

Universidade Estadual Paulista – UNESP

Faculdade de Medicina de Botucatu

Departamento de Enfermagem

Rita de Cássia Laira Rodrigues

**Consultas de Enfermagem com Pacientes em Tratamento
para Hepatite C**

BOTUCATU

2010

Universidade Estadual Paulista – UNESP

Faculdade de Medicina de Botucatu

Departamento de Enfermagem

Rita de Cássia Laira Rodrigues

**Consultas de Enfermagem com pacientes em tratamento para
Hepatite C**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.
Orientadora: Profa. Dra. Claudia Helena Bronzatto Luppi

BOTUCATU

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Rodrigues, Rita de Cássia Laira.

Consultas de enfermagem com pacientes em tratamento para
hepatite C / Rita de Cássia Laira Rodrigues. - 2010

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem)
Faculdade de Medicina de Botucatu. - 2010

Orientador: Cláudia Helena Bronzatto Luppi.

Capes: 40405001

1. Enfermagem. 2. Hepatite C. 3. Doenças transmissíveis –
Enfermagem.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem; Hepatite C; Processo de
Enfermagem.

“Afinal, minha presença no mundo não é a de quem nele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da história.”
(Paulo Freire)

Aos meus familiares, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por mais esta vitória concedida:

“Ora àquele que é poderoso para fazer infinitamente mais do que tudo quanto pedimos ou pensamos, segundo o poder que em nós opera.” (Efésios 3,20)

Aos meus pais, Dulcinéia Laira Rodrigues e Carlos Rodrigues pelo apoio e incentivo.

À Profa. Dra. Cláudia Helena Bronzatto Luppi pela orientação cuidadosa em todas as fases do desenvolvimento deste trabalho.

À enfermeira Renata Cristina Macero pela disponibilidade concedida a minha formação profissional e pelo auxílio na realização deste trabalho.

Às enfermeiras Karen Menozzi, Liriane Garita e Natália Benedetti pela supervisão, paciência e ensinamentos durante o estágio supervisionado.

À enfermira Camila Wincler Baptista pela atenção, incentivo e sugestões.

Ao Dr. Giovanni Faria Silva e a toda a equipe do Ambulatório de Hepatites Virais pelas sugestões e contribuições para a realização deste trabalho.

Aos pacientes que participaram dessa pesquisa e a todos os outros que contribuíram para o meu aprendizado durante toda a graduação.

Às bibliotecarias Rosemeire Ap. Vicente pela ficha catalográfica e Luciana Pizzani pela revisão das referências.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem Agnaldo Rodrigues dos Santos e Fernando de Oliveira pela assessoria de informática.

Às minhas amigas Ana Paula Bolgue, Bruna Nogueira e Mariana Porfírio e demais colegas de turma pelo companheirismo, apoio e valiosas sugestões.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho, meu muito obrigada!

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	17
3	CASUÍSTICA E MÉTODO.....	18
4	RESULTADOS.....	19
5	DISCUSSÃO.....	29
6	CONCLUSÕES.....	36
7	REFERÊNCIAS.....	38
8	ANEXOS.....	42

RESUMO

Introdução: A infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) é um problema mundial de saúde pública e a OMS estima 2,5% a 4,9% de infectados por esse vírus entre a população brasileira. Isso significa que há 3,9 a 7,6 milhões de pessoas com risco de desenvolver cirrose ou hepatocarcinoma. No Brasil, 20% a 58% dos pacientes com hepatopatia crônica têm anticorpos contra o VHC (anti-VHC). **Objetivos:** caracterizar o perfil dos pacientes em tratamento para hepatite C no Ambulatório Geral do HC-FMB/UNESP, identificar aspectos relativos à doença e as fases do Processo de Enfermagem abordadas durante a consulta. **Casuística e Método:** estudo descritivo e transversal, envolvendo 38 pacientes em tratamento para Hepatite C, no Ambulatório Geral (Área Hepatites Virais), no período de julho a setembro de 2010. **Resultados:** A população foi composta de 38 pacientes, sendo a maior parte do sexo masculino, com grau de escolaridade superior completo, católicos, casados e com idade predominante entre 41 a 60 anos. Entre as medicações utilizadas, encontramos o uso de anti-hipertensivo, antidepressivo/ansiolítico e antidiabético/hipoglicemiante. Com relação às medicações utilizadas no tratamento específico da hepatite C, constatamos o uso principalmente de alfapeguinterferona 2b + ribavirina. As medicações complementares utilizadas foram eritropoetina e filgrastim. Houve predomínio do grau de fibrose 2 (F2) e do genótipo 1 (g1). Em relação ao meio de contaminação, destacou-se transfusão sanguínea e uso de droga injetável. As reações medicamentosas mais encontradas foram diminuição do apetite, emagrecimento e desânimo. **Conclusões:** O Processo de Enfermagem é considerado um instrumento valioso no cuidado dos pacientes com hepatite C, pois trabalha aspectos como a identificação do estilo de vida, necessidades e potencialidades desses pacientes e permite a implantação de estratégias assistenciais humanizadas visando à diminuição dos agravos à saúde e a melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: Hepatite C, Consulta de Enfermagem, Processo de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Infection with hepatitis C virus (HCV) is a worldwide problem of public health and who estimates 2.5% to 4.9% of infection by this virus among the population. This means that there are 3.9 to 7.6 million people at risk of developing cirrhosis or liver cancer. In Brazil, 20% to 58% of patients with chronic liver disease have antibodies to HCV (anti-HCV). **Objectives:** To characterize the profile of patients undergoing treatment for hepatitis C in the Ambulatory General HC-FMB/UNESP, identify aspects of the disease and the phases of nursing process addressed during consultation. **Patients and Method:** transverse and descriptive study involving 38 patients undergoing treatment for Hepatitis C in Ambulatory General Area (Viral Hepatitis) in the period from July to September 2010. **Results:** The population consisted of 38 patients, most of the males with completed higher education level, Catholic, married and aged predominantly between 41 and 60 years. Among the drugs used, we find the use of antihypertensive, antidepressant / anxiolytic and antidiabetic / hypoglycemic. With respect to specific medications used to treat hepatitis C, we found the use mainly of alfapeguinterferona 2b + ribavirin. The drugs used were complementary erythropoietin and filgastrim. There was a predominance of fibrosis 2 (F2) and genotype 1 (G1). Regarding the means of contamination, it was stressed blood transfusion and injection drug use. The most frequent drug reactions were decreased appetite, weight loss and discouragement. **Conclusions:** The Nursing Process is considered a valuable tool in caring for patients with hepatitis C, because it works as identifying aspects of lifestyle, needs and potential of these patients and allows the deployment of humanized care strategies aimed at reduction of health hazards and improving the quality of life of these patients.

Key words: Hepatitis C, Nursing Consultation, Nursing process.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Consulta de enfermagem: um breve histórico

A consulta de enfermagem surgiu, de fato, em nosso país, na década de sessenta e foi legalizada em 25 de junho de 1986 pela Lei n.º 7.498/86, que regulamentou o exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução COFEN/159, estabeleceu, em 1993, a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde tanto em instituição pública como privada ⁽¹⁾. Entretanto, essa atividade já existia desde a década de 20 denominada de consulta “pós-clínica”, sendo um complemento da consulta médica e passou por várias fases até a sua legalização ⁽²⁾.

A primeira fase ocorreu em 1923, com a criação da Escola Ana Néri. Nesse momento, a enfermeira de Saúde Pública passou a ter grande valor, prestando assistência aos pacientes tanto nos centros de saúde como em domicílios. Nessa fase, foi de extrema importância o apoio dos médicos brasileiros como, Carlos Chagas e Clementino Fraga, e das enfermeiras americanas, responsáveis pela implantação da consulta de enfermagem no Brasil ⁽²⁾.

A segunda fase foi marcada por um período de transição e declínio, durante o qual foram criados os Ministérios da Educação e da Saúde e regulamentou-se o exercício da profissão de enfermagem. Em 1938, as enfermeiras conseguiram adquirir a organização dos serviços de Saúde Pública, nos Estados, a qual foi suspensa no ano posterior. Com isso, a enfermagem perdeu espaço na atuação direta ao paciente e passou a ter apenas funções normativas. Apesar dessa instabilidade, que se estendeu até a Segunda Guerra Mundial, aumentava-se o número de candidatas à Escola Ana Néri ⁽²⁾.

