prevalentes no nosso meio (AGUIAR *et al.*, 2020).

A prevalência encontrada do VHC de 2.7% está compatível com os resultados no Brasil e no mundo (ABU-BREHA *et al.*, 2022; HEDAYATI-MOGHADDAM *et al.*, 2022; WHO, 2017), mas chama-se a atenção o número elevado de pacientes infectados, com diagnóstico há anos e ainda sem tratamento, já que no entendimento da RDC – SUS recomenda que os doentes renais crônicos em estágio 5 em diálise tem sua complementação diagnóstica e terapêutica para hepatites virais assegurada (BRASIL, 2021). Esses dados reforçam iniciativas de prevenção e detecção precoce e da infecção, como exemplo a elaboração deste fluxograma facilitando o acesso dos pacientes ao tratamento que se encontram totalmente disponíveis no SUS.

Com as intervenções de enfermagem foi possível implementar a confirmação diagnóstica da infecção e encaminhamento ao tratamento dos pacientes dentro das UDs, sem que os mesmos precisassem ser deslocados para os serviços de diagnóstico e tratamento especializados, favorecendo substancialmente essa população já repleta de comorbidades e fragilidades em sentido também social. Além disso, foram realizadas as notificações compulsórias dos casos identificados, que frequentemente são relegadas, contribuindo assim para vigilância epidemiológica do agravo, menorizando de fato a subnotificação da doença.

Ainda com a intervenção de enfermagem os pacientes puderam se manter em acompanhamento pós-tratamento, pois apesar da excelente segurança e eficácia das terapias para o VHC todos os pacientes que concluíram a terapia permaneceram em monitoramento laboratorial na unidade, como orienta a RDC- SUS, 2014 (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022b; CARNAÚBA JÚNIOR *et al.*, 2022).

As organizações de saúde internacionais e o MS buscam resultados de uma proposta ambiciosa, eliminar a hepatite C nos próximos anos como problema de saúde pública, conforme agenda da OMS até 2030 (WHO, 2017; BRASIL, 2020b). Para isso deve-se perseguir com ações públicas estratégicas que possam diagnosticar e tratar os casos, já que o tratamento atualmente evidencia taxas de cura de mais de 95% e no Brasil



tem distribuição gratuita para tratamento dos infectados BRASIL, 2022b; CARNAÚBA JÚNIOR *et al.*, 2022; BENZAKEN *et al.*, 2019).

Esta proposta de cuidados com portadores do VHC para o público em TRS, envolvendo os profissionais de enfermagem está em linha com o MS, que em 2020 estabeleceu para o enfermeiro ações estratégicas para melhorar a prevenção, o diagnóstico e tratamento da hepatite C (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2020a). Com a nota técnica nº369/2020 há o fortalecimento das ações do enfermeiro na identificação do portador de VHC também na APS. Esse estudo trouxe para os serviços de hemodiálise as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da hepatite C (BRASIL, 2020b), com um diferencial importante, que é os pacientes serem tratados dentro da própria unidade sem precisar ser encaminhado para outros especialistas. Essa estratégia não só beneficia o paciente com o tratamento simplificado, como facilita o diagnóstico precoce e diminui a frequente dificuldade de acesso ao tratamento, o que acabava desestimulando o paciente em continuar o processo para tratar a infecção (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2020a). A orientação do PCDT da hepatite C orienta também que o paciente seja encaminhado para serviços de hepatologia quando apresentarem quadro de hepatopatias mais avançadas, o que não aconteceu nos casos aqui avaliados.

Algumas limitações foram observadas durante a elaboração e implementação da proposta. São fatores dificultadores, que ao serem levantados aqui podem ser discutidos e implementado intervenções adequadas em gestões que desejem assimilar o fluxograma utilizado. Entre eles foram observadas a desmotivação, a não adesão e engajamento de alguns profissionais das unidades, especificamente na presença às capacitações, sob alegação de acúmulo de funções, o que se mostrou consistente. Desse modo, o desenvolvimento de estratégias motivadoras pode ser desejável para que as atividades do fluxograma possam ser desenvolvidas com mais presteza e regularidade, já que a disponibilidade do transporte de amostras biológicas, a realização dos testes de confirmação da infecção pelos LACENs e o fornecimento da medicação estão disponíveis. Há que se reconhecer que houve certo momento de sobrecarga aos referidos profissionais nos serviços, especialmente na coleta de



amostras, impossibilitando, por vezes, o cumprimento de algumas agendas de coletas.

