



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Adilson Lopes Cardoso

Avaliação do Atendimento e Acompanhamento em Cinco Serviços  
Ambulatoriais de  
Hepatite C do Estado de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual  
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,  
Campus de Botucatu, para obtenção  
do título de Doutor em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Lia Mondelli

Adilson Lopes Cardoso

Avaliação do Atendimento e Acompanhamento em Cinco Serviços  
Ambulatoriais de  
Hepatite C do Estado de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Lia Mondelli

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual  
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,  
Campus de Botucatu, para obtenção  
do título de Doutor em Enfermagem.

Botucatu, 2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TEC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Cardoso, Adilson Lopes.

Avaliação do atendimento e acompanhamento em cinco serviços ambulatoriais de hepatite C do estado de São Paulo / Adilson Lopes Cardoso. - Botucatu, 2020

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Alessandro Lia Mondelli  
Coorientador: Giovanni Faria Silva  
Capes: 40406008

1. Enfermagem. 2. Hepatite C. 2. Equipes de saúde.  
3. Cuidados médicos ambulatoriais. 4. Qualidade de vida.  
5. Saúde pública.

Palavras-chave: Hepatite C; Equipe multidisciplinar;  
Qualidade de atendimento.

Adilson Lopes Cardoso

Avaliação do Atendimento e Acompanhamento em Cinco Serviços Ambulatoriais de  
Hepatite C do Estado de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de  
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em  
Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Lia Mondelli

Comissão examinadora

---

Prof. Dr. Julio Pinheiro Baíma  
Almeida Universidade UNINOVE

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Priscila Maschetto Vieira de  
Centro Universitário INGA

---

Profa. Dra. Raquel Colenci Rizzo  
Universidade Estadual Paulista

---

Prof. Dr. Luís Cuadrado Martín  
Universidade Estadual Paulista

Botucatu, 20 de fevereiro de 2020.

*As minhas filhas Ana Lucia e Raquel*

## **Agradecimentos**

A Deus pelo dom da vida e por me guiar diante de todas as dificuldades, me concedendo oportunidades de ser uma pessoa melhor;

Ao meu pai Álvaro sempre lutando por nós;

À minha mãe Benedicta (in memoriam) sempre eterna maravilhosa;

Aos meus irmãos Adelcio, Álvaro Levi, Luís Enéas, Sandra e Silvia sempre no apoio e atenção;

A minha esposa Eliud pelos momentos de compreensão, incentivo, companheirismo durante esse objetivo;

Ao Prof. Hélio e Prof. Luís Cuadrado pela análise estatística;

A funcionária Lúcia Ponick do Centro Universitário INGÁ – UNINGA Botucatu pela sua atenção e ajuda na digitação da tese;

A todos profissionais Médicos, Enfermeiros e funcionários dos Ambulatórios que permitiram coletar os dados UNESP; UNIFESP, FAMERP; FMRP e SANTOS;

Aos pacientes por aceitarem em participar desta pesquisa;

Ao meu orientador Professor Alessandro Mondelli e coorientador Professor Giovanni pelos ensinamentos e apoio.

*Ensinar não é transferir conhecimento,  
mas criar as possibilidades para a sua própria  
produção ou a sua construção.*

*Paulo Freire*

## RESUMO

CARDOSO, AL. **Avaliação do atendimento e Acompanhamento em Cinco Serviços Ambulatoriais de Hepatite C do Estado de São Paulo**. 2020. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2020.

**Introdução:** O Brasil é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um país de endemicidade intermediária para o vírus da hepatite C (VHC). Para alcançar melhorias nos serviços de acompanhamento e atendimento pela Equipe Multidisciplinar é necessário cada vez mais o aprimoramento e eficácia nas condutas terapêuticas. **Objetivos:** Avaliar e comparar o atendimento multidisciplinar de 5 ambulatórios de Hepatite C do Estado de São Paulo; Avaliar o grau de satisfação dos pacientes quanto à qualidade do atendimento recebido por uma equipe multidisciplinar; Descrever o grau de dificuldade no acompanhamento do tratamento dos portadores de hepatite C; Relacionar e comparar a qualidade de atendimento entre os 5 ambulatórios, descrevendo as diferenças entre ambos. **Método:** estudo transversal, realizado por meio de aplicação de questionário semiestruturado a 425 pacientes dos Ambulatórios, UNESP/HCFMB; UNIFESP/EPM; USP/FMRP; FAMERP/S.J.RIO PRETO e SANTOS

CRAIDES. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa número 1.850.408.

**Resultados:** na avaliação do acompanhamento e atendimento dos serviços ambulatoriais nos diversos centros observaram-se diferenças estatisticamente significantes. A avaliação direta e indireta do atendimento médico e do atendimento de enfermagem foi classificada como boa e ótima, respectivamente. No entanto, os pacientes relataram não sentir diferenças no atendimento de cada profissional. **Conclusão:** Os resultados desta pesquisa apontam a necessidade de uma Padronização e Universalização dos Parâmetros Multidisciplinar nos diversos Ambulatórios. Também, sugerem que, apesar da grande importância do tema, na prática, ainda os usuários demonstraram o desconhecimento da existência da equipe multiprofissional durante o seu tratamento. Entretanto, classificam que a equipe médica e de enfermagem durante o acompanhamento e atendimento ambulatorial como boa e ótima. Assim, os resultados apontam a necessidade de que a gerência dos ambulatórios intensifique a informação aos pacientes sobre a existência e importância do papel da equipe multiprofissional.

**Descritores:** Equipe Multidisciplinar; Hepatite C, Qualidade de Atendimento.

## ABSTRACT

CARDOSO, AL. Evaluation of care and follow-up in five hepatitis C outpatient clinics in the state of São Paulo. 2020. 74f. Thesis (Doctorate) - Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2020.

**Introduction:** According with World Health Organization (WHO), Brazil is classified as a country with intermediary endemicity for the hepatitis C virus. In order to improve monitoring and follow-up services by the Multidisciplinary Group it is necessary to improve efficacy on the therapeutic conduct. **Objetivos:** Evaluate and compare the Multidisciplinary care among ambulatories of Hepatitis C of the State of Sao Paulo, regarding satisfaction monitoring and follow-up services provided by the ambulatories. **Methodology:** cross-sectional study, conducted by applying a half structuralized questionnaire to 425 patients of the following ambulatories: CRAIDES/SANTOS; UNIFESP; FAMERP; USPFMRP and HCFMB. Approved by the Ethics in Research Committee. **Results:** In the evaluation of the follow-up and care of the ambulatorial's services in the various centers, significant statistical differences were observed. The direct and indirect evaluation of the medical care and nursing care was classified as good and excellent, respectively. However, patients reported no differences in care from one professional to another. **Conclusion:** The results of this research suggest that, despite the great importance of the theme, in practice, users still demonstrated the lack of knowledge of the multiprofessional team during their treatment. However, they rate the medical and nursing staff during follow-up and outpatient care as good and great. Thus, the results indicate the need for those responsible for outpatient clinics to intensify to patients the existence and importance of the role of the multidisciplinary team.

**Descriptors:** Multidisciplinary Group, Hepatitis C, Quality Madical care

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVOS	17
4. MÉTODO	17
4.1 Sujeito da Pesquisa	18
4.2 Locais de realização do estudo	18
4.3 Instrumentos e Materiais	19
4.4 Procedimentos de coleta de dados	19
4.5 Aspectos éticos	19
4.6 Análise estatística	20
5. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS	20
6. RESULTADO	21
7. DISCUSSÃO	45
8. CONCLUSÃO	51
9. REFERÊNCIAS	53
10. Apêndice	58
10.1 Apêndice 1	58
10.2 Apêndice 2	61
11. ANEXOS	62
11.1 Anexo 1	62
11.2 Anexo 2	63
11.3 Anexo 3	64
11.4 Anexo 4	65
11.5 Anexo 5	66

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, em 2015, viveram no país aproximadamente 827 mil pessoas com infecção pelo HIV<sup>5</sup>, das quais 715 mil (87%) conhecem o seu *status* sorológico e, destas, 677 mil (95% das diagnosticadas) estão vinculadas a algum serviço de saúde, isto é, já realizaram pelo menos um exame de carga viral ou contagem de linfócitos T-CD4, ou tiveram pelo menos uma dispensação de antirretrovirais. A presença da coinfeção por vírus da hepatite C (VHC) poderia ser explicada pela semelhante forma de transmissão dos dois vírus, sobretudo em pessoas que receberam transfusão de sangue antes de 1994, em usuários de drogas injetáveis, em indivíduos que fizeram tatuagem antes do diagnóstico e nos que praticam relação sexual desprotegida<sup>1,2,3</sup>.