Após a Grande Guerra, iniciou-se a terceira fase, caracterizada pela aquisição de uma imagem mais positiva para as atividades de enfermagem, com a criação e aperfeiçoamento de escolas de enfermagem e do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Nos hospitais da rede privada, a enfermeira se colocava de modo sutil, enquanto na rede pública os profissionais lutavam por maior espaço ⁽²⁾.

A quarta fase iniciou-se em 1956, trazendo perspectivas melhores para a profissão de enfermagem. Nesse período, surgiram as primeiras pesquisas na área, realização de congressos abordando pesquisas, reformas do ensino das escolas de enfermagem e participação da enfermeira nas equipes de planejamento de saúde ⁽²⁾.

Na década de 70, Horta compõe o Processo de Enfermagem, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e coloca que a enfermagem passa da *“fase empírica para a científica, desenvolvendo teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se uma ciência independente”*. Segundo a autora, a consulta de enfermagem se faz por meio da aplicação do Processo de Enfermagem, dentro do contexto de prestação da assistência de enfermagem ao indivíduo aparentemente sadio ou doente. O processo é definido como uma dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, podendo ser aplicado individualmente, na família ou comunidade; distingue-se em seis fases: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico ⁽³⁾.

A partir daí, o trabalho da enfermagem foi adquirindo, cada vez mais, importância e reconhecimento e, a consolidação na área da saúde pública foi um fator relevante para a implantação da Consulta de Enfermagem no país ⁽²⁾.

1.2 Definições e Importância da Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem é um instrumento valioso para a promoção da saúde e bem-estar do cliente e pode ser definida como atividade exclusiva do enfermeiro que utiliza componentes do método científico a fim de identificar situação de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade ^(4,5).

Cabe ressaltar alguns aspectos importantes e fundamentais para a realização da Consulta de Enfermagem: 1) Comunicação: competência que usada de modo terapêutico vai permitir ao enfermeiro atender o paciente em todas as suas dimensões; 2) Necessidade de capacitação dos profissionais e de formalizar a atividade na instituição como integrante das ações do sistema de prestação de serviços de saúde e a adequação das normas de atendimento; 3) Condições materiais e físicas adequadas, que propiciem a interação enfermeira/paciente, na qual se respeite a privacidade do paciente, sem interrupções de terceiros que possam prejudicar o elo da comunicação que se está estabelecendo; 4) Necessidade de mensurar o custo para a sua realização, visando auxiliar o planejamento de recursos a serem utilizados; 5) Proporcionar ao paciente uma participação ativa no seu atendimento, ouvindo-o com interesse, disposição e favorecendo a sua liberdade de expressão verbal, a fim de planejar uma assistência de enfermagem individualizada; 6) Demonstração de interesse do enfermeiro(a) pelo paciente e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade; 7) Reconhecimento das condições de vida do cliente para estabelecer um plano de assistência viável; 8) Importância dos registros referentes ao paciente para que toda a equipe tenha acesso às informações colhidas

pelo(a) enfermeiro(a) ^(4,6-9).

Para que o enfermeiro conheça o paciente e cultive sua confiança é imprescindível o diálogo constante entre ambos a fim de estabelecer um relacionamento que favoreça a diminuição da ansiedade do doente, pois o fato de estar fisicamente debilitado, com o sistema imunológico provavelmente comprometido e com sua rotina modificada faz com que ele se sinta mais frágil e solitário. A atenção que o paciente recebe no local em que está sendo atendido contribui para a melhora no seu estado, fazendo-o perceber que a comunicação pode contribuir no seu processo de restabelecimento ⁽¹⁰⁾.

A consulta de enfermagem passou por um processo importante de evolução, representando uma conquista significativa para os profissionais dessa área. É um instrumento valioso para o cuidado do paciente, já que permite a identificação de problemas e a implementação de ações para promoção, prevenção proteção da saúde e reabilitação do cliente de modo integrado e individualizado. Considerando a importância dessa atividade, este trabalho busca fazer um levantamento das Consultas de Enfermagem com pacientes em tratamento para hepatite C, no Ambulatório Geral do Hospital das Clínicas de Botucatu e identificar os aspectos principais abordados pelo profissional durante a realização da mesma.

1.3 Hepatite C

A infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) é um problema mundial de saúde pública. Estima-se, através de dados da Organização Mundial de Saúde, que 2,5% a 4,9% da população brasileira esteja infectada por esse vírus. Isso significa que há 3,9 a 7,6 milhões de pessoas com risco de desenvolver cirrose ou hepatocarcinoma. Outro dado importante é que, no Brasil, 20% a 58% dos pacientes com hepatopatia crônica

têm anticorpos contra o VHC (anti-VHC) ⁽¹¹⁾.

Os fatores de risco associados à infecção são transfusão de sangue ou seus componentes antes da introdução da pesquisa do anti-VHC, o uso de drogas injetáveis, procedimentos odontológicos ou médicos, tatuagem, acupuntura, promiscuidade e acidentes de punção ⁽¹¹⁻¹³⁾.

O vírus da hepatite C não gera uma resposta imunológica adequada no organismo, fazendo com que a doença aguda seja assintomática na maioria dos casos. Com isso, o diagnóstico torna-se mais difícil na fase aguda, contribuindo para a cronificação da doença ⁽¹⁴⁾.

O diagnóstico da hepatite C é baseado em métodos sorológicos e em técnicas de biologia molecular. A sorologia anti-HVC é o método mais utilizado para identificar a infecção. Existem dois tipos de testes sorológicos, um deles utiliza a técnica ELISA, de alta sensibilidade, usados no rastreamento da infecção; o outro emprega a técnica Imunoblot (RIBA), de maior especificidade, denominados por isso suplementares ou confirmatórios. Em relação às técnicas de biologia molecular, existe um teste que possibilita a detecção do RNA do vírus C (PCR qualitativo), sendo útil para estabelecer o diagnóstico de infecção em situações específicas, como na fase inicial da infecção, em pacientes imunossuprimidos ou com baixa probabilidade de estarem infectados. Outros testes de biologia molecular possibilitam determinar a carga viral (PCR quantitativo) e o genótipo do vírus (genotipagem). A determinação da carga viral e do genótipo do vírus C serve para definir a duração do tratamento da hepatite crônica. No Brasil, pode-se encontrar os genótipos 1, 2 e 3. Para os genótipos 2 e 3 a dose da medicação e o tempo de tratamento são menores do que os recomendados para o genótipo 1 ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A biópsia é considerada a técnica mais precisa para se determinar o grau de inflamação e fibrose hepática, além de ajudar na escolha da melhor opção terapêutica

(14-15).

O tratamento para a hepatite C tem objetivo de deter a progressão da doença hepática através da inibição da replicação viral. Atualmente a terapia medicamentosa consiste na associação do interferon-alfa à ribavirina ⁽²⁾. Os interferons pertencem à família das citocinas e são responsáveis por modular a atividade de muitos componentes do sistema imunológico, aumentando a capacidade do organismo de combater agentes infecciosos ⁽⁶⁾. A ribavirina é um análogo sintético da guanosina com efeito virostático. Possui ação direta contra vírus RNA e DNA, por provável mecanismo de inibição da DNA polimerase vírus-dependente ^(14,16). Existem vários estudos que afirmam que fatores como sexo feminino, idade inferior a 40 anos, fibrose leve ou ausência de fibrose, genótipos 2 ou 3 e carga viral menor que 3,5 milhões de cópias/mL estão relacionados a melhor resposta ao tratamento ⁽¹⁶⁾.

Recentemente, foram desenvolvidos novos interferons, chamados peguilados, os quais são metabolizados mais lentamente, devido à adição de uma cadeia de polietileno glicol a suas moléculas ^(14,16). Graças a isso, o interferon peguilado pode ser administrado por via subcutânea apenas uma vez por semana e é capaz de manter um nível no sangue contínuo mais adequado que as três administrações semanais do interferon comum ⁽¹⁴⁾.

O tratamento combinado com interferon-alfa e ribavirina possui indicações e contra-indicações específicas, pois apresenta inúmeros efeitos colaterais, tais como: febre, artralgias, mialgias, cefaléia, neutropenia, leucopenia, anemia, enjôo, náusea, diarreia, desânimo, irritabilidade, depressão, tendência suicida, hiper ou hipotireoidismo, queda de cabelo, perda de apetite, emagrecimento, alergia cutânea, tosse, dispnéia, entre outras. Sendo assim, os pacientes em tratamento devem ser acompanhados freqüentemente. São necessários exames laboratoriais a cada 1-2

semanas durante os primeiros 2 meses e depois a cada 4-8 semanas. Dosagens periódicas de hormônios tireoidianos são necessárias ^(12,14).

