

HEPATITE C: COMPREENDENDO A PATOLOGIA

Cassia Maria Santos Teixeira¹, Paulo José Abruçeis², William Diego Ciconha³

RESUMO

O presente artigo visa evidenciar os principais conceitos relacionados à hepatite C, destacando o agente etiológico, métodos de transmissão, período de incubação, sintomas, tratamento, mecanismos fisiopatológicos, além dos cuidados de Enfermagem e dados epidemiológicos inerentes ao Brasil relacionados à doença. Para isso, foi realizada revisão bibliográfica de livros constituintes do acervo da biblioteca da Faculdade Integrado INESUL, artigos científicos retirados do banco de dados do *scielo*, *google acadêmico*, *bireme* e *lilacs*, além de manuais do Ministério da Saúde capazes de evidenciar as definições teóricas pretendidas no estudo. O vírus da hepatite C está classificado como um dos principais microrganismos causadores de doença hepática crônica no mundo, incluindo cirrose e hepatocarcinoma. O tratamento tem por objetivo deter a progressão da doença hepática, inibindo a replicação do vírus. O uso de precauções padrão por parte dos profissionais é imprescindível, uma vez que não há profilaxia pós-exposição para hepatite C. São necessários estudos constantes, com metodologia adequada, focando a prevalência e os fatores de risco presentes na população, para que sejam instaladas as melhores medidas de prevenção e controle, através do direcionamento consciente dos recursos de combate à infecção pelo HCV.

Palavras - chaves: Hepatite C, Hepatite crônica, Hepatites virais.

ABSTRACT

This article aims to highlight the main concepts related to hepatitis C, highlighting the etiological agent, methods of transmission, incubation period, symptoms, treatment, physiopathological, in addition to the mechanisms of nursing care and epidemiological data inherent in Brazil related to disease. This review was conducted of the constituent books College Library collection, INESUL Integrated scientific articles taken from the *scielo* database, *google scholar*, *bireme* and *lilacs*, in addition to manuals of the Ministry of health to highlight the theoretical definitions that you want in the study. The hepatitis C virus is classified as one of the main microorganisms that cause chronic liver disease in the world, including cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Treatment aims to halt the progression of liver disease, inhibiting the replication of the virus. The use of standard precautions on the part of professionals is essential, since there are no post-exposure prophylaxis for hepatitis C. studies are required, with appropriate methodology, focusing on the prevalence and risk factors present in the population, so that they are installed the best measures of prevention and control, through the conscious targeting of resources to combat infection with HCV.

Keywords: Hepatitis C, Chronic hepatitis, Viral hepatitis.

¹ Discente do curso de Bacharel em Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.
E-mail: cassiamariast@hotmail.com

² Discente do curso de Bacharel em Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.
E-mail: paulo_abruçeis@yahoo.com.br

³ Discente do curso de Bacharel em Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL.
E-mail: williamhibao@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Uma fração significativa dos casos de hepatite viral não se associa a hepatite A, hepatite B nem hepatite D, classificando-se como hepatite C (SMELTIZER et al., 2009).

As hepatites virais são doenças desenvolvidas por diversos agentes etiológicos, que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, com importantes particularidades. No Brasil, assim como em outras partes do mundo, há uma grande variação regional na prevalência de cada um dos agentes etiológicos, sendo que as hepatites virais têm grande acuidade pelo número de indivíduos infectados e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas (Brasil, 2005).

O vírus da hepatite C está classificado como um dos principais microrganismos causadores de doença hepática crônica no mundo. De acordo com a pesquisa de Martins et al. (2010) há um grande número de variações na prevalência da infecção pelo vírus conforme a região geográfica instalada. Os principais fatores de risco referentes a esta doença abrangem a transfusão de hemoderivados por doadores infectados, uso de drogas injetáveis, transplante de órgãos, hemodiálise, transmissão vertical, exposição sexual e ocupacional.