No Brasil, desde 2013, o protocolo clínico de tratamento da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH ou HIV, do inglês Human Immunodeficiency Vírus) recomenda-se o início da terapia antirretroviral para todos os portadores, independentemente do seu estado imunitário ou clínico<sup>4</sup>. A adoção desse protocolo é baseada em evidências que mostram o benefício clínico do tratamento precoce e a redução da transmissão do vírus por pessoas tratadas em mais de 90%<sup>5</sup>.

O VHC é uma doença infecciosa que traz grandes desafios à ciência, é uma doença de caráter insidioso e se caracteriza por um processo inflamatório persistente. Na ausência de tratamento, há cronificação em 60% a 85% dos casos e, em média.

A transmissão do VHC ocorre principalmente por via parenteral, por meio do contato com sangue contaminado, a exemplo do compartilhamento de agulhas, seringas e outros objetos para uso de drogas, reutilização ou falha de esterilização de equipamentos médicos ou odontológicos, falha de esterilização de equipamentos de manicure e reutilização de material para realização de tatuagem, além do uso de sangue e seus derivados contaminados<sup>6,7</sup>.

A transmissão sexual do HCV também tem sido relatada de forma esporádica. De modo geral, a transmissão sexual desse vírus é pouco comum e ocorre em relações sem uso de preservativo. Há também a possibilidade de transmissão vertical, em menor proporção dos casos<sup>8</sup>.

A proposição da meta 90-90-90 pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS)<sup>3</sup> sugere aos países que, até 2020, sejam diagnosticadas 90% das pessoas

com HIV, destas, 90% iniciem tratamento antirretroviral e destas, 90% alcancem a supressão da carga viral. Também adotada no Brasil, atualmente é parâmetro internacional para avaliar as respostas nacionais à AIDS. O monitoramento da meta se dá por meio de um modelo epidemiológico<sup>9</sup>.

Proposto nos Estados Unidos em 2013, o modelo do contínuo cuidado do VHC inicia pelo número estimado de pessoas infectadas. As etapas seguintes estimam, sucessivamente, a proporção de pessoas diagnosticadas que foram vinculadas a um serviço de saúde; as retidas, isto é, que permanecem no seguimento; aquelas em tratamento antirretroviral; e por último, aquelas com supressão total de carga viral<sup>10</sup>.

O Brasil é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um país de endemicidade intermediária para a hepatite C. Entretanto há poucos estudos sobre prevalência no país em relação ao VHC, sendo o primeiro de base populacional realizado no município de São Paulo. Esse estudo sugere que a detecção precoce de emergências de saúde pública, surtos e epidemias ocorrem quando o sistema de vigilância epidemiológica local está bem estruturado, com acompanhamento constante da situação geral de saúde e da ocorrência de casos de cada doença e agravo sujeito à notificação. Essa prática possibilita a constatação de qualquer situação de risco ou indício de elevação do número de casos de uma patologia, ou a introdução de outras doenças não incidentes no local e, conseqüentemente, o diagnóstico de uma situação epidêmica inicial, para a adoção imediata das medidas de controle<sup>11,12</sup>.

O VHC segundo dados do Ministério da Saúde, afeta 1% a 2% da população brasileira, correspondendo a cerca de 3 a 4 milhões de pessoas no país. O vírus é transmitido pelo contato com sangue contaminado e as formas mais comuns de contágio são: o uso de drogas com agulhas e seringas compartilhadas e a manipulação com material contaminado que corte ou perfure a pele, como lâminas, bisturis e alicates. As hepatites via de regras são assintomáticas e passíveis de detecção somente por meio de testes laboratoriais, por isso a importância do rastreamento diagnóstico em pacientes para que se faça o diagnóstico precoce<sup>13</sup>.

A maioria dos casos tem apresentação assintomática e anictérica, o que dificulta o diagnóstico. Habitualmente, a hepatite C é descoberta em sua fase crônica e, como os sintomas são muitas vezes escassos e inespecíficos, a doença pode evoluir durante décadas sem suspeição clínica. Normalmente, o diagnóstico ocorre após teste sorológico de rotina ou por doação de

sangue. Esse fato reitera a importância do conhecimento técnico por toda a equipe multiprofissional, bem como o aumento da oferta de testes sorológicos – especialmente para as populações vulneráveis ao VHC<sup>13</sup>.

A Hepatite C é uma doença infecciosa e assintomática que traz grandes desafios à ciência, causa severa inflamação no fígado, o tratamento disponível garante a cura e pode causar fortes efeitos colaterais, como anemia e perda de peso. O manejo dos eventos adversos é crucial para que os pacientes suportem os efeitos indesejáveis das drogas antivirais e não descontinuem o tratamento ou diminuam a dose, favorecendo assim a RVS - Resposta Viroológica Sustentada<sup>14</sup>.

Assim, a infecção pelo VHC é assintomática, sendo que, após iniciar a terapêutica com interferon e ribavirina, os pacientes podem experimentar uma série de eventos adversos. Portanto, antes de se iniciar o tratamento, tanto o paciente quanto familiares envolvidos em seus cuidados devem ser orientado sobre o tratamento, os eventos adversos que temporariamente interferirão na qualidade de vida e a importância da adesão que deve ser discutida e estimulada. O paciente deve ter participação ativa em seu tratamento e ser capaz de identificar os eventos adversos que necessitam de intervenção precoce<sup>15</sup>.

O tratamento do VHC, segundo as diretrizes apontadas no Protocolo Clínico Terapêutico do Ministério da Saúde (2011), envolve medicamentos de uso oral e injetáveis, como a ribavirina (cápsulas com 250mg), o interferon alfa (INF a) 2a recombinante (frasco ampola de 3.000.000 UI, 4.500.000 UI e 9.000.000 UI) ou 2b recombinante (frasco-ampola de 3.000.000 UI, 4.500.000 UI, 5.000.000 UI, 9.000.000 UI e 10.000.000 UI) e o interferon alfa (INF a) 2a peguilado (frasco ampola de 180 mcg) ou 2b peguilado (frasco-ampola de 80, 100, 120 mcg)<sup>16</sup>.

O esquema de administração do INF alfa recombinante é de três vezes por semana, via subcutânea, associado ou não à Ribavirina 15 mg/Kg/dia. O Interferon peguilado alfa-2a é de 180 mcg/semana, via subcutânea, associado ou não à Ribavirina 15 mg/Kg/dia e o Interferon peguilado alfa-2b 1,5 mg/Kg/semana, via subcutânea, associado à Ribavirina 15 mg/Kg/dia<sup>17</sup>.

A alta taxa de infecção pelo vírus da VHC tem sido um grande desafio no contexto da saúde pública e, em particular, para a vigilância epidemiológica, trata-se de um agravamento à saúde da população, uma vez que o indivíduo, ao se infectar pelo vírus, na maioria dos casos, não apresenta sintomas clínicos e o diagnóstico quando ocorre se dá quando o portador do vírus já se encontra na fase crônica da infecção<sup>16</sup>.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções 2019 tem como objetivo oferecer, no âmbito do SUS, uma estratégia custo-efetiva para o tratamento da hepatite C – com novas opções terapêuticas, acesso flexibilizado ao tratamento, menores índices de efeitos adversos e maior expectativa de cura. Essa nova proposta foi pautada, também, por ampla negociação de preços, a fim de alcançar a sustentabilidade e expandir o acesso à assistência no SUS<sup>18</sup>.