A dosagem do vírus, pelo método de PCR, é realizada antes, ao final do tratamento e 3 meses após o fim, para avaliar a presença de resposta virológica sustentada (ausência persistente do vírus circulante no sangue) ⁽¹⁴⁾.

2 OBJETIVOS

Geral: estabelecer perfil das consultas de enfermagem realizadas por enfermeiros no atendimento a pacientes em tratamento para hepatite C no Ambulatório Geral do Hospital das Clínicas da FMB/UNESP.

Específicos:

- Caracterizar o perfil dos pacientes atendidos em tratamento para hepatite C no Ambulatório Geral do HC-FMB/UNESP;
- Identificar aspectos relativos à doença;
- Identificar as fases do Processo de Enfermagem abordadas durante a consulta.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo e transversal no Ambulatório Geral do Hospital das Clínicas da FMB/UNESP – Área: Hepatites Virais, no período de julho de 2010 a setembro de 2010. Atualmente, aproximadamente 160 pacientes estão em tratamento para hepatite C com Interferon Peguilado e Ribavirina neste ambulatório. Destes, 38 fizeram parte do estudo. A coleta de dados foi realizada por meio de dois formulários: o formulário institucional utilizado pelos enfermeiros nas consultas de enfermagem (Anexo 1) e outro elaborado pela pesquisadora (Anexo2), que foram aplicados semanalmente, às quintas-feiras, no período da manhã . Os pacientes foram informados sobre o estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3).

Os dados coletados foram analisados e expressos por meio de frequências absolutas e/ou relativas e em porcentagens totais.

Este estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 03 de maio de 2010 (Ofício 117/2010), sob o Protocolo 3524-2010.

4 RESULTADOS

Foram realizadas 38 Consultas de Enfermagem com pacientes distintos. Em relação aos dados sociodemográficos, houve predomínio de pacientes do sexo masculino, com grau de escolaridade superior completo, católicos, casados e com idade entre 41 a 60 anos. Estes resultados podem ser observados na Tab. 1.

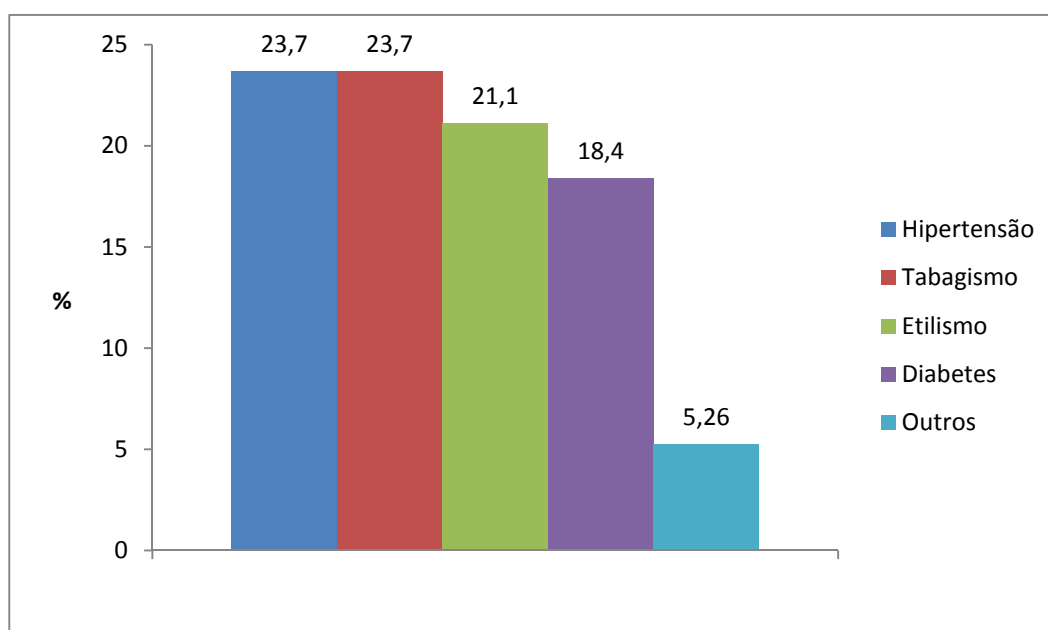
Tabela 1- Distribuição dos pacientes em tratamento para hepatite C no Ambulatório de hepatites virais - HC Botucatu, segundo características sociodemográficas, no período de julho a setembro de 2010.

Variável	Frequência	%
Gênero		
Masculino	28	73,7
Feminino	10	26,3
Escolaridade		
1 ^o grau incompleto	03	7,9
1 ^o grau completo	03	7,9
2 ^o grau incompleto	06	15,8
2 ^o grau completo	09	23,7
Superior incompleto	03	7,9
Superior completo	14	36,8
Religião		
Católico	31	81,6
Evangélico	06	15,8
Não tem	01	2,6
Estado Civil		
Casado	24	63,2
Solteiro	05	13,2
Divorciado	04	10,5
Viúvo	05	13,2
Idade		
Menor de 20 anos	00	00
20 a 40 anos	04	10,5
41 a 60 anos	27	71,1
Mais de 60 anos	07	18,4

Antecedentes Clínicos

Dentre os antecedentes clínicos descritos no impresso de enfermagem utilizado (Anexo 1) foram encontrados hipertensão (23,7%), diabetes (15,8%), tabagismo (23,7%) e etilismo (21,1%). Em relação ao tabagismo, dos 23,7% encontrados 18,4% eram ex-tabagistas. Quanto ao etilismo, dos 21,1% encontrados todos eram ex-etilistas. Além destes, foram encontrados outros antecedes clínicos totalizando 5,26%. Os outros antecedentes encontrados foram hipotireoidismo (2,6%) e nefrite (2,6%). (Fig. 1)

Figura 1 – Ilustração dos pacientes em tratamento para hepatite C no Ambulatório de hepatites virais – HC Botucatu, segundo antecedentes clínicos, no período de julho a setembro de 2010.



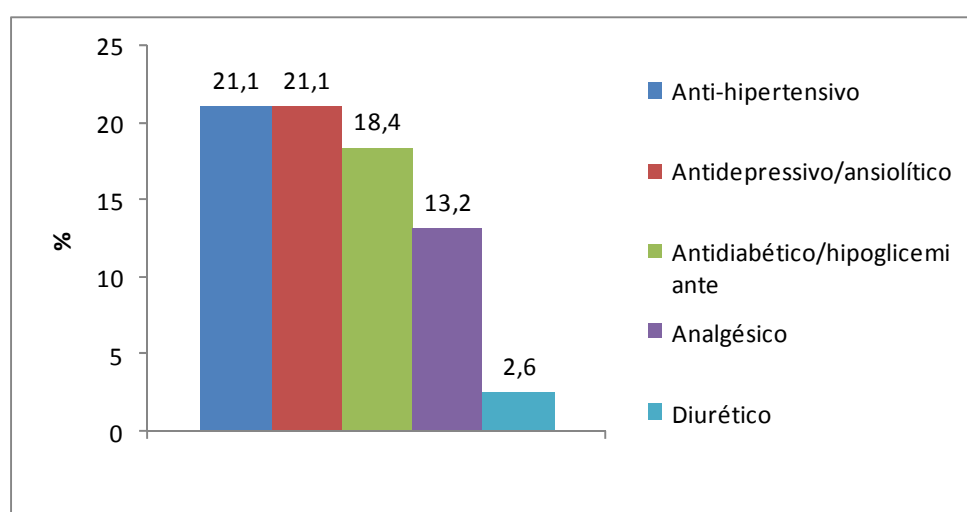
Medicação em uso

Medicações não utilizadas no tratamento da hepatite C

Dentre as medicações utilizadas rotineiramente pelos pacientes, que não fazem parte do esquema terapêutico para hepatite C, foram citadas: anti-hipertensivos (21,1%),

diuréticos (2,6%), hipoglicemiantes/anti-diabéticos (18,4%), analgésicos (13,2%) e antidepressivos/ansiolíticos (21,1%). (Fig. 2)