Em contrapartida, devemos destacar os problemas enfrentados no combate ao aumento constante de indivíduos infectados, uma vez que não há vacina ou profilaxia pós-exposição, ressaltando a idéia de que a avaliação epidemiológica constitui-se em grande foco para o planejamento da prevenção primária em qualquer população (MARTINS et al., 2010).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VE)

No ano de 2009, o Brasil obteve 11.389 casos confirmados de infecção pelo vírus da hepatite C, além de 2.755 óbitos em decorrência de hepatites virais (DATASUS, 2011).

A Vigilância Epidemiológica assegura o acompanhamento das tendências de doenças em grupos populacionais, permitindo a avaliação e implementação de medidas preventivas que deverão ser executadas, além de rastrear as fontes de infecção, identificando casos novos entre a população. Segundo o Ministério da Saúde (2005), as hepatites virais são enfermidades de notificação compulsória, devendo cada profissional de saúde contribuir para a eficácia das ações do programa da Vigilância Epidemiológica. O objetivo principal da vigilância consiste em detectar e sistematizar para os profissionais, as possibilidades de um

crescimento da doença em determinada região, proporcionando intervenções ativas que busquem reduzir a disseminação do vírus.

SUSPEITA CLÍNICA (BRASIL, 2005)

Sintomático icterício

- Indivíduo que desenvolveu icterícia inesperadamente (sendo recente ou não), apresentando ou não sintomas como febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.
- Indivíduo que desenvolveu icterícia inesperadamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.

Sintomático anictérico

- Indivíduo sem icterícia, que apresente um ou mais sintomas como febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia e na investigação laboratorial apresente valor aumentado das aminotransferases.

Assintomático

- Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (na hemodiálise, em acidente ocupacional com exposição percutânea ou de mucosas, por transfusão de sangue, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de “*piercings*”/tatuagem com material contaminado, por uso de drogas endovenosas com compartilhamento de seringa ou agulha).
- Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.
- Indivíduo com alteração de aminotransferases no soro.

HEPATITE CRÔNICA

Ao contrário das outras formas de hepatite viral aguda, na contaminação pelo HCV é possível que a infecção se torne crônica. Isso reforça a importância de encontrar formas de prevenção para evitar a cronificação. A monoterapia com interferon alfa auxilia na redução da evolução para cronicidade a menos de 10%. O problema comumente encontrado é o fato de a maioria das infecções agudas não serem detectadas devido à ausência de sintomas, tornando rara a oportunidade de tratamento (HEATHCOTE et al., 2003).

A hepatite C crônica ocorre em 70 a 85% dos casos, sendo que, em média, um quarto a um terço deles evolui para formas histológicas graves no período de 20 anos. O restante evolui de forma mais lenta e talvez nunca desenvolva hepatopatia grave. É importante destacar que o HCV já é o maior responsável por cirrose e transplante hepático no Mundo Ocidental (BRASIL, 2005).

É imprescindível enfatizar sobre a necessidade de um controle adequado da cadeia de transmissão nos domicílios e na comunidade, visto que, não existe vacina ou imunoglobulina contra o HVC. Assim como explicar cuidados especiais entre populações de risco elevado, através de políticas de redução de danos (BRASIL, 2005).

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação é de aproximadamente dois meses, seguido de hepatite aguda com febre, mal estar, anorexia e icterícia. Em muitos casos a infecção apresenta-se aguda e assintomática, outros apresentam recuperação após um período de meses; ainda ocorre em certos casos testes de função hepática alterados por um ano. Neste último caso, estima-se que metade dos pacientes irá desenvolver hepatite crônica ativa, podendo evoluir para cirrose, com risco de carcinoma hepatocelular (STEVENS & LOWE, 2002).

Stevens & Lowe (2002), descrevem que as manifestações extra-hepáticas da doença, como artrite e agranulocitose (alteração do sangue pela redução dos leucócitos granulócitos), são comuns. O diagnóstico pode ser confirmado pela detecção de anticorpos para HCV e pela detecção do RNA do HCV no sangue através de PCR.