Atualmente, o Brasil oferece medicamentos de última geração para a população através do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma gratuita. Assim, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C elaborado pelo Ministério da Saúde, temos hoje disponíveis os seguintes medicamentos pelo SUS: Daclastavir, Simeprevir, Sofosbuvir, associação de Ombistavir/Dasabuvir/Veruprevir e Ritonavir, associação de Ledipasvir/Sofosbuvir e associação de Elbasvir/Grazoprevir. O tratamento disponível atualmente permite que os dos pacientes coinfectados pelo HIV seja realizado de forma semelhante ao tratamento dos pacientes monoinfectados pelo VHC<sup>19</sup>.

O tratamento da hepatite C aguda e crônica para pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, não submetidos a tratamentos prévios com DAA:

1 - Em pacientes com cirrose Child-Pugh B e C, a dose inicial de ribavirina deve ser de 500mg ao dia, podendo ser aumentada conforme a tolerância do paciente e avaliação medica. A dose máxima não deve ultrapassar 11 mg/kg/dia. A adição de ribavirina, quando possível, e sempre recomendada em pacientes cirróticos e em todos aqueles com menor chance de resposta virológica: não respondedores aos esquemas com interferon, genotipo 3, sexo masculino, idade >40 anos, ou a critério da equipe medica. Deve-se investigar intolerância previa ou o risco de eventos adverso com ribavirina;

2 - Para o ledipasvir/sofosbuvir, o tempo de tratamento poderá ser reduzido para 8 semanas apenas para pacientes virgens de tratamento (“naive”, ou seja, pacientes nunca tratados anteriormente, com qualquer esquema terapêutico), com carga viral  $\leq 6$  milhões UI/mL, não afrodescendentes e/ou não coinfectados pelo HIV;

3 - Pacientes com genotipos 1, 2, 4, 5 e 6 e com cirrose Child-B ou Child-C, sem contraindicação e tolerantes a ribavirina, poderao ter o tempo de tratamento diminuído para 12 semanas, desde que haja associação da ribavirina ao NS5A<sup>20</sup>.

Segundo a CONITEC – Avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS relatam que essas drogas proporcionam menor efeito colateral; melhora a qualidade da assistência; diminui o tempo de uso de medicações; amplia o tratamento, além de ser uma estratégia do Ministério da Saúde atingir a meta de acabar com doença até 2030.

A matriz do trabalho em equipe interdisciplinar consiste na caracterização modular, do qual os profissionais realizar intervenções próprias de suas respectivas áreas e integram saberes distintos do conhecimento<sup>14</sup>. Além de realizar intervenções de suas respectivas áreas executando ações comuns, compactua com as relações humanas e do ensino, propõe a aprendizagem rápida e eficiente, aprendem a pensar, observar e escutar compartilhando suas opiniões estabelece uma comunicação clara, com linguagem comum e aplica o processo de intervenção de acordo com as necessidades individuais<sup>21</sup>.

O serviço de acompanhamento e tratamento da Equipe Multidisciplinar aos pacientes portadores do VHC para obter melhor resultado, alcançar metas, melhorar a adesão e garantir o acesso ao tratamento, deve-se abranger um conjunto de técnicas e habilidades a serem desenvolvidas e mantidas durante o acompanhamento dos pacientes, disponibilizando a interação do trabalho em conjunto, com possibilidades de intervenções terapêuticas<sup>22</sup>.

O sistema de saúde, através do acesso das especialidades para o tratamento dos pacientes contaminados pelo VHC, promove a educação em saúde através de programas educacionais, resultando maior adesão no tratamento da doença. Assim, destaca-se a necessidade de um programa educativo abrangente para o acompanhamento do portador do VHC com o intuito de amenizar as preocupações apresentadas durante a evolução da doença<sup>23</sup>.

Os centros de referência para tratamento da VHC foram implantados utilizando a nova terapia hospitalar, tendo um número expressivo de pessoas atendidas, funcionam em Hospitais Universitários e em Unidades do SUS, necessitando de atendimentos compostos por uma equipe multidisciplinar com médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos, seguindo orientação do Ministério da Saúde<sup>23</sup>.

A experiência de uma abordagem interdisciplinar, no atendimento ambulatorial a pacientes em tratamento da hepatite C, com as especialidades envolvidas, como, assistente social, enfermagem, médico, infectologista, nutrição e psicologia, demonstraram a melhora da qualidade de vida do indivíduo e redução dos índices de abandono do tratamento<sup>22</sup>.

No atendimento multiprofissional aos portadores da hepatite C (crônica) a proposta de trabalho em equipe vem sendo veiculada como estratégia para obter processo de aprofundar o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde<sup>24</sup>.

Contudo, a literatura relata que o trabalho da equipe caracteriza-se pelo envolvimento, interação e busca do conhecimento, implicando no compartilhar do planejamento, devendo acontecer pela equipe multiprofissional<sup>25</sup>.

Entretanto, a interdisciplinaridade é, no terreno das relações humanas e do ensino uma modalidade didática. Assim, a aprendizagem é mais rápida e eficiente<sup>26,27</sup>.

Portanto, os integrantes de diferentes especialidades estão envolvidos nas trocas educativas e na execução das tarefas, sendo essencial estabelecer uma comunicação clara, com linguagem comum a todos<sup>28</sup>.

Dentre os diferentes métodos utilizados no atendimento a portadores de doenças crônicas destaca-se a abordagem interdisciplinar. Considerando-se que os atendimentos individuais e grupos de apoio para os pacientes com a integração cooperativa da equipe interdisciplinar, aumenta a adesão dos pacientes ao tratamento<sup>3</sup>. Assim, obtendo melhor resultado e alcançando metas, além, de melhorar a adesão e garantir o acesso ao tratamento.

Entretanto na competência do SUS, as hepatites virais possuem uma rede de cuidados em nível de atenção básica, média e alta complexidade. Assim, o planejamento regional da atenção deve ser feito de modo integrado, para que os serviços não fiquem restritos ao âmbito municipal, garantindo o acesso do paciente aos recursos necessários para resolução de seu problema com acompanhamento da equipe multidisciplinar<sup>28</sup>.

A relação profissional da saúde e pacientes em todos os âmbitos do tratamento e cuidados da hepatite C necessita da corresponsabilidade, voltado para o atendimento clínico multiprofissional aos pacientes com doença hepática relacionada ao HCV avançou consideravelmente, devido aos desenvolvimentos nos procedimentos de diagnóstico e melhorias na terapia<sup>29,30</sup>.

A hipótese deste trabalho é que os pacientes acompanhados em ambulatório assistido por equipe multidisciplinar trazem maior envolvimento e interação entre as múltiplas habilidades que, acreditamos, trarão maior adesão e cuidado aos portadores de VHC; assim também proporcionarão orientação e suporte aos aspectos biopsicossociais destes pacientes. Além, de

demonstrar a integração cooperativa de equipe, com abordagem multidisciplinar, podendo aumentar a adesão ao tratamento, com desdobramentos de prevenção e promoção à saúde, priorizando a qualidade de vida dos pacientes.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Os pacientes acompanhados em ambulatórios assistido por equipe multidisciplinar proporciona maior envolvimento e interação das múltiplas habilidades, garantindo maior adesão e cuidado aos portadores de VHC; além de proporcionar orientação e suporte biopsicossociais destes pacientes. Portanto, com abordagem multidisciplinar, aumenta a adesão ao tratamento, prevenção e promoção à saúde, priorizando a qualidade de vida dos pacientes.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivo Geral**

Avaliar e comparar o atendimento multidisciplinar de 5 ambulatórios de Hepatite C do Estado de São Paulo.

### **3.2. Objetivos Específicos**

Avaliar o grau de satisfação dos pacientes quanto à qualidade do atendimento recebido por uma equipe multidisciplinar;

Descrever o grau de dificuldade no acompanhamento do tratamento dos portadores de hepatite C;

Relacionar e comparar a qualidade de atendimento entre os 5 ambulatórios, descrevendo as diferenças entre eles.

## **4. MÉTODOS**

Este estudo possui o desenho desenvolvido do tipo transversal, com uma amostra total de 425 pacientes, sendo 85 pacientes de cada ambulatório acompanhado e atendido nos Ambulatórios de Portadores do Vírus da Hepatite C, mediante delineamento quantitativo. Sendo realizada a coleta entre junho de 2018 a abril de 2019.