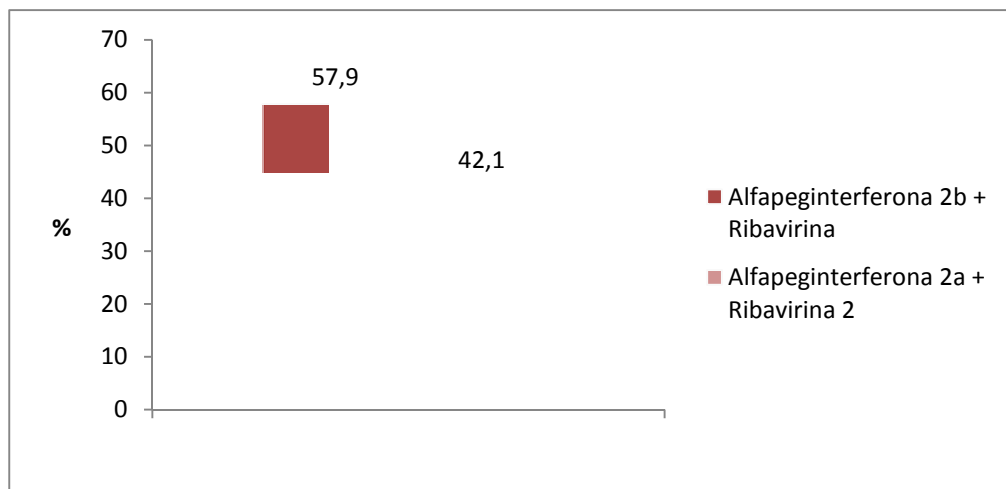
Figura 2- Ilustração dos pacientes em tratamento para hepatite C no Ambulatório de hepatites virais – HC Botucatu, no período de julho a setembro de 2010, segundo medicações em uso que não fazem parte do tratamento de hepatite C, no período de julho a setembro de 2010.



Medicação utilizada no tratamento da hepatite C

Em relação às medicações que fazem parte do esquema terapêutico para hepatite C, 57,9% dos pacientes utilizavam Alfapeginterferona 2b + Ribavirina e 42,1% utilizavam Alfapeginterferona 2a + Ribavirina. (Fig. 3)

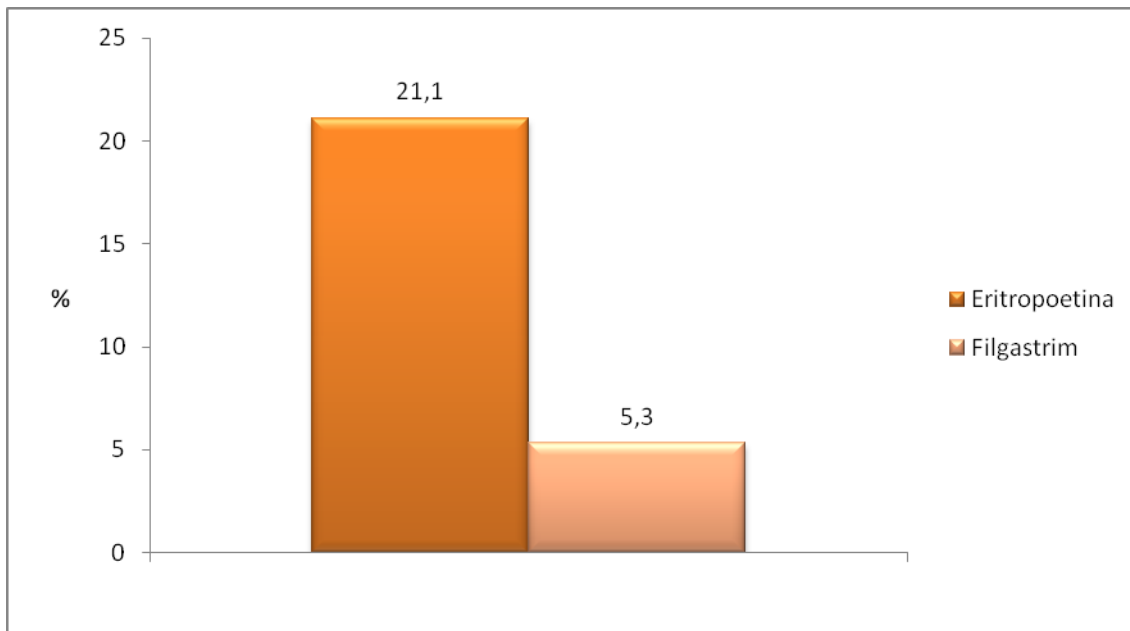
Figura 3- Ilustração dos pacientes em tratamento para hepatite C no Ambulatório de hepatites virais – HC Botucatu, segundo medicações em uso para hepatite C, no período de julho a setembro de 2010.



Medicação Complementar

Como a medicação utilizada no tratamento da hepatite C, combinação do interferon-alfa com ribavirina, pode causar efeitos colaterais como anemia hemolítica e leucopenia, algumas medicações são utilizadas para tentar reverter tais efeitos colaterais. A eritropoetina é utilizada para estimular a produção de glóbulos vermelhos e o filgastrim é utilizado para estimular a produção de glóbulos brancos. Dentre os pacientes entrevistados, 21,1% faziam uso de eritropoetina e 5,3% faziam uso de filgastrim. (Fig. 4)

Figura 4- Ilustração dos pacientes em tratamento para hepatite C no Ambulatório de hepatites virais – HC Botucatu, segundo uso de medicações complementares, no período de julho a setembro de 2010.

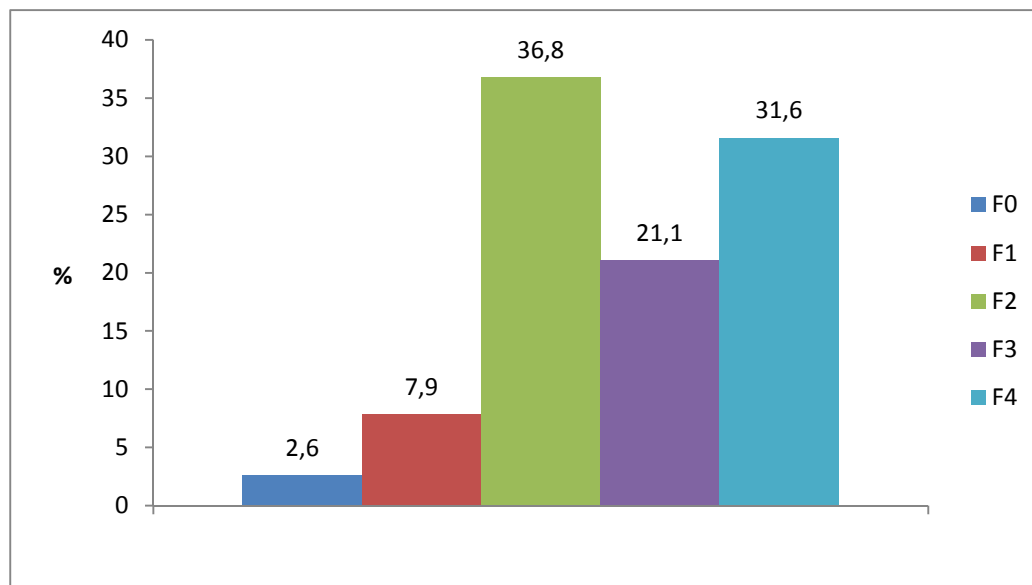


Grau de fibrose hepática

A fibrose hepática (cicatrizes) é resultado das lesões provocadas pelo vírus da hepatite C no fígado. Quanto maior o grau de fibrose, maior o comprometimento deste órgão.