TRANSMISSÃO DA DOENÇA

Identificado por Choo e colaboradores em 1989, o HCV é o principal agente etiológico da hepatite crônica. Seu principal meio de transmissão ocorre por via parenteral, sendo as populações com maior susceptibilidade de infecção pelo HCV através desta via: indivíduos que receberam transfusão de sangue antes de 1993, usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada que compartilham os materiais de uso, pessoas com tatuagem, piercings ou que apresentem outras formas de exposição percutânea (p. ex. consultórios odontológicos, manicures, etc., que burlam as normas de biossegurança). Outra situação é a

transmissão sexual, porém pouco freqüente, apresentando-se menos de 3% em parceiros estáveis e, ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual sem o uso de preservativo. A transmissão vertical (mãe para filho) é rara quando comparada à hepatite B. Contudo, já se comprovou que gestantes com carga viral do HCV elevada ou co-infectadas pelo HIV apresentam maior risco de transmissão da doença para os recém-nascidos (BRASIL, 2005).

Através de um estudo realizado por Martins et al (2010), será elucidado mais detalhadamente a seguir os fatores de risco para transmissão do HCV:

Transfusão de hemoderivados

A transfusão de sangue e hemoderivados de doadores, no qual, não foram submetidos a testes para HCV é considerada uma forma importante de transmissão. Porém, após a padronização dos processos de triagem pré-doação, houve significativa redução na transmissão da Hepatite C por meio da transfusão sanguínea. Entre 1960 e 1991, estima-se que 5% a 15% dos pacientes submetidos à transfusão de hemoderivados infectaram-se com o vírus, e atualmente, após a adoção dos testes de rastreamento, o risco de infecção por transfusão sanguínea está em torno de 0,001% por unidade de sangue transfundida.

Apesar dessa significativa redução observada nos últimos anos, um estudo realizado no maior banco de sangue de Santa Catarina revelou que a contaminação pelo HCV ainda se mantinha nos padrões de uma para 13.721 unidades de sangue transfundidas, valor no qual, é pelo menos, 10 vezes maior que o encontrado em países desenvolvidos (MARTINS et al, 2010).

Utilização de drogas injetáveis (DI)

Após a queda na transmissão do HCV decorrente de transfusões de hemoderivados, o uso de DI se tornou o maior risco de transmissão devido o compartilhamento de materiais contaminados. Esta forma de transmissão responde por cerca de 70 a 80% das contaminações pelo HCV em países desenvolvidos nos últimos 30 anos.

Nos estudos apresentados por Martins et al. (2010) mostrou-se que a prevalência de infecção pelo HCV entre usuários de DI variou de 70 a 90% e parece aumentar com o tempo de uso. Entretanto, alguns estudos mostram que mesmo usuários recentes (há menos de seis

meses) podem apresentar taxas de prevalência superiores a 75%. As estatísticas no Brasil são escassas, no entanto, um trabalho que avaliou a prevalência do anti-HCV em usuários de DI da cidade de Santos demonstrou taxa de 75%, comparável às taxas relatadas na maioria dos países.

Procedimentos médicos e exposição nosocomial

Ainda se apresentam como outra forma possível de transmissão do HCV, as terapias injetáveis com equipamentos contaminados (ou não seguros). Existe uma escassez de dados confiáveis, porém estima-se que aproximadamente dois milhões de indivíduos adquirem o HCV anualmente por esta via.

O que mais contribui para transmissão desta doença, em países em desenvolvimento, é a falta de materiais esterilizados ou esterilização inadequada. Além disso, fora dos centros de saúde, terapias injetáveis podem ser realizadas por indivíduos não habilitados. Sendo assim, um indivíduo pode receber, ao longo de sua vida, múltiplas injeções com material contaminado, aumentando significativamente o risco de infecção pelo HCV.

No Egito, país com a maior prevalência de hepatite C no mundo, a maioria dos indivíduos contaminou-se através da reutilização de seringas de vidro durante campanhas nacionais de tratamento da esquistossomose entre 1960 e 1987. Atualmente, as maiores prevalências de infecção pelo HCV apresentam-se entre os pacientes submetidos à hemodiálise, cujos, percentuais variam entre 19 a 47,2%.