#### 4.1. Sujeitos da pesquisa

O estudo contou com a participação de 425 pacientes, com diagnóstico confirmado de hepatite C crônica, que estavam em atendimento ambulatorial. Os participantes acompanhados em um ambulatório de especialidades responderam ao questionário Apêndice 1, construído com 32 perguntas fechadas, pertinente ao objetivo proposto nesta pesquisa.

#### 4.2. Locais de realização do estudo

<b>CENTRO</b>	<b>ATENDIMENTO MENSAL</b>	<b>PROFISSIONAIS</b>
<b>UNESP/HCFMB BOTUCATU</b>	<b>300 mês / 3600 anual</b>	<b>Enfermeiro, Tec. de Enfermagem, Médico, Psicólogo, Assistente Social e Nutricionista.</b>
<b>UNIFESP/EPM SÃO PAULO</b>	<b>432 mês / 5184 anual</b>	<b>Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico, Psicólogo, Nutricionista e Farmacêutico.</b>
<b>USP/FMRP RIBEIRÃO PRETO</b>	<b>380 mês / 4560 anual</b>	<b>Enfermeiro, Médico e Farmacêutico.</b>
<b>FAMERP S. J RIO PRETO</b>	<b>60 mês / 720 anual</b>	<b>Enfermeiro, Téc. de Enfermagem, Médico; Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico e Dentista.</b>
<b>CRAIDES SANTOS</b>	<b>300 mês 3600 anual</b>	<b>Enfermeiro, Téc. de Enfermagem; Médico; Psicólogo; Assistente Social, Farmacêutico e Dentista.</b>

Fonte: Banco de dados organizados pelo pesquisador a partir dos dados da pesquisa.

### **4.3. Instrumentos e Materiais**

#### **Roteiro de entrevista**

O roteiro (Apêndice 1) foi elaborado para a pesquisa contendo questões fechadas, referentes: dados sociodemográficos; aspectos históricos da doença; descrições retrospectivas sobre a história do paciente em relação à contaminação pelo vírus da hepatite C, tempo do diagnóstico, sintomas que precederam o diagnóstico e os recursos utilizados até aquele momento para o controle da doença; conhecimentos sobre a hepatite C; descrição de informações que o paciente já possuía sobre a doença, relacionadas à cronicidade, atendimento multidisciplinar. As questões foram respondidas pelos pacientes em salas ou consultórios que estavam disponíveis no momento da coleta e em dias de Atendimento Ambulatorial, sendo o questionário aplicado pelo próprio pesquisador.

Foram excluídos todos pacientes que faltaram às consultas e menores de 18 anos de idade.

### **4.4. Procedimentos de coleta de dados**

Primeiramente o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu para a realização do estudo nos Centros de Referências do Estado de São Paulo que realizam o tratamento para pacientes portadores de Hepatite C. Após isso, foi realizada uma consulta na agenda de atendimento médico do Ambulatório de Hepatites Virais para que os pacientes pudessem responder as perguntas propostas no dia de sua consulta marcada, disponibilizado nas datas que ocorriam de segunda à sexta feira em horário administrativo (das 7 às 17h).

### **4.5. Aspectos éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e demais serviços ambulatoriais que foram realizadas a coleta de dados, o parecer

de3 da FMB o número 1.358.400, e os procedimentos de pesquisa seguiram todas as normas éticas conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

#### **4.6. Análise estatística**

A comparação entre os centros em relação aos aspectos sociodemográficos, qualidade do acompanhamento recebido pelos portadores de Hepatite C e qualidade de atendimento foi realizada utilizando-se os testes não paramétricos de Qui-quadrado, teste exato de Fisher ou Kruskal-Wallis para amostras independentes. Diferenças foram consideradas estatisticamente significativas se  $p < 0,05$ .

#### **5. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS**

As informações foram armazenadas em banco de dados do software Epi-Info, versão 6.04. Para o estudo estatístico utilizando o teste do Qui-quadrado nas comparações de proporções 2 X 2 e o teste de Goodman nas comparações múltiplas. Para qualquer resultado foi adotada 5% como limite de confiança ( $p < 0,05$ )<sup>16</sup>.

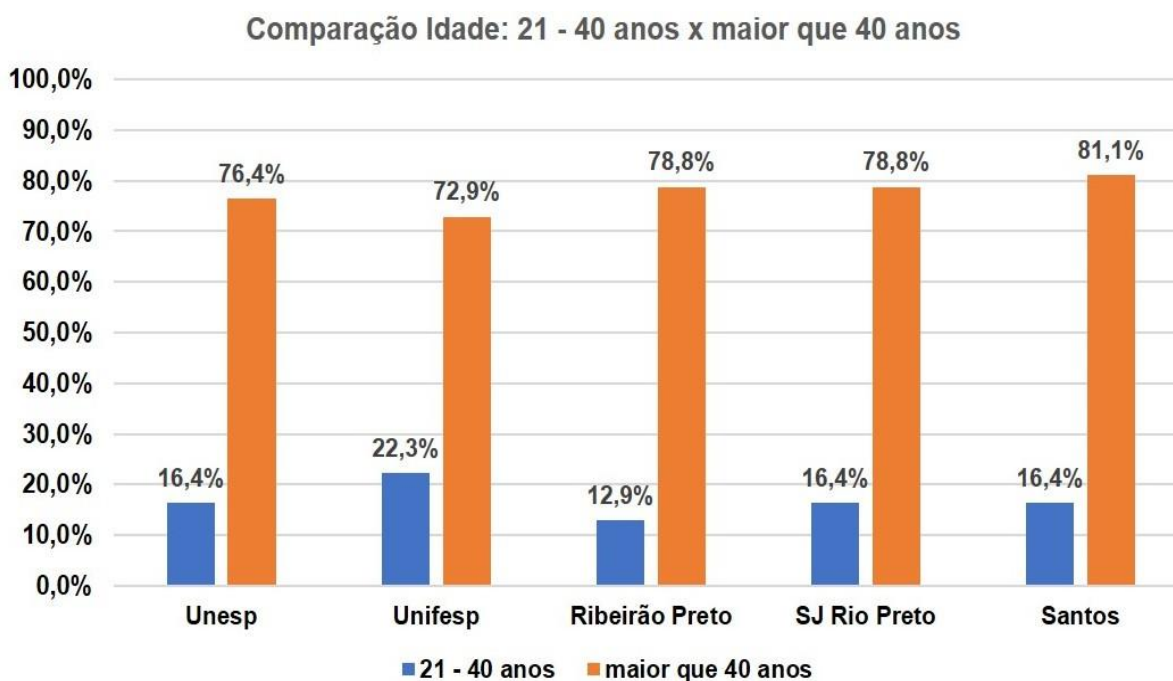
## 6. RESULTADOS

**Tabela 1 - Sócio Demográficos**

Variável	Unesp	Unifesp	Centro		
			Ribeirão Preto	SJ Rio Preto	Santos
	N %	N %	N %	N %	N %
0-20 anos	6 7.0	4 4.7	7 8.2	4 4.7	2 2.3
21-40 anos	<b>14 16.4</b>	<b>19 22.3</b>	<b>11 12.9</b>	<b>14 16.4</b>	<b>14 16.4</b>
> 40 anos	<b>65 76.4</b>	<b>62 72.9</b>	<b>67 78.8</b>	<b>67 78.8</b>	<b>69 81.1</b>
Homens	<b>60 70.5</b>	<b>37 43.5</b>	<b>40 47.0</b>	<b>53 62.3</b>	<b>52 61.1</b>
Ensino superior	12 14.1	10 11.7	6 7.1	5 5.8	7 8.2
Renda > 1sm	64 75.2	50 58.8	57 67.0	53 62.3	54 63.5