Em relação ao grau de fibrose hepática, 2,6% dos pacientes apresentavam ausência de fibrose (F0), 7,9% grau de fibrose 1 (F1), 36,8% grau de fibrose 2 (F2), 21,1% grau de fibrose 3 (F3) e 31,6% grau de fibrose 4 (F4). (Fig. 05)

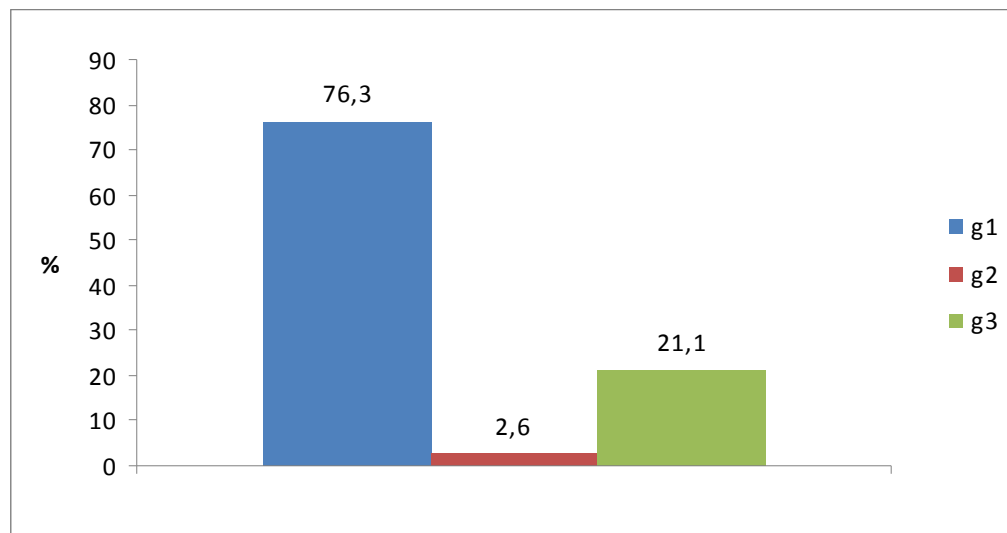
Figura 5- Ilustração dos pacientes em tratamento para hepatite C no Ambulatório de hepatites virais - HC Botucatu, segundo grau de fibrose hepática, no período de julho a setembro de 2010.



Genótipo do vírus

Em relação ao genótipo viral, 76,3% apresentavam genótipo 1 (g1), 2,6% genótipo 2 (g2) e 21,1% genótipo 3 (g3). (Fig. 06)

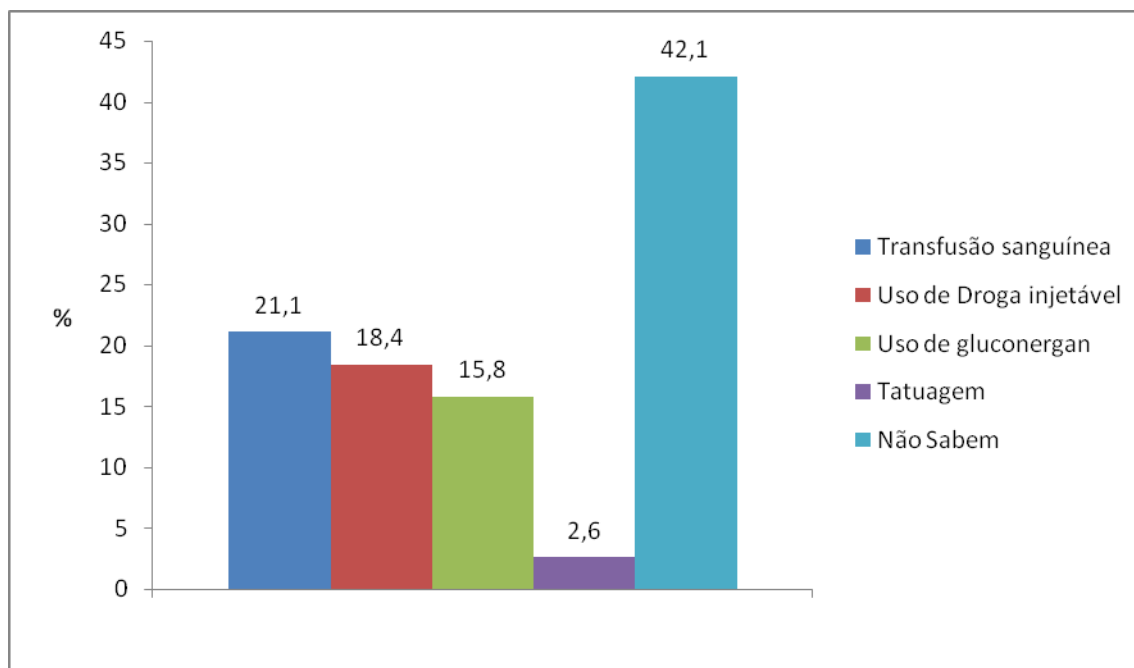
Figura 6- Ilustração dos pacientes em tratamento para hepatite C no Ambulatório de hepatites virais - HC Botucatu, segundo genótipo do vírus, no período de julho a setembro de 2010.



Meio de contaminação

Os meios de contaminação referidos pelos pacientes foram transfusão sanguínea (21,1%), uso de droga injetável (18,4%), uso de gluconergan- energético injetável (15,8%), tatuagem (2,6%). Entre os 38 pacientes entrevistados, 42,1% não sabiam o meio de contaminação. (Fig. 07)

Figura 7- Ilustração dos pacientes em tratamento para hepatite C no Ambulatório de hepatites virais HC - Botucatu, segundo meio de contaminação, no período de julho a setembro de 2010.



Reações medicamentosas

A combinação entre o interferon-alfa e a ribavirina pode provocar várias reações medicamentosas. Dos 38 pacientes entrevistados, 36 (94,7%) apresentaram reações medicamentosas, tais como: cefaléia (31,6%), enjôo (28,9%), desânimo (63,2%), irritação (36,8%), depressão (15,8%), calafrio (18,4%), febre (26,3%), mialgia (15,8%), artralgia (7,9%), queda de cabelo (5,3%), insônia (2,6%), diminuição do apetite (73,7%), emagrecimento (71,1%), leucopenia (5,3%), anemia (39,5%), irritação da pele (5,3%), diminuição da concentração (5,3%), prurido (7,8%) e plaquetopenia (2,6%). Outras reações como dor gástrica (2,6%), edema (2,6%), hipotireoidismo (2,6%) e tremores (2,6%) também foram citadas. (Tab. 2)

Tabela 02- Distribuição dos pacientes em tratamento para hepatite C no Ambulatório de hepatites virais - HC Botucatu, segundo reações medicamentosas, no período de julho a setembro de 2010.

Variáveis	Frequência	%
Diminuição do apetite	28	73,7
Emagrecimento	27	71,1
Desânimo	24	63,2
Anemia	15	39,5
Irritação	14	36,8
Cefaléia	12	31,6
Enjôo	11	28,9
Febre	10	26,3
Calafrio	07	18,4
Depressão	06	15,8
Mialgia	06	15,8
Artralgia	03	7,9
Prurido	03	7,9
Queda de cabelo	02	5,3
Diminuição da concentração	02	5,3
Irritação da pele	02	5,3
Leucopenia	02	5,3
Insônia	01	2,6
Plaquetopenia	01	2,6
Outras	04	10,4

Processo de Enfermagem

A consulta de enfermagem foi realizada com os 38 (100%) pacientes que participaram desta pesquisa. Considerando as fases do processo, este estudo levantou aspectos relacionados ao histórico de enfermagem (entrevista), diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem.

Os dados levantados no histórico foram a data de nascimento, estado civil, escolaridade, religião, antecedentes clínicos e uso de medicamentos, apresentados na tabela 1 e nas figuras 1, 2, 3, e 4. O exame físico não foi realizado em função da alta demanda de pacientes.

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, foi identificado risco para nutrição desequilibrada em 71,1% dos pacientes devido à diminuição do apetite e queda brusca de peso e risco para infecção em 100% dos pacientes pelo fato da medicação poder causar diminuição dos leucócitos. Outro diagnóstico identificado foi ansiedade em 100% dos pacientes devido à doença, ao tratamento e à resposta terapêutica.

As prescrições se traduziram por orientações sobre a alimentação, medidas de higiene, bem como, estratégias para prevenir infecções.

A evolução de enfermagem se constituiu basicamente da descrição do estado geral do paciente, dos aspectos relativos à doença (grau de fibrose, genótipo do vírus, meio de contaminação e reações medicamentosas), dos problemas identificados e das intervenções realizadas. O registro progressivo da evolução não foi efetuado pela impossibilidade de se avaliar as mudanças e resultados ocorridos, pois em se tratando de atendimento ambulatorial, os pacientes recebem a medicação para hepatite C e retornam para casa.