A transmissão do HCV entre pacientes hemodialisados é principalmente nosocomial (âmbito hospitalar), sendo considerados possíveis fatores de risco o compartilhamento de equipamentos e instrumentos de hemodiálise e a falta de adesão a medidas de precaução padrão e esterilização dos equipamentos.

Transplante de órgãos sólidos

Em receptores de órgãos a estimativa da prevalência do HCV é complexa devido à influência da imunossupressão sobre a apuração dos testes sorológicos empregados. Receptores de órgãos sólidos de doadores anti-HCV positivos aparentemente apresentam taxas mais elevadas de soroconversão, sendo que em estudo realizado a partir de transplantes renais, 35% dos receptores de doadores com anti-HCV reagente desenvolveram doença hepática no pós-transplante, e 74% apresentaram evidências de viremia. Apesar desses dados, as evidências ainda são limitadas e é clara a necessidade de novos estudos para avaliar o impacto do transplante de órgãos na prevalência do HCV.

Exposição ocupacional

Uma forma bem documentada de transmissão do HCV são os acidentes ocorridos através de perfurocortantes com inoculação percutânea. Estes apresentam taxas de soroconversão após uma única exposição percutânea com objeto contaminado variando entre 3% e 10%.

Conforme análise no início da década de 1990 foi apontada que a prevalência da infecção do HCV era três vezes maior nos trabalhadores da área da saúde que em outros profissionais. No entanto, outros estudos mostravam uma prevalência em profissionais da saúde de 0,7% a 2%, taxa esta semelhante à da população em geral. Entre os cirurgiões-dentistas, a prevalência de HCV foi de 0,7% a 1,7%, e entre cirurgiões bucomaxilos a prevalência foi de 2% a 9,3%. Um estudo realizado entre cirurgiões ortopedistas que negaram fatores de risco fora de suas ocupações demonstrou uma prevalência de menos de 1%. Apesar dessas informações conflitantes, a exposição ocupacional permanece com eventual potencialidade de fator de risco para infecção pelo HCV, especialmente devido à ausência de medidas profiláticas pós-exposição que seja eficaz nesse contexto.

Transmissão sexual

O risco relacionado à transmissão sexual pelo HCV ainda não está completamente esclarecido, devido a divergências encontradas em diferentes estudos. Esta maneira de contrair o HCV tem sido encontrada especialmente em pacientes de clínicas especializadas em doenças sexualmente transmissíveis, sendo estes prostitutas e seus parceiros e também pacientes coinfectados HIV-HCV.

Entre outros fatores de risco que também contribuem para a ampliação da transmissão do HCV, relacionados a hábitos sexuais, estão: número elevado de parceiros sexuais, presença de outras doenças de transmissão sexual como tricomoníase, HIV/AIDS, sífilis e infecção por Clamídia, baixa adesão ao uso de preservativos, experiências sexuais traumáticas e entre parceiros homo-afetivos. Além disso, a transmissão do homem para a mulher parece ocorrer mais facilmente do que a transmissão da mulher para o homem.

Apesar dessas evidências, foi demonstrado através de estudos que existe um baixo risco de transmissão sexual envolvendo casais monogâmicos (somente um parceiro). Além disso, a probabilidade de aumentar a transmissão intrafamiliar por compartilhamento de

material de higiene pessoal ou eventual exposição a sangue contaminado dificulta a interpretação dos estudos que avaliaram a transmissão sexual do HCV.

Transmissão vertical

As taxas de transmissão vertical (mãe para filho) do HCV variam entre 0% a 20%, com média aproximada de 5% na maioria dos estudos. Entre os fatores de risco para transmissão vertical estão inclusos: elevada carga viral da mãe, trabalho de parto prolongado, monitoração fetal interna e coinfeção HIV-HCV. Mães coinfectadas foram 3,8 vezes mais propensas a transmitir o HCV ao filho. Felizmente, o aleitamento materno parece não contribuir de modo importante para a transmissão do HCV.