### **Qui-quadrado ou Exato de Fisher**

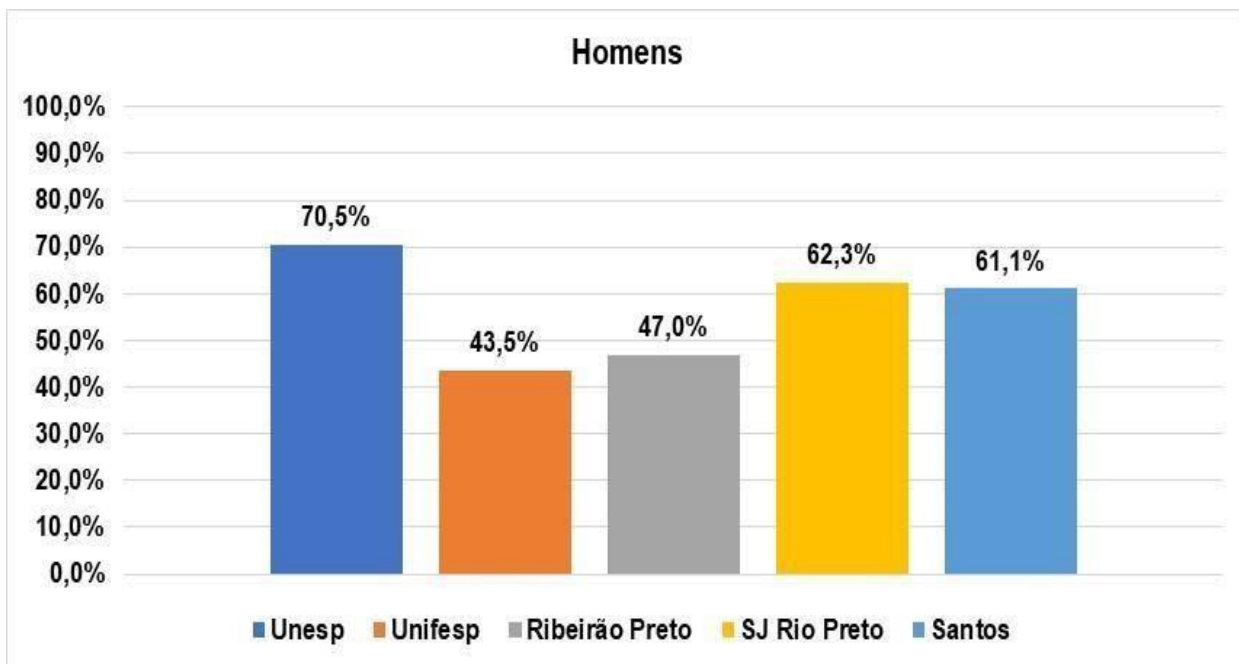
A Tabela 1, não permite a construção de escores porque as perguntas contidas nestas tabelas não são exclusivamente binárias, além de não representarem um único conceito. Para a análise foram realizadas utilizando os testes não paramétricos Exato de Fisher ou Qui-quadrado.



**Figura 1 - Perfil Sócio demográfico da população analisada para portadores de HCV – Idade**

Quando analisada a situação sócio demográfica em relação a idade a maioria estava entre 21 e 40 anos e contaminados pelo vírus do VHC, encontramos faixa etária 21 a 40 anos 19 (22,3%) UNIFESP; 14 (16,4%) UNESP; S J Rio Preto e Santos e 11 (12,9%) Ribeirão Preto. Entretanto a idade > 40 anos UNESP 65 (76,4%); UNIFESP 62 (72,9%); Ribeirão Preto e São José Rio Preto 67 (78,8%) e Santos 69 (81,1%).

Segundo estudos, colocam que a prevalência da população que indivíduos jovens com idade entre 18 e 38 anos. Também foi observada em outros estudos com populações a faixa etária de indivíduos diagnosticados foram entre 30 a 59 anos de idade, mas também com maior prevalência da faixa etária de 50 a 64 anos sexo masculino<sup>31,32,33</sup>.



**Figura 2 - Perfil Sócio demográfico da população analisada para portadores de HCV Sexo**

A maioria dos pacientes era do sexo masculino 60 (70,5%) UNESP; 53 (62,3%) S J Rio Preto; 52 (61,1%) Santos; 40 (47,0%) Ribeirão Preto e 37 (43,5%) UNIFESP.

A população anti-HCV reagente foi predominantemente do sexo masculino, o que já fora observado em outros estudos. De acordo com os dados do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais, foram confirmados 60.908 casos de hepatite C eram do sexo masculino<sup>34</sup>.

Em relação à variável sexo, foi observada maior frequência da infecção por hepatite C no sexo masculino, fato evidenciado por outros estudos. Também, estudos analisaram a vulnerabilidade da população para a hepatite C, a partir do perfil dos portadores do vírus, constataram que os homens têm mais atitudes que os deixam mais expostos ao vírus como, por exemplo, uso de drogas injetáveis ou inaláveis, consumo de álcool e a prática de relações sexuais sem uso de preservativoerapêutica<sup>35, 36,437,38</sup>.

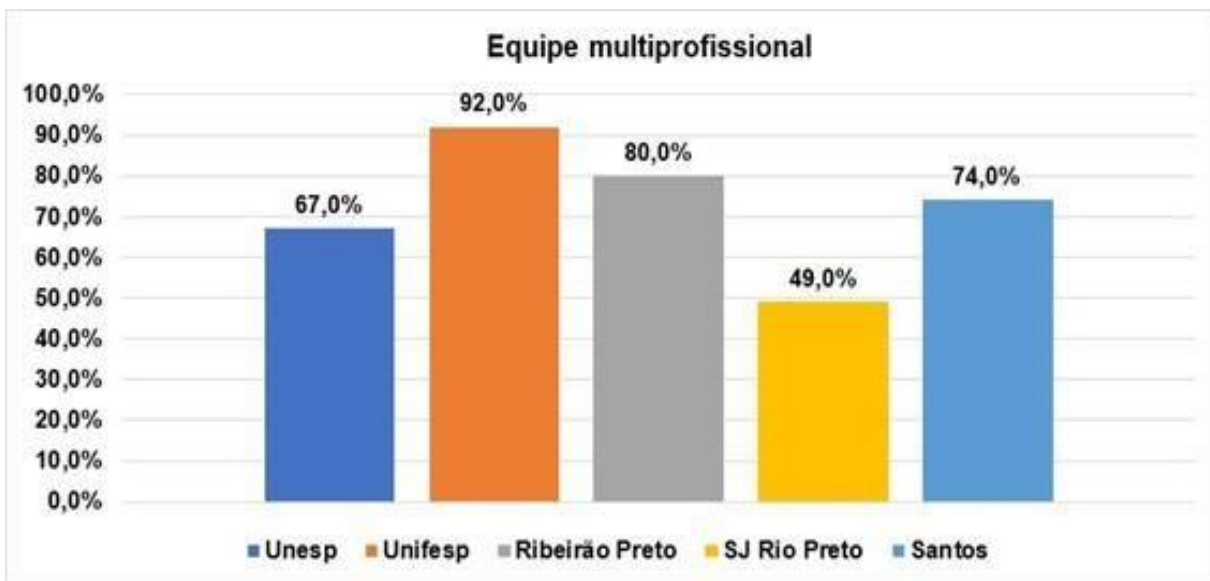
**Tabela 2 - Avaliação do acompanhamento recebido pelos portadores de hepatite C  
CENTROS**

Variável	Unesp	Unifesp	Ribeirão Preto	SJ Rio Preto	Santos	<i>p</i>
	N %	N %	N %	N %	N %	<i>p</i>
Q06. Equipe multiprofissional	<b>57 67</b>	<b>78 92</b>	<b>68 80</b>	<b>42 49</b>	<b>63 74</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Q07.Mais que um profissional	<b>81 95</b>	<b>80 94</b>	<b>84 99</b>	<b>82 96</b>	<b>74 87</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Q08.Recebe medicamento gratuito	85 100	85 100	85 100	85 100	85 100	
Q09.Nível de compreensão bom a ótimo	78 92	79 93	69 81	76 89	66 78	0,009
Q10.Não tem dificuldades para seguir o tratamento	<b>62 73</b>	<b>60 71</b>	<b>79 93</b>	<b>60 71</b>	<b>59 69</b>	<b>&lt;0,001</b>
Q11.Agendamento após a consulta	85 100	84 98,8	85 100	85 100	85 100	1,000
Q12.Recebe esclarecimentos sobre a hepatite C	83 98	79 93	83 98	82 96	77 91	0,125
TOTAL						
Escore de acompanhamento	6.45+-0.7	6.28+0.9	6.46+-0.8	6.28+-0.8	6.02+-0.9	0,007

Qui-quadrado ou Exato de Fisher e ANOVA seguido do teste de Bonferrari. Comparação Múltiplas: S.J.R.P > UNESP, Ribeirão. Preto ( $p < 0.05$ ) UNESP, Santos > Ribeirão Preto ( $p < 0.05$ )

Tabela 2 apresenta a avaliação do acompanhamento recebido pelos usuários dos serviços ambulatorial em cada um dos centros em relação ao escore, de acompanhamento. Observou-se diferenças estatisticamente significantes entre os centros, sendo, S.J.R.P > UNESP, Ribeirão. Preto ( $p < 0.05$ ) UNESP, Santos > Ribeirão Preto ( $p < 0.05$ ).