De qualquer modo, reitera-se que, mesmo sob dificuldades, com o fluxograma de trabalho, utilizando o PE, conseguiu-se identificar o portador de anti-VHC, realizar o exame confirmatório através de vínculos estabelecidos com os sistemas de saúde do estado do Maranhão e do município de São Luís, facilitando sobremaneira a jornada do paciente. Alcançou-se ainda que o tratamento fosse descentralizado, contando com a colaboração dos próprios médicos nefrologistas assistentes, contribuindo com a proposta de eliminação da infecção pelo vírus da hepatite C nas unidades de diálise do município de São Luís.

CONCLUSÃO

Concluimos dessa forma que o fluxograma desenhado e utilizado neste estudo para identificação, diagnóstico e tratamento da hepatite C em TRS poderá contribuir para eliminação da infecção dentro das unidades de diálise do município de São Luís (Maranhão) e em outras municípios do Estado, sendo mais ousados acreditamos também que poderá ser replicado em demais unidades dentro ou fora do país.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Deus, aos pacientes, a todos os profissionais envolvidos no processo de desenvolvimento do trabalho, ao IBRAFIG, a SBN, SBH as parcerias com as gestões dos serviços do Laboratório Central do Maranhão - LACEN-MA, da Assistência Farmacêutica das Hepatites Virais, do Programa da Secretaria Municipal de Saúde / IST/AIDS e Hepatites Virais, bem como as Unidades de Dialise participantes de São Luís – MA.

REFERÊNCIAS

ABU-BREHA, N. *et al.* **Chronic hepatitis C: Diagnosis and treatment made easy.** EJGP. v. 28, p. 102- 08, 2022.



ABREU, P. F.; BRABO A. M.; FERRAZ, M. L. G. **Registro brasileiro para eliminação da hepatite C nas unidades de diálise: transmissão de hepatite C.** Estratégias para prevenção de soroconversão e controle do surto em ambiente de hemodiálise. São Paulo, 2022.

AGUIAR, L. K. *et al.* Fatores Associados a doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 23. p.1-15, 2020.

BENZAKEN, A. S. *et al.* Hepatitis C disease burden and strategies for elimination by 2030 in Brazil. A mathematical modeling approach. **Braz J Infect dis.** v. 23 p.182– 90, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais – 2022b.** Brasília, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Microeliminação da hepatite C nas clínicas de hemodiálise. Boletim Epidemiológico 29.** Brasília, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite C e coinfeções.** Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 369/2020-CGAHV/.DCCI/SVS/MS. **Orientações sobre a atuação da(o) enfermeira(o) para a ampliação estratégica do acesso da população brasileira ao diagnóstico das hepatites B e C e encaminhamento de casos detectados para tratamento.** Brasília, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, **Plano para Eliminação da Hepatite C no Brasil.** Brasília, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 1015/2020/CGAHV/.DCCI/SVS/MS.** Brasília, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 6/2022/CGAHV/.DCCI/SVS/MS.** Brasília, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal Crônica – DRC no sistema único de saúde.** Brasília, 2014.

CARNAÚBA JÚNIOR, D. *et al.* Eficácia e segurança dos antivirais de ação direta por via oral nos pacientes com insuficiência renal dialítica e infecção crônica pelo vírus da hepatite C: Experiência de vida real em um serviço público de São Paulo. **Braz J Infect dis.** v. 26, p.102-99, 2022.



COTTONE, C.; BHAMIDIMARRI, K. R. Evaluating CKD/ESRD patient with hepatitis C infection: How to interpret diagnostic testing and assess liver injury. **Seminars in Dialysis**. v. 32, p.119-126, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN - 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **In: Conselho Federal de Enfermagem**. Brasília, 2009.