FISIOPATOLOGIA

Ainda não foram elucidados os mecanismos responsáveis pela persistência da infecção pelo HCV. Além disso, a existência de quase-espécies e elevada capacidade mutagênica do vírus influenciam uma constante dificuldade na resposta imunológica desenvolvida pelo hospedeiro. Portanto, cerca de 85% dos pacientes infectados evoluem para a cronicidade. A infecção crônica pelo HCV evolui lentamente, em anos ou décadas, além de apresentar um amplo espectro clínico, desde formas assintomáticas com enzimas normais até a hepatite crônica intensamente ativa, cirrose e hepatocarcinoma. A extensa evolução da doença, juntamente com a alta carga viral, a falta de alterações enzimáticas e alterações histológicas mínimas ou ausentes, estabelecem dados clínicos antagônicos ao efeito citopático direto do HCV (STRAUSS, 2001).

Os linfócitos TCD4, como se sabe, apresentam respostas distintas Th1 e Th2. Enquanto as células Th1 secretam interleucina 2 e interferon gama estimulando a resposta anti-viral do hospedeiro, as células Th2 produzem interleucinas 4 e 10, que estimulam a formação de anticorpos e inibem a resposta Th1. O desequilíbrio entre as respostas Th1 e Th2 seria responsável tanto pela incapacidade de eliminação do VHC como pela maior ou menor gravidade da lesão hepática. Porém, não se conhecem os elementos que condicionam o desenvolvimento de um ou outro tipo de resposta imunológica (STRAUSS, p. 71, 2001).

Strauss (2001) descreve que o estudo das interações entre proteínas virais e proteínas do hospedeiro, mostra ser uma importante linha de pesquisa na investigação da patogenicidade do HCV. Algumas proteínas do HCV apresentariam capacidade de disparar um sinal desencadeando processos celulares como proliferação, diferenciação ou apoptose. Um recente estudo confirmou a importância da proteína X do HBV nesse processo, evidenciou ainda que a proteína do core do HCV possuiria o sinal mais vigoroso para iniciar as mudanças celulares. Juntamente com a presença do HCV em linfócitos e monócitos do sangue periférico, também foram detectadas faixas negativas de RNA-HCV em células hematopoiéticas, indicando local extra-hepático de replicação do HCV, provocando sua patogênese.

Em recente estudo descreveu-se que a proteína - CD81 se ligaria à fração E2 (envelope do vírus), cujo, funcionamento seria como um receptor, encontrado nos hepatócitos e nos linfócitos periféricos. Portanto, esse receptor poderia realizar a neutralização do HCV. A lesão hepatocelular ocorre devido às reações imunológicas que destroem a célula infectada. Este processo é extremamente variável e faz com que a reação necro-inflamatória do fígado tenha diferentes amplitudes. O processo inflamatório contínuo e insuficiente, com relação à eliminação total dos vírus, constitui o principal responsável pela fibrogênese. Porém, na ausência da correlação direta entre processo inflamatório e fibrogênese, outros fatores possivelmente estão envolvidos no desenvolvimento da fibrose hepática, que é o principal fator de avanço da doença. Alguns fatores relacionados ao vírus, como genótipo e carga viral, poderiam influenciar a evolução da hepatite crônica pelo HCV (STRAUSS, 2001).

Conforme estudo de Strauss (2001) o mais freqüente dos genótipos, o 1b, é reconhecido como aquele com pior resposta terapêutica. No entanto é discutível ser ele o causador de problemas hepáticos mais graves. Em alguns estudos, a princípio, este genótipo era associado com evolução mais freqüente para cirrose e hepatocarcinoma, ou seja, associava-se com pacientes idosos e com muito tempo de infecção. Contudo, estudos mais atuais mostraram que a distribuição dos diferentes genótipos pode ser similar em pacientes com enzimas séricas normais, comparados aos indivíduos com enzimas aumentadas.