Entretanto comparada separadamente a avaliação do acompanhamento recebido pelos portadores de hepatites C entre os centros e ao perguntar se havia equipe multiprofissional no atendimento ambulatorial, foi relatado o desconhecimento de uma equipe multiprofissional que os acompanhava durante o tratamento, em Rio Preto (42/49%) e HCFMB/UNESP 57/67%), no entanto, em todos os centros os pacientes relataram que são atendidos por mais que um profissional de saúde (entre 87 e 100%), deixando uma incógnita sobre seu conhecimento das características multiprofissionais.



**Figura 3 – Avaliação do Acompanhamento da equipe multiprofissional**

Analisamos que a avaliação do acompanhamento recebido pelos usuários dos serviços ambulatorial nos diversos centros em relação ao escore de acompanhamento observou-se diferenças.

Relacionado ao acompanhamento por uma equipe multiprofissional encontramos em 78 (92%) UNIFESP; 68 (80%) Ribeirão Preto; 63 (74%) Santos; 57 (67%) UNESP e 42 (49%) S J Rio Preto.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções, relata que, para um melhor manejo, adesão ao tratamento com eficácia e segurança à hepatite C, a rede ambulatorial deve conter um Serviço de Tratamento Assistido (STA), sendo um modelo usado pela equipe multiprofissional atendendo o paciente em suas necessidades terapêuticas, enfatizando a importância do tratamento e acompanhamento dos portadores da Hepatite<sup>15</sup>.

Além da promoção à adesão pela abordagem multidisciplinar torna-se indispensável para promover e garantir o cuidado integral, oferecendo o tratamento individualizado e em grupos terapêuticos. Podendo estabelecer vínculo entre a equipe de saúde e o usuário, com uma equipe comprometida através dos conhecimentos técnicos, científicos e terapêuticos, com objetivos de proporcionar maior adesão ao tratamento clínico<sup>39</sup>.

Porém, esse protocolo não especifica quem são e quantos profissionais deveriam compor essa equipe multiprofissional.



**Figura 4– Avaliação do Acompanhamento em equipe**

No gráfico 4, está a avaliação do Acompanhamento em equipe quanto ao número de profissionais que atendem no ambulatório. Os pacientes responderam haver mais que um profissional que os atendem durante as consultas, 84 (99%) Ribeirão Preto; 82 (96%) J S Rio Preto; 81 (95%) Unesp; 80 (94%) UNIFESP e 74 (87%) Santos.

Entretanto na competência do SUS, as hepatites virais possuem uma rede de cuidados em nível de atenção básica, média e alta complexidade. Assim, o planejamento regional da atenção deve ser feito de modo integrado, para que os serviços não fiquem restritos ao âmbito municipal, garantindo o acesso do paciente aos recursos necessários para resolução de seu problema com acompanhamento da equipe multidisciplinar<sup>28</sup>.



**Figura 5 – Avaliação do Acompanhamento em relação a dificuldade para seguir o tratamento**

O gráfico 5, responderam não terem dificuldades durante o tratamento, 79 (93%) Ribeirão Preto; 62 (73%) UNESP; 60 (71%) UNIFESP e S J Rio Preto; sendo menor porcentagem em Santos 59 (69%).

A relação profissional da saúde e pacientes em todos os âmbitos do tratamento e cuidados da hepatite C necessita da corresponsabilidade, voltado para o atendimento clínico multiprofissional aos pacientes com doença hepática relacionada ao HCV avançou consideravelmente, devido aos desenvolvimentos nos procedimentos de diagnóstico e melhorias na terapia.<sup>29</sup>.

**Tabela 3: Avaliação direta e indireta do atendimento**

Variável	Centro					P
	Unesp	Unifesp	Ribeirão Preto	S.J Rio Preto	Santos	
	N %	N %	N %	N %	N %	P
Q13 Orientações durante as consultas autocuidado	58 68	55 65	51 60	52 61	54 64	0,823
Q14 Não Sente diferença de um profissional para o outro	<b>70 82</b>	<b>67 79</b>	<b>66 78</b>	<b>80 94</b>	<b>60 71</b>	<b>&lt;0.001</b>
Q15 Avalia o atendimento da recepção bom ou ótimo	<b>80 94</b>	<b>81 95</b>	<b>82 96</b>	<b>80 94</b>	<b>69 81</b>	<b>&lt;0.001</b>
Q16 Avalia o atendimento da enfermagem bom ou ótimo	80 94	84 99	82 96	79 93	78 92	0,234
Q17 Avalia o atendimento do médico Bom ou ótimo	82 96	83 98	80 94	82 96	78 92	0,380
Q18 Informado do resultado de Hepatite C no consultório	<b>69 81</b>	<b>56 66</b>	<b>85 100</b>	<b>76 89</b>	<b>77 91</b>	<b>&lt;0.001</b>
Q19 Descoberta a doença, encaminhado /ambulatório de Hep C	85 100	78 92	83 98	85 100	82 96	0,007
Q20 Não teve dificuldade no atendimento no ambulatório de Hep C	<b>85 100</b>	<b>83 98</b>	<b>75 88</b>	<b>82 96</b>	<b>79 93</b>	<b>&lt;0.001</b>
Escore de Atendimento	6.46+-0.8	6.25+-0.8	5.45+-0.6	6.62+-0.7	6.31+-0.9	<b>&lt;0.001</b>

Qui - quadrado ou Exato de Fisher e ANOVA seguido do teste Bonferrari Comparação Múltiplas: S.J.R.P > UNESP, Ribeirão Preto (p < 0.05) UNESP, Santos > Ribeirão Preto (p < 0.05)

Nos dados expostos nas tabelas 3 pode-se observar que à avaliação direta e indireta do atendimento, também houve diferenças significativas entre os centros em relação ao escore, sendo, SJRP > UNESP, Ribeirão Preto ( $p < 0.05$ ) UNESP, Santos > Ribeirão Preto ( $p < 0.05$ ).

Entretanto, destacamos que na avaliação direta e indireta do atendimento separadamente, observou-se que os Ambulatórios de Ribeirão Preto (82/96%); UNIFESP (81/95%); Rio Preto (80/94%), HCFMB/UNESP (80/84%) e Santos (69/81%), foram classificados com bom e ótimo seu atendimento médico. Já no atendimento de enfermagem. UNIFESP (84/99%); Ribeirão Preto (82/96%); HCFMB/UNESP (80/94%); Rio Preto (79/93%) e Santos de (78/92%).

Os pacientes também, relataram não sentir diferenças de um profissional para o outro Rio Preto e UNESP foram mais destacados (entre 80 e 94%) os demais centros entre (70 e 80%).