FERREIRA, A. F. *et al.* Sistematização de Enfermagem ao Paciente em Hemodiálise. **J Surg Ci Res**. v.19, p.138-45, 2017.

GOMES NETO, C. R.; SILVA, E. H.; NEVES, R. A. Infecção pelos vírus da hepatite B e C em pacientes de duas unidades de hemodiálise em Goiânia. **Rev. Educ. Saúde**. v. 9, p.107-16, 2021.

HEDAYATI-MOGHADDAM, M. R. *et al.* **Epidemiology of Hepatitis C Virus Infection Among High-risk Populations in Northeastern Iran**. *Hepat. Mon.* v. 22, p.1-5, 2022.

HORTA, V. A. **Processo de enfermagem**. EPU. 1979.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2021-2023**. Artmed. 2021.

MARINHO, I. V. *et al.* Assistência de enfermagem em hemodiálise: (re) conhecendo a rotina do enfermeiro. **Enferm Foco**. n. 12, p.354-59, 2021.

MOURA NETO, J. A. *et al.* Registro brasileiro para eliminação da hepatite C nas unidades de diálise: um chamado para a Nefrologia. **J. Bras. Nefrol.** v. 44, p.109-11, 2022.

NERBASS, F. B. *et al.* Censo brasileiro de diálise 2020. **J. Bras. Nefrol.** v. 44, p. 349-57, 2022.

RICHMOND, J. A. *et al.* Achieving Hepatitis C Elimination By Using Person – Centered, Nurse-Led Models of care: A discussion of four International Case Studies. **Gastroenterology Nursing**. v. 43, p.303-09, 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global hepatitis report, 2017. **Geneva: World Health Organization**. 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health sector strategy on Viral hepatitis 2016–2021: Towards ending viral hepatitis. 2016. **Geneva: World Health Organization**. 2016.



Enviado: 27 de janeiro, 2023.

Aprovado: 22 de junho, 2023.

¹ Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Especialidade em Estratégia em Saúde da Família (Atenção Primária em Saúde) pela UFMA, Mestrado em Ciências da Saúde pela UFMA. ORCID: 0000-0001-6713-0211. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3453918476884729>.

² Medicina pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Especialidade em Nefrologia pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). ORCID: 0000-0001-6427-4156. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1172301980238067>.

³ Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão, Mestrado em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão, Doutorado em Fisiopatologia Clínica e Experimental pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. ORCID: 0000-0002-7969-9613. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6699170604660310>.

⁴ Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão. ORCID: 0000-0002-6481-9416. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7583542382856044>.

⁵ Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Doutorado em Gastroenterologia Clínica pela Universidade de São Paulo. ORCID: 0000-0003-0883-4870. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6824795442620131>.

⁶ Graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo. Mestrado em Gastroenterologia pela Universidade Federal de São Paulo e Doutorado em Gastroenterologia pela Universidade Federal de São Paulo. Realizou Pós-doutorado na Michigan University. ORCID: 0000-0001-8992-8494. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1870810357457710>.

⁷ Graduado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Possui Residência em Clínica Médica pela HFA-RJ, Nefrologia pela UERJ pela UERJ), com MBA em Saúde pela FGV-RJ e Mestrado em Administração pela EBAPE-FGV. ORCID: 0000-0003-1339-3731. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1000483365669780>.

⁸ Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão. Pós Graduação em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo. Pós Graduação em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Maranhão. ORCID: 0000-0003-1814-6799. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4136077082952321>.

⁹ Nefrologista pelo Hospital Universitário Presidente Dutra - HUUFMA. Clínica Médica pelo Hospital Municipal Miguel Couto - RJ e Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). ORCID: 0000-0001-7243-6119. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8619735853571251>.

¹⁰ Gestor em Serviços de Saúde IST AIDS e Hepatites Virais de São Luís - MA. ORCID: 0000-0002-7923-6707. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0284169160661657>.

¹¹ Medicina pela Universidade Federal do Maranhão, Doutorado pela Universidade Federal de São Paulo. ORCID: 0000-0002-8003-3333. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1644652704747566>.