Strauss (2001) descreve que o aumento da lesão hepática, causando transição da hepatite crônica para cirrose, possui relação com fatores do hospedeiro, sendo:

[...] sexo, idade, uso de álcool ou concomitância com outros vírus. O mais importante dos fatores do hospedeiro, entretanto, parece ser o seu estado imunológico. Assim, uma

resposta imunológica vigorosa pode eliminar o VHC em 15% dos indivíduos que entram em contato com ele, enquanto em pacientes crônicos, ou imunossuprimidos a doença evolui mais rapidamente para cirrose e hepatocarcinoma quando comparada aos imunocompetentes. Portanto, após transplantes hepáticos por cirrose com VHC, recomenda-se que a terapia imunossupressiva seja a menor possível (STRAUSS, p. 72, 2001).

A progressão da doença apresenta-se mais rapidamente no sexo masculino, portanto é aceitável que fatores hormonais e genéticos estejam associados na patogênese da hepatite pelo HCV. A idade do paciente também sugere um fator relevante, pois, aqueles que possuem idade superior a 40 anos, apresentam pior prognóstico. Outro indiscutível fator é o consumo de bebida alcoólica. Apesar de não serem bem esclarecidos, os mecanismos envolvem acréscimo de carga viral induzida pelo álcool, assim como lesões imunomediadas e hepatotóxicas (STRAUSS, 2001).

CONDUTAS PÓS-EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

Torna-se indicado o acompanhamento do profissional de saúde, quando ocorrer exposição ocupacional com paciente-fonte infectado pelo vírus da hepatite C e também nos casos com fonte desconhecida. O Ministério da Saúde (2005) preconiza:

Como o período de incubação da hepatite C dura em média 7 semanas (variando entre 2 a 24 semanas) e a grande maioria (> 75%) dos casos agudos é assintomática, é necessária a investigação laboratorial para o diagnóstico. Cerca de 70 a 85% dos casos de contaminação pelo HCV evoluem para doença crônica. (BRASIL, p. 33, 2005).

Segundo Ministério da Saúde (2005), considerando a ausência de vacinas para evitar a transmissão do HCV e diante de evidências que o tratamento da infecção aguda com antivirais poderia prevenir a evolução para doença crônica está recomendado principalmente nas exposições de alto risco com fonte positiva, a realização de exame de HCV RNA no 90º dia após a ocorrência da exposição. Este exame está indicado para o diagnóstico da infecção aguda e tratamento precoce desta, o qual deverá ser realizado antes de 120 dias da evolução, em Serviço Especializado.

TRATAMENTO

O tratamento do paciente portador de hepatite C tem como objetivo deter a progressão da doença hepática, inibindo a replicação do vírus. Esse tratamento é realizado tanto na fase aguda quanto na fase de crônica da doença (STRAUSS, 2001).

Na fase aguda são utilizadas medicações para prevenção de sintomas. Nesta fase o doente apresenta quadros de vômito e hipertermia, sendo necessário o uso de drogas para controlar esses episódios, estando atento ao potencial hepatotóxico das mesmas. Recomenda-se também repouso, devido à própria condição do paciente. A dieta deve ser rica em carboidratos, pobre em gorduras e a de preferência agradável ao paladar do doente. O uso de medicações específicas para a hepatite depende do genótipo do vírus e da contagem de plaquetas (BRASIL, 2005).

Na fase crônica são utilizados interferon e ribavirina. Essa terapêutica é capaz de prevenir a evolução da patologia para cirrose hepática ou carcinoma hepatocelular (BRASIL, 2005). Os interferons têm propriedade antiviral, antiproliferativa e imunomoduladora. A ribavirina é virustática, inibe o RNA viral e síntese de proteína (CAETANO, 2010).