5 DISCUSSÃO

A análise dos dados mostrou que houve predomínio de pacientes do sexo masculino (73,7%), com grau de escolaridade superior completo (36,8%), seguido do fundamental completo (23,7%). Também encontramos 81,6% de católicos e 63,2% de casados. A faixa etária predominante esteve presente entre 41 a 60 anos (71,1%).

Acra et al. ⁽¹⁶⁾, em estudo realizado no Paraná em 2004, também encontraram 72,4% de pacientes do sexo masculino e com idade superior que 40 anos. Já Alves et al. ⁽¹¹⁾ não observaram grande diferença, com relação ao gênero, entre os portadores de hepatite C, uma vez que 49,5% eram do sexo feminino e 50,5% do sexo masculino. A faixa etária encontrada pelos autores, neste estudo do Rio Grande do Sul em 2003, também foi superior aos 40 anos (71,7%).

Quanto aos antecedentes clínicos, detectamos hipertensão em 23,7%, tabagismo 23,7%, etilismo 21,1% e diabetes 18,4%.

Strauss ⁽¹²⁾ afirma que o diabetes mellitus pode piorar durante o uso do interferon, portanto o controle sistemático dessa patologia para a utilização do medicamento torna-se fundamental. Desta forma, o monitoramento do diabetes é imprescindível durante todo o processo terapêutico da hepatite C.

As medicações em uso pelos pacientes estudados foram divididas em 3 grupos: 1) medicações que não fazem parte do tratamento da hepatite C; 2) medicações utilizadas no tratamento da hepatite C; 3) medicação complementar.

Em relação ao primeiro grupo, as medicações prevalentes foram: anti-hipertensivos (21,1%), antidepressivos/ansiolíticos (21,1%), antidiabéticos/hipoglicemiantes (18,4%) e analgésicos (13,2%).

No grupo de medicações utilizadas no tratamento da hepatite C, 57,9% dos pacientes utilizavam Alfapeginterferona 2b + Ribavirina e 42,1% utilizavam

Alfapeginterferona 2a + Ribavirina. Segundo Strauss, em termos de eficácia terapêutica, há equivalência entre os tipos 2b e 2a ⁽¹²⁾

As alfapeginterferonas fazem parte de uma nova modalidade de interferon, produzidas a partir da associação da molécula polietilenoglicol ao interferon. Elas possuem absorção e eliminação mais lentas do que os interferons tradicionais e podem ser administradas por via subcutânea apenas uma vez por semana. Possuem melhores resultados e uma discreta menor incidência de efeitos colaterais. ⁽¹⁴⁾

Silva et al. ⁽¹⁷⁾ afirmam que a combinação entre o interferon peguilado (alfapeginterferona) e ribavirina é considerada, atualmente, o melhor tratamento para a infecção crônica de HCV. Esta combinação resulta em uma resposta virológica sustentada em 54% a 63% dos pacientes.

No terceiro grupo de medicações, encontramos o uso de eritropoetina (21,1%) e de filgastrim (5,3%). De acordo com Coelho ⁽¹⁸⁾, o uso do interferon peguilado (alfapeginterferona) associado à ribavirina tem como efeitos colaterais, dentre outros, leucopenia e anemia hemolítica. Esses medicamentos são utilizados para tentar reverter tais efeitos colaterais. A eritropoetina é utilizada para estimular a produção de glóbulos vermelhos e o filgastrim para estimular a produção de glóbulos brancos.

O vírus da hepatite C tem um forte tropismo pelos hepatócitos. Após a infecção, o vírus se instala no fígado e começa a destruir as células hepáticas. Devido à repetição dos danos nessas células, formam-se pequenas cicatrizes (fibrose) que aumentam com o decorrer do tempo e comprometem o funcionamento do fígado.

A classificação feita pela Sociedade Brasileira de Patologia, em relação ao grau de fibrose, é a seguinte: F0 = sem fibrose, F1 = fibrose portal sem septos; F2 = expansão fibrosa com septos raros; F3 = formação de alguns nódulos com numerosos septos, mas com preservação parcial da arquitetura hepática, F4= cirrose. ⁽¹⁹⁾

Neste estudo, detectamos fibrose grau 2 (F2) em 36,2% dos pacientes, grau 4 (F4) em 31,6% , grau 3 (F3) em 21,1%, grau 1 (F1) em 7,9% e ausência de fibrose (F0) em 2,6%.

No estudo feito por Silva ⁽²⁰⁾, houve predomínio de pacientes com fibrose grau 1 (56,4%), seguido por grau 2 (17,9%), grau 3 (10,3%), grau 4 (9%) e por fim grau 0 (6,4%). Portanto, houve diferença entre os dois estudos na distribuição dos pacientes quanto ao grau de fibrose.

O vírus da hepatite C pertence ao gênero *Hepacivirus* da família *Flaviridae*, e seu genoma é constituído por uma fita simples de RNA. Há uma grande variedade na sequência genômica do HCV. Os diferentes genótipos são divididos em seis grupos principais e em vários subtipos. A distribuição dos genótipos varia conforme a região. No Brasil, os mais frequentes são 1, 2 e 3. ⁽¹³⁾

Quanto a distribuição dos pacientes em relação ao genótipo do vírus, 76,3% apresentaram genótipo 1 (g1), 21,1% genótipo 3 (g3) e 2,6% genótipo 2 (g2).

No estudo feito por Silva & Pinho ⁽²¹⁾ também houve predomínio de pacientes com genótipo 1 (62,1%), seguido pelo genótipo 3 (33,9%) e pelo 2 (3,2%).

Nos estudos feito por Acras et al ⁽¹⁶⁾, Silva ⁽²⁰⁾ e pelo projeto VigiVírus ⁽²²⁾, também houve predomínio do genótipo 1.

Já no estudo feito por Alves et al., ⁽¹¹⁾ no Rio Grande do Sul, o genótipo mais prevalente foi o 3 (53,7%). O genótipo 1 apareceu em 41,3% dos casos, sendo o segundo mais prevalente.

Os fatores de risco associados à infecção pelo HCV são: transfusão sanguínea antes de 1992, uso de drogas intravenosas, tatuagens, piercings, transplantes, hemodiálise e vida sexual promíscua. ⁽¹³⁾

Em relação ao meio de contaminação, 21,1% dos pacientes referiram que foram

infectados através de transfusão sanguínea, 18,4% pelo uso de droga injetável, 15,8% pelo uso de gluconergan (energético injetável), 2,6% através de tatuagem e 42,1% não souberam definir o meio de contaminação.

Alvariz ⁽²³⁾ descreveu, em seu estudo com pacientes com positividade do anti-HCV, uma prevalência de 44,8% dos pacientes infectados por transfusão de hemoderivados, 4,5% por drogas EV e 47% dos pacientes infectados por via ignorada.

Conte ⁽²⁴⁾ afirmou, em seu estudo, que as duas fontes de contaminação mais frequentes são a toxicomania endovenosa e a administração de produtos de origem sanguínea. Sendo que esta última foi praticamente eliminada a partir de 1991 devido a introdução dos testes ELISA 2 na seleção aprimorada de doadores de sangue. Ainda de acordo com ele, a transmissão sexual e vertical mãe-criança são raras.

Vários efeitos colaterais podem aparecer durante o tratamento com interferon e ribavirina. Em relação ao interferon, os efeitos mais comuns são: alopecia, alterações neuropsíquicas, fadiga, anorexia, problemas auto-imunes, hipo/hipertireoidismo, leucopenia, manifestações cutâneas (pele seca, prurido), neuropatia, retinopatia, sintomas gripais e plaquetopenia. Os efeitos colaterais relacionados à ribavirina são: anemia hemolítica, hiperuricemia, prurido, teratogenicidade, tosse e alterações digestivas. ⁽²⁵⁾

Dos 38 pacientes estudados, 36 (94,7%) apresentaram reações medicamentosas, tais como: cefaléia (31,6%), enjôo (28,9%), desânimo (63,2%), irritação (36,8%), depressão (15,8%), calafrio (18,4%), febre (26,3%), mialgia (15,8%), artralgia (7,9%), queda de cabelo (5,3%), insônia (2,6%), diminuição do apetite (73,7%), emagrecimento (71,1%), leucopenia (5,3%), anemia (39,5%), irritação da pele (5,3%), diminuição da concentração (5,3%), prurido (7,8%) e plaquetopenia (2,6%). Outras reações como dor gástrica (2,6%), edema (2,6%), hipotireoidismo (2,6%) e tremores (2,6%) também

foram citadas.