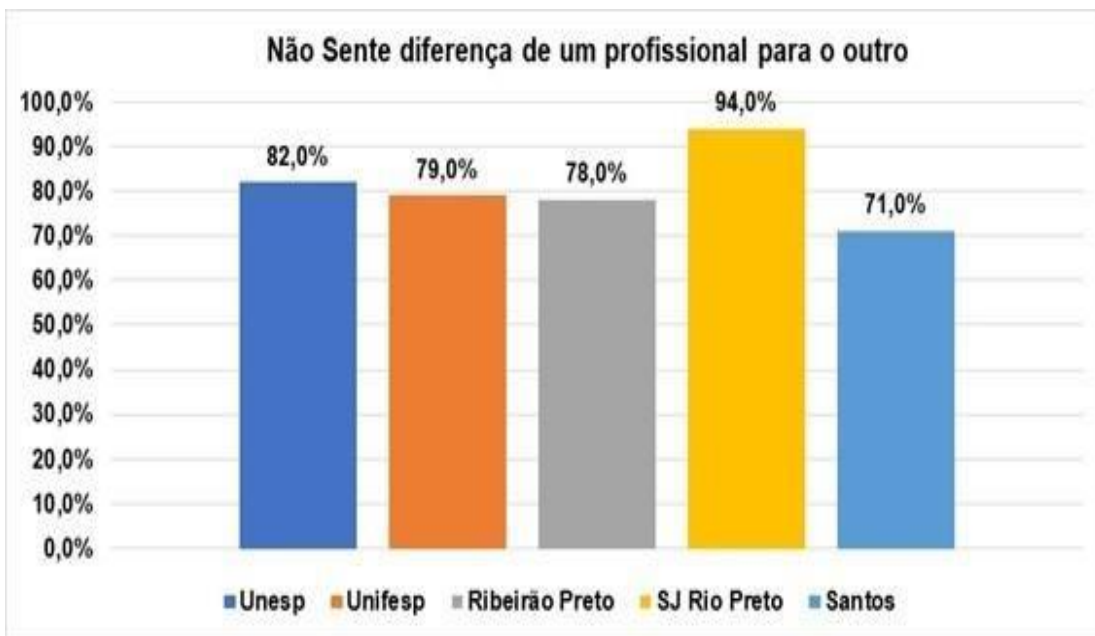
Quando questionados a respeito de onde receberam resultado do exame de Hepatite C, os resultados também demonstraram que maioria 81% UNESP; 66 % UNIFESP; 100,0 % Ribeirão Preto; 89 % São José do Rio Preto e 91 % Santos, afirmaram ter sido em consultórios.

Entretanto sobre a descoberta da doença, a maioria dos pacientes foi encaminhada para os ambulatórios de hepatites virais.

Uma particularidade encontrada onde se identificou que na avaliação do atendimento ambulatorial, a maior parte dos pacientes 100 % UNESP; 83 % UNIFESP; 75 % Ribeirão Preto; 82 % São José do Rio Preto e 79 % Santos relataram não terem encontrado dificuldades no atendimento no ambulatório de Hepatite C.

Assim, a Tabela 3 mostrou Avaliação direta e indireta do atendimento com os seguintes resultados demonstraram, houve diferenças significativas entre os centros em relação ao escore, sendo, SJRP > UNESP, Ribeirão Preto ( $p < 0.05$ ) UNESP, Santos > Ribeirão Preto ( $p < 0.05$ ); quando analisada separadamente, foi observado que os Ambulatórios de Ribeirão Preto (82/96%); UNIFESP (81/95%); Rio Preto (80/94%) e HCFMB/UNESP (80/84%) e Santos de (69/81%), foram classificados com bom e ótimo seu atendimento médico e de enfermagem UNIFESP (84/99%); Ribeirão Preto (82/96%); HCFMB/UNESP (80/94%); Rio Preto (79/93%) e Santos de (78/92%); relataram em não sentirem diferenças de um profissional para o outro, Rio Preto e UNESP foram mais destacados (entre 80 e 94%) os demais centros entre (70 e 80%); informação sobre o resultado de Hepatite C a maioria foram em consultórios; sobre a descoberta

da doença a maioria dos pacientes foram encaminhados para os ambulatórios de hepatites virais e a maior parte dos pacientes relataram não terem encontrado dificuldades no atendimento no ambulatório de Hepatite C.

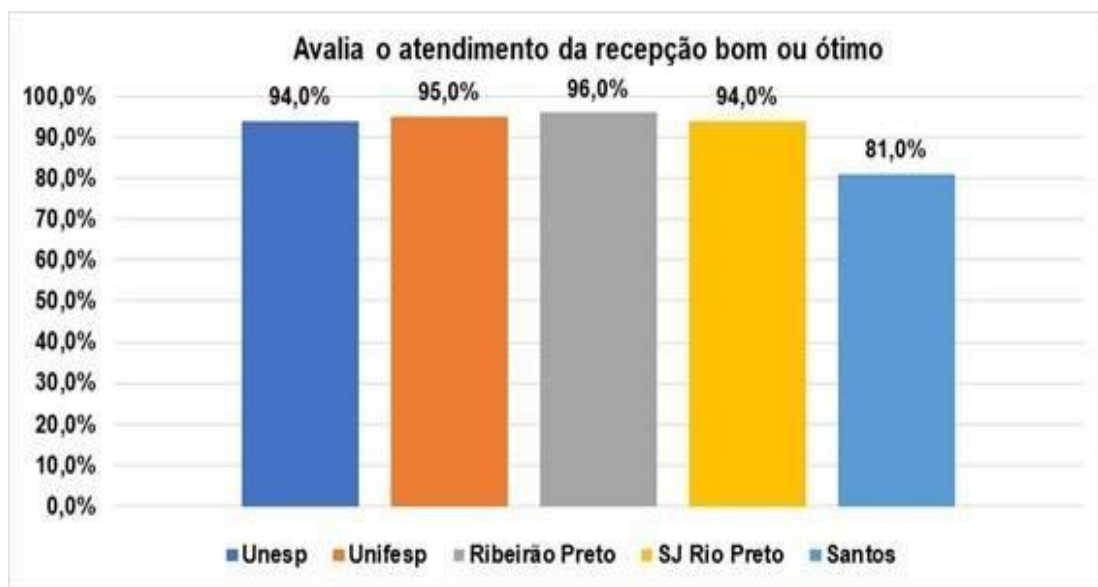


**Figura 6 – Avaliação da qualidade de atendimento do profissional**

Pode-se observar que à avaliação direta e indireta do atendimento, também houve diferenças significativas entre os centros em relação ao escore, sendo, SJRP > UNESP, Ribeirão Preto ( $p < 0.05$ ) UNESP, Santos > Ribeirão Preto ( $p < 0.05$ ).

Portanto, o modelo de tratamento baseado em cuidados interdisciplinares específicos com abordagem psicoterapêutica concomitante com equipe multidisciplinar, poderá ocorrer a redução de complicações e do tempo de tratamento da doença.

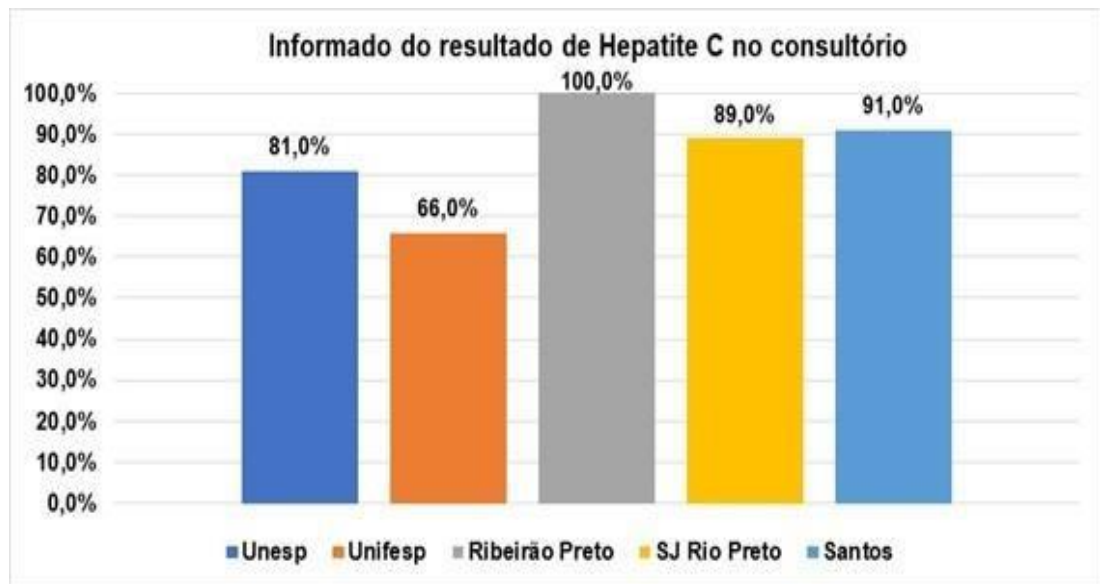
Médicos da atenção básica estão bem posicionados para atender a essa demanda crescente, mas, ainda não sentem à vontade para o tratamento da doença, portanto a intervenção da equipe multidisciplinar no acompanhamento do tratamento na atenção primária, qualificadas e treinadas, poderá responder ao tratamento das políticas de VHC, garantindo o tratamento, baseado em especialidades de conhecimentos<sup>40</sup>.