Em casos de hepatite C do genótipo 1 é preconizado o uso do interferon peguilado (alfa 2^a 180 μ g/sem ou alfa 2b 1,5 μ g/kg/sem) durante 48 semanas, mais ribavirina (11-15 mg/kg/dia; 800-1.200 mg em 2 tomadas) durante 24 semanas. Porém se o vírus for do genótipo 2 ou 3 usa-se o interferon convencional (3 MUI 3x/sem) mais a ribavirina (11-15 mg/kg/dia; 800-1.200 mg em 2 tomadas) durante 24 semanas (BRASIL, 2005).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

De acordo com Nettina (2003), os principais cuidados de enfermagem aplicados ao paciente com hepatite C abrangem:

- Estimular refeições pequenas e frequentes, uma vez que o portador de hepatite tem seu apetite diminuído tanto pela própria patologia quanto pela reação ao interferon e ribavirina. Durante as refeições o paciente deve permanecer sentado para diminuir a pressão sobre o fígado;

-Incentivar a ingestão hídrica, já que o paciente tem como um dos principais sintomas, o vômito, o que pode desencadear uma desidratação;

- Promover períodos de repouso durante a fase sintomática, de acordo com o nível de fadiga do paciente, devido a presença constante de cansaço e fadiga nesse paciente;

- Fornecer o apoio emocional e as atividades de lazer, quando a recuperação e a convalescença são prolongadas;

- Educar o paciente sobre a doença e a transmissão dela, orientando sobre os sintomas e evolução da doença, além das formas de prevenção da transmissão;

- Monitorar e ensinar o paciente a monitorar e comunicar qualquer sinal de sangramento, pois o interferon causa diminuição das plaquetas, aumentando a incidência de episódios hemorrágicos. A interrupção da terapia é recomendada quando a contagem de plaquetas diminui para níveis inferiores a 25.000 células/mm³;

- Monitorar a contagem de neutrófilos, pois o paciente pode apresentar neutrofilia em decorrência do uso do interferon, o que pode facilitar o aparecimento de infecções;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente a hepatite C tem se mostrado uma das causas mais comuns de doença hepática crônica em um contexto mundial. Evidências sugerem que a maioria dos casos no Brasil esteja nos indivíduos com idade superior aos 50 anos. No entanto, com a importante diminuição da transmissão relacionada à transfusão de hemoderivados, o papel do compartilhamento de material contaminado por usuários de drogas injetáveis vem crescendo e pode ser responsável por um número significativo de casos, especialmente entre indivíduos mais jovens.

Portanto, concluímos que estudos com metodologia adequada, visando o conhecimento da prevalência da hepatite C, assim como os fatores de risco que influenciam a transmissão entre a população brasileira são necessários para que as medidas de controle e a alocação de recursos para combate à infecção pelo HCV sejam implantadas corretamente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde** – Secretaria de Vigilância em Saúde (Departamento de Vigilância Epidemiológica). **Hepatites Virais: O Brasil está atento**. 2ª ed. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 12/10/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinanet/hepatitesvirais/bases/hepabrnet.def>>. Acesso em: 12/10/2011.

CAETANO, Norival. **BPR Guia de Remédios**. 10 ed. São Paulo: Escala, 2010.

HEATHCOTE, J. et al. **Gerenciamento da Hepatite Viral Aguda**. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines. Dez. 2003. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/acute_viral_hepatitis_management_pt.pdf> Acesso em: 24/06/11.

MARTINS, Tatiana; NARCISO-SCHIAVON, Janaína L; SCHIAVON, Leonardo L. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Vol. 57, N. 1, p. 107-112, Tubarão, 2011.

NETTINA, Sandra M. Distúrbios Hepáticos, Biliares e Pancreáticos. In: **Brunner Prática de Enfermagem**. 7ª Ed, cap. 19, p. 615-641. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ano 2003.

SMELTZER, Suzanne C.; et al. Histórico e Cuidados aos Pacientes com Distúrbios Hepáticos. In: **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed., v. 3, cap. 39, p.1080-1257, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

STEVENS, Alan; LOWE, James; Fígado, vias biliares e pâncreas. In: **Patologia**. 2ª ed., cap 14, p. 273-304. Tamboré: Manole, 2002.

STRAUSS, Edna. Hepatite C. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. V. 34, N. 1, p. 69-82, São Paulo, 2001.