De acordo com Strauss, as medicações disponíveis para o tratamento da hepatite C (interferon e ribavirina) são administradas por período de tempo prolongado e provocam efeitos colaterais importantes, exigindo monitorização médica especializada constante.

Os pacientes em tratamento para hepatite C devem ser comunicados quanto à possibilidade de aparecimento desses sintomas e encorajados a continuarem o tratamento caso eles apareçam.⁽²⁵⁾

A enfermagem como integrante da equipe de saúde precisa assumir o seu papel na atenção básica à saúde e empenhar-se no controle da hepatite C, para o cumprimento das políticas de saúde. Entre as ações de enfermagem que podem ser desenvolvidas, destaca-se a prestação da assistência de enfermagem de forma integral, contextualizada por uma visão social, para a identificação das necessidades de saúde dos portadores de hepatite C⁽²⁶⁾. Neste contexto, a Consulta de Enfermagem constitui em um instrumento valioso, já que permite a identificação de problemas e o planejamento do cuidado de forma integral.

Segundo Duarte et al.⁽²⁷⁾ a consulta de enfermagem é proposta como exemplo de aplicação individual do Processo de Enfermagem, o qual constitui-se em dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visam o cuidado.

Smeltzer & Bare⁽²⁸⁾ afirmam que o Processo de Enfermagem consiste em uma abordagem de resolução de problemas, que visa atender às necessidades de saúde do indivíduo, sendo composto por 5 etapas: histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico, planejamento, prescrição/implementação e evolução.

No presente estudo, a consulta de enfermagem foi realizada com os 38 (100%) pacientes que participaram desta pesquisa. Considerando as fases do processo, este estudo levantou aspectos relacionados ao histórico de enfermagem (entrevista),

diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem.

Os dados levantados no histórico foram a data de nascimento, estado civil, escolaridade, religião, antecedentes clínicos e uso de medicamentos, apresentados na tabela 1 e nas figuras 1, 2, 3, e 4. O exame físico não foi realizado devido à alta demanda dos pacientes.

Alves et al. ⁽²⁹⁾ afirmam que os diagnósticos de enfermagem são o julgamento clínico do enfermeiro em torno dos padrões de saúde afetados.

Os diagnósticos de enfermagem identificados neste estudo foram o risco para nutrição desequilibrada em 71,1% dos pacientes, devido à diminuição do apetite e queda brusca de peso, e risco para infecção em 100% dos pacientes pelo fato da medicação poder causar diminuição dos leucócitos. Outro diagnóstico identificado foi ansiedade em 100% dos pacientes devido à doença, ao tratamento e à resposta terapêutica.

No estudo realizado por Alves et al. ⁽²⁹⁾, os diagnósticos de enfermagem identificados para os pacientes portadores de hepatites virais foram: fadiga; nutrição alterada, menor do que as necessidades corporais; risco para déficit de volume de líquido; baixa auto estima situacional; risco para infecção, risco para integridade da pele prejudicada; déficit de conhecimento acerca da condição, prognóstico, tratamento, autocuidado e necessidade de alta.

Segundo Paim ⁽³⁰⁾, a prescrição de enfermagem significa medidas de solução para os problemas do paciente, indicados e registrados previamente pelo enfermeiro, com finalidade de atender as necessidades humanas desse mesmo paciente.

Neste estudo, as prescrições se traduziram por orientações sobre a alimentação, medidas de higiene, bem como, estratégias para prevenir infecções.

Alves et al. ⁽²⁹⁾ propõem intervenções de enfermagem para a assistência dos pacientes com hepatites virais como: manutenção do repouso e o fracionamento das

atividades físicas de acordo com a tolerância e a capacidade metabólica e de autocuidado do cliente; monitoração da dieta, com indicação de realização de refeições pequenas e com intervalos menores com preferência ao consumo de carboidratos; monitoração do balanço hídrico; orientações de medidas de prevenção de infecções, enfatizando a importância da lavagem das mãos e elaboração de um plano de ensino que priorize a capacitação para o autocuidado em nível domiciliar.

A evolução é o registro efetuado pelo enfermeiro, após a avaliação do estado geral do paciente, que deve constar dos novos problemas identificados, de um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e dos problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes ⁽³¹⁾.

Na elaboração da primeira evolução, o enfermeiro resume sucintamente as condições gerais do paciente, detectadas durante o preenchimento do histórico e relaciona os problemas selecionados para serem atendidos já nessa primeira intervenção ⁽³²⁾.

Na presente pesquisa, a evolução de enfermagem se constituiu basicamente da descrição do estado geral do paciente, dos aspectos relativos à doença (grau de fibrose, genótipo do vírus, meio de contaminação e reações medicamentosas), dos problemas detectados e das intervenções realizadas. O registro progressivo da evolução não foi efetuado pela impossibilidade de se avaliar as mudanças e resultados ocorridos, pois em se tratando de atendimento ambulatorial, os pacientes recebem a medicação para hepatite C e retornam para casa.

6 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos pacientes em tratamento para hepatite C era do sexo masculino, com grau de escolaridade superior completo, católicos, casados e com idade entre 41 a 60 anos.

Os antecedentes clínicos mais frequentes foram hipertensão arterial, tabagismo, etilismo e diabetes. As medicações que não fazem parte do esquema terapêutico para hepatite C mais citadas foram os anti-hipertensivos, antidepressivos/ansiolíticos e antidiabéticos/hipoglicemiantes. Em relação às medicações utilizadas para o tratamento da hepatite C prevaleceu o uso de Alfapeginterferona 2b + Ribavirina.

O grau de fibrose hepática prevalente foi F2, seguido de F4 e F3.

Observamos uma prevalência do Genótipo 1, que provavelmente determinou uma duração do tratamento da ordem de 12 meses, conforme recomendação da literatura.

A transfusão sanguínea, o uso de droga injetável e de gluconergan (energético injetável) foram os principais meios de contaminação citados entre os entrevistados. Porém, a maior parte dos pacientes desconhecia a via de contaminação.

Reações como cefaléia, enjôo, desânimo, irritação, depressão, calafrio, febre, mialgia, artralgia, queda de cabelo, insônia, diminuição de apetite, emagrecimento, leucopenia, anemia, irritação da pele, diminuição da concentração, prurido, plaquetopenia, dor gástrica, edema, hipotireoidismo e tremores foram as mais relatadas pelo uso do interferon alfa peguilado e ribavirina.

Frente ao problema mundial da Hepatite C no âmbito da saúde pública, ações de prevenção, promoção e proteção da saúde, bem como, estratégias para a recuperação e reabilitação do indivíduo são essenciais na prática da enfermagem.

Considerando as fases do processo, este estudo levantou aspectos relacionados ao histórico de enfermagem (entrevista), diagnóstico de enfermagem, prescrição de

enfermagem e evolução de enfermagem. Neste contexto, o Processo de Enfermagem é considerado um instrumento valioso no cuidado aos pacientes com hepatite C, pois contribui para a identificação do estilo de vida, necessidades e potencialidades desses pacientes e permite a implantação de estratégias assistenciais humanizadas visando à diminuição dos agravos à saúde e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

7 REFERÊNCIAS

1. Barbosa MARS, Teixeira NZF, Pereira WR. Consulta de enfermagem - um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2):226-9.
2. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Rev Latinoam Enferm.* 2003; 11(2):207-14.
3. Horta WA. *Processo de enfermagem.* São Paulo: EPU-EDUSP; 1979.
4. Machado MMT, Leitão GCM, Holanda FUX. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm.* 2005; 13(5):723-8.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 159, de 19 de abril de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 1997. p.101-2.
6. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2007; 12(2):477-86.
7. Margarido ES, Castilho V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(3):427-43.
8. Barros SMO, Costa CAR. Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva. *Rev Latinoam Enferm.* 1999; 7(4):105-11.
9. Felipe GF, Abreu RNC, Moreira TMM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. *Rev Esc Enferm.* 2008; 42(4):620-7.