**Figura 7– Avaliação direta e indireta do atendimento recepção**

Avaliação do atendimento da recepção dos ambulatórios, encontramos a maior diferença entre os centros de 4 a 19% (Santos), avaliaram como ruim e/ou regular.

Apesar de não encontrarmos na literatura abordagem específicas neste quesito de avaliação, é facultativo e de extrema valia o acolhimento do paciente, com cordialidade, respeito e profissionalismo, no entanto, a falha neste quesito durante a recepção poderá contribuir tanto para manter a adesão dos portadores de hepatites virais ao tratamento, como também o abandono do mesmo.



**Figura 8 – Distribuição dos participantes em relação ao Local de recebimentodos diagnósticos para HCV**

Informação sobre o resultado de Hepatite C a maioria foram em consultórios, sendo, Ribeirão Preto 85 100%; Santos 77 (91%) e SJ Rio Preto 76 (89%); UNESP 69 (81%) e UNIFESP 56 (66%).

A informação do resultado, descoberta da doença e o encaminhado para o tratamento. Segundo o MS, o componente educativo direciona a importância da orientação e informação, como parte integrante do aconselhamento coletivo e individual.

Devendo o profissional, compreender a situação individual de cada usuário, sensibilizando o indivíduo sobre a necessidade de mudança e envolvimento com o tratamento da doença.

Durante essa abordagem, o profissional de saúde poderá realizar a avaliação de riscos e oferecer suporte emocional, garantindo o sigilo das informações em local de preferência próprio<sup>41</sup>.



**Figura 9**

### **Distribuição das respostas dos participantes em relação ao Avaliação quanto a qualidade do atendimento**

Uma particularidade encontrada onde se identificou que na avaliação do atendimento ambulatorial, a maior parte dos pacientes 100% UNESP; 98% UNIFESP; 88% Ribeirão Preto; 96% São José do Rio Preto e 93% Santos relataram não terem encontrado dificuldades no atendimento no ambulatório de Hepatite C.

Não foram observadas dificuldades no atendimento ambulatorial. No entanto, deve-se estar atento a esta situação, necessitando de avaliação mais detalhada, pois segundo PNHV determina que as intervenções ocorram por meio de Plano Operacional.

Além de sensibilizar os gestores a garantia da assistência adequada aos pacientes, promovendo a capacitação de recursos humanos, criação de novos centros de referência e a descentralização da assistência<sup>20</sup>.

**Tabela 4 - Conhecimento sobre a Hepatite C**

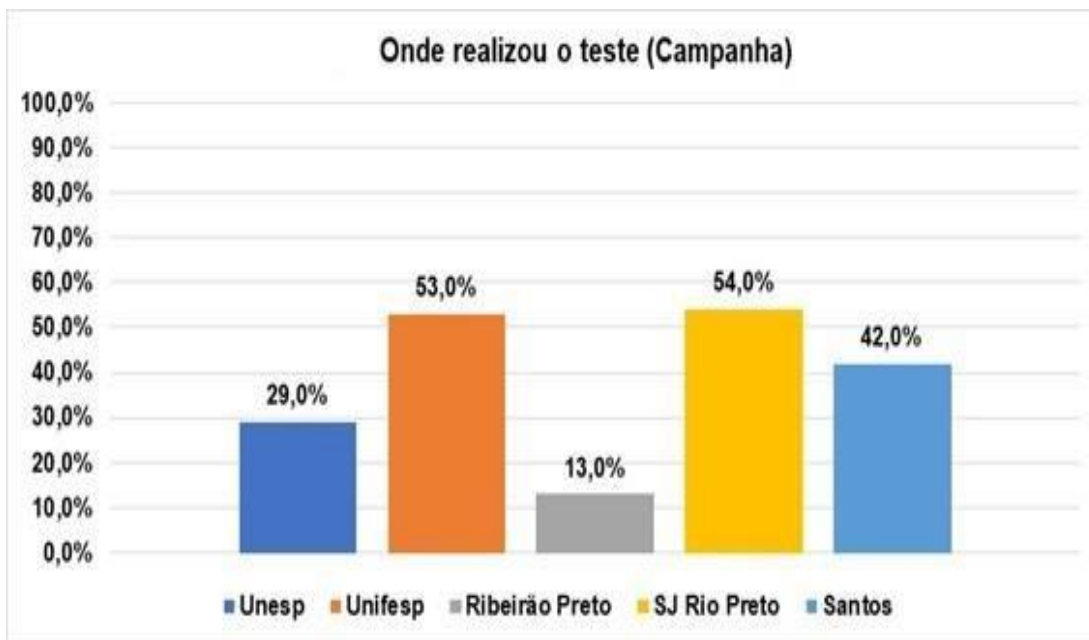
Variável	Centro				
	Unesp	Unifesp	Ribeirão Preto	SJ Rio Preto	Santos
	N %	N %	N %	N %	N%
Q21 Sabe como contraiu o vírus	34 40	28 32.9	37 43.5	24 28.2	35 41.2
Q22 Onde realizou o teste					
Ambulatório	22 26	30 35	60 71	31 36	40 47
Campanha	<b>25 29</b>	<b>45 53</b>	<b>11 13</b>	<b>46 54</b>	<b>36 42</b>
Hospital	29 34	10 12	14 16	8 9	9 11
Outros	9 11	85 00	85 00	85 00	85 00
Q23 Sangue exame realizado para o diagnóstico	85 100	84 98.8	85 100	85 100	84 98.8
Q24 Tem familiar portador de Hep C	<b>78 91.8</b>	<b>79 89.4</b>	<b>85 100</b>	<b>84 98.8</b>	<b>68 80</b>
Q25 Parceiro fez o teste após a descoberta	<b>56 65.9</b>	<b>67 78.8</b>	<b>26 30.6</b>	<b>74 87.1</b>	<b>74 87.1</b>
Q27. Há quanto tempo faz uso do medicamento					
0 a 1 ano	40 47	56 65,8	23 27	24 28,2	49 57,6
1 a 2 anos	<b>18 21,1</b>	<b>19 22,3</b>	<b>55 64,7</b>	<b>33 38,8</b>	<b>25 29,4</b>
> 2 anos	27 31,7	10 11,7	07 8,2	28 32,9	11 12,9
Q28 Já teve algum efeito colateral	24 28.2	13 15.3	09 10.6	12 14.1	15 17.6
Q29 Já abandonou o tratamento	07 8.2	01 1.2	04 4.7	00 0.0	02 2.4
Q30 Houve recidiva	<b>18 21.2</b>	<b>05 5.9</b>	<b>02 2.4</b>	<b>03 3.5</b>	<b>05 5.9</b>
Q31 Tem Acompanhante	<b>55 64.7</b>	<b>35 41.2</b>	<b>69 81.2</b>	<b>52 61.2</b>	<b>18 21.2</b>

**Qui-quadrado ou Exato de Fisher**

A Tabela 4, não permite a construção de escores porque as perguntas contidas nestas tabelas não são exclusivamente binárias, além de não representarem um único conceito. Para a análise foram realizadas utilizando os testes não paramétricos Exato de Fisher ou Qui-quadrado.

Nos dados expostos nas tabelas 4 pode-se observar quanto ao conhecimento sobre o VHC, foi realizado o teste para o diagnóstico da doença a maioria ocorreram em campanhas,