-
10. Bertone TB, Ribeiro APS, Guimarães J. Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. Rev Fafibe [online] 2007 ago. Available from:http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/tassia_consideracoes_relacionamento_interpessoal.pdf.
 11. Alves AV, Azevedo APC, Perin C, Ramos GZ, Brandão ABM, Mattos AA, et al. Tratamento de pacientes com hepatite crônica pelo vírus C com interferon-alfa e ribavirina: a experiência da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. Arq Gastroenterol. 2003; 40(4):227-32.
 12. Strauss E. Hepatite C. Rev Soc Bras Med Trop. 2001; 34(1):69-82.
 13. Ferreira CT, Silveira TR. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7(4):473-87.
 14. Jorge SG. Hepatite C [Internet] [acesso em 20 Ago 2010]. Disponível em: http://www.hepcentro.com.br/hepatite_c.htm.
 15. Brandão ABM, Fuchs SC, Silva MAA, Emer LF. Diagnóstico de Hepatite C na prática médica: Revisão da literatura. Rev Panam Salud Publica. 2001; 9(3):161-8.
 16. Acras RN, Pedroso MLA, Caum LC, Pisani JC, Amarante HMBS, Carmes ER. A taxa de resposta sustentada da hepatite C crônica ao tratamento com os diversos interferons-alfa e ribavirinas distribuídos pelo governo brasileiro é semelhante à da literatura mundial. Arq Gastroenterol. 2004; 41(1):3-9.
 17. Silva GF, Polônio RJ, Pardini MIMC, Corvino SM, Henriques RMS, Peres MN, et al. Using pegylated interferon alfa-2b and ribavirin to treat chronic hepatitis patients infected with hepatitis c virus genotype 1: are nonresponders and relapsers different populations? Braz J Infect Dis. 2007; 11(6):554-60.

-
18. Coelho HSM. Tratamento da hepatite crônica C. In: Alves JG, Coelho HSM, Mello CEB, Soares JAS, editores. Hepatites. Rio de Janeiro: Rubio; 2001. p.195-204.
 19. Gayotto & Comitê da Sociedade Brasileira de Patologia. Visão histórica e consenso nacional sobre a classificação das hepatites crônicas. *Gastroenterol Endosc Digest*. 2000; 19(3):137-40.
 20. Silva GF. Genótipos do vírus da hepatite C (VHC) em doadores de sangue da região de Botucatu: relação com aspectos epidemiológicos e com a severidade das lesões hepáticas [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2001.
 21. Silva LC, Pinho JRR. Hepatite C. In: Gayotto LCC, Alves VAF, editores. Doenças do fígado e vias biliares. São Paulo: Atheneu; 2001. p.469-87.
 22. Projeto VigiVírus. Boletim Vigi-Hepatite 2003; 1.
 23. Alvariz FG. Hepatite C Crônica: aspectos clínicos e evolutivos. *Mod Hepatol*. 2004; 30:20-32.
 24. Conte VP. Hepatite crônica por vírus C: Parte 1. Considerações gerais. *Arq Gastroenterol*. 2000; 37(3):187-93.
 25. Varaldo C. Efeitos adversos durante o tratamento da hepatite C [Internet]. Rio de Janeiro: Grupo Otimismo de Apoio ao Portador de Hepatite; 2010 [atualizada em 07 Mar 2010; acesso em 06 Out 2010]. Disponível em: http://www.hepato.com/p_efeitos_adversos/efeitos_do_tratamento.html
 26. Gomes DT. Perfil epidemiológico dos portadores de hepatite C e a vulnerabilidade da população: potencialidades para a enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

27. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(spe):767-73.
28. Smeltzer SC, Bare BG. Educação da saúde e promoção da saúde. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.48-61.
29. Alves ERP, Silva CC, Costa AM, Abrão FM, Silva ARS, Vasconcelos AF. Hepatite Viral: diagnósticos e intervenções de enfermagem. In: Anais do X Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem; 2010; Brasília. Brasília (DF): Abeneventos; 2010.
30. Paim L. Plano assistencial e prescrições de enfermagem. São Paulo: *Rev Bras Enferm.* 1988; 29(1):14-22.
31. Conselho Regional de Enfermagem-SP. Sistematização. São Paulo; 2000. v.26, p.12-3.
32. Campedelli MC, Benko MA, Castilho V. Processo de enfermagem na prática. São Paulo: Ática; 1989.

ANEXO 1

FORMULÁRIO INSTITUCIONAL

	UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA CAMPUS DE BOTUCATU FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS
	DIVISÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM BOTUCATU, SP - RUBIÃO JUNIOR - CEP: 18.618-970 - FAX (14) 3811 6000

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Data: ____/____/____.

Etiqueta de Identificação

Nome:

RG:

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Data de Nascimento:	Estado Civil:		
Escolaridade:	Cor:	Religião:	
Antecedentes Clínicos:			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Cardiopatia/hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Neoplasias		
<input type="checkbox"/> Doenças infecto- contagiosa	<input type="checkbox"/> Tabagismo		
<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias	<input type="checkbox"/> Alergia		
Uso de medicamentos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Quais:			
Condições sociais: Habitação: <input type="checkbox"/> residência <input type="checkbox"/> casa de repouso <input type="checkbox"/> outros:			
Saneamento básico: <input type="checkbox"/> água encanada <input type="checkbox"/> rede de esgoto <input type="checkbox"/> chuveiro			
Presença de acompanhante na consulta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Grau de parentesco:			
EXAME FÍSICO: Pressão arterial:	Temp.:	Pulso:	Resp.:
Estado Nutricional (últimos 6 meses): Peso: <input type="checkbox"/> ganhou peso <input type="checkbox"/> perdeu peso <input type="checkbox"/> manteve			
Alimentação: <input type="checkbox"/> carne <input type="checkbox"/> legumes <input type="checkbox"/> frutas <input type="checkbox"/> outros			
Mobilidade: <input type="checkbox"/> deambula <input type="checkbox"/> deambula com muleta/bengala <input type="checkbox"/> cadeirante <input type="checkbox"/> acamado			
Lesões de pele:			
Observações/queixas:			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> Risco para nutrição desequilibrada
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco para infecção
<input type="checkbox"/> Dor
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada: <input type="checkbox"/> UPP <input type="checkbox"/> Outras lesões:
<input type="checkbox"/> Outros:

PLANO DE CUIDADOS / PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Orientar alimentação
Orientar como utilizar equipamentos de auxílio (muleta/bengala, cadeira de rodas)
Orientar medidas de higiene e prevenção de infecções
Orientar cuidados com aparelhos (gessado, próteses, Ilisarov)
Reavaliar e orientar curativo da lesão
Avaliar grau de dor e orientar medidas de alívio

ANEXO 2**FORMULÁRIO DA PESQUISADORA****“Consultas de Enfermagem com pacientes em tratamento para hepatite C”**

Data: _____ / _____ / _____

Dados relacionados à doença

Grau de fibrose: _____

Genótipo do vírus: _____

Meio de contaminação: _____

Esquema terapêutico:

 Alfapeguinterferona 2a + Ribavirina Alfapeguinterferona 2b + Ribavirina

Medicação complementar:

 Eritropoetina Filgastrim

Reações medicamentosas: _____

Processo de Enfermagem

Histórico de Enfermagem

Entrevista sim nãoExame Físico sim nãoDiagnóstico de Enfermagem sim nãoPrescrição de Enfermagem sim nãoEvolução de Enfermagem sim não

ANEXO 3**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****“Consultas de Enfermagem com Pacientes em Tratamento para Hepatite C”****Paciente**

Eu, _____
(RG _____), concordo em participar deste estudo cujo objetivo é estabelecer perfil das Consultas de Enfermagem realizadas na Seção Técnica de Enfermagem em Ambulatório Geral do Hospital das Clínicas da FMB/UNESP.

Estou ciente de que minha participação implica em permitir que a pesquisadora observe meu atendimento durante a Consulta de Enfermagem, e que terei:

- A garantia de receber esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas relacionadas à presente pesquisa;
- A liberdade de retirar meu consentimento e deixar de participar, em qualquer momento;
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações coletadas;
- A segurança de que minha participação não desencadeará qualquer prejuízo a minha pessoa e à instituição onde trabalho ou estudo;
- O acesso às informações sobre os resultados da presente pesquisa;

Botucatu, _____ de _____ de 2010

Assinatura do Paciente

Rita de Cássia Laira Rodrigues

Responsável: Rita de Cássia Laira Rodrigues

Endereço: Rua Júlio Vaz de Carvalho, 211

Bairro: Vila Nossa Senhora de Fátima

Cidade: Botucatu

CEP: 18608-151

Telefones: (14) 3813 3093

Fax: (14) 3813 5264

E.mail: ritinha.laira@hotmail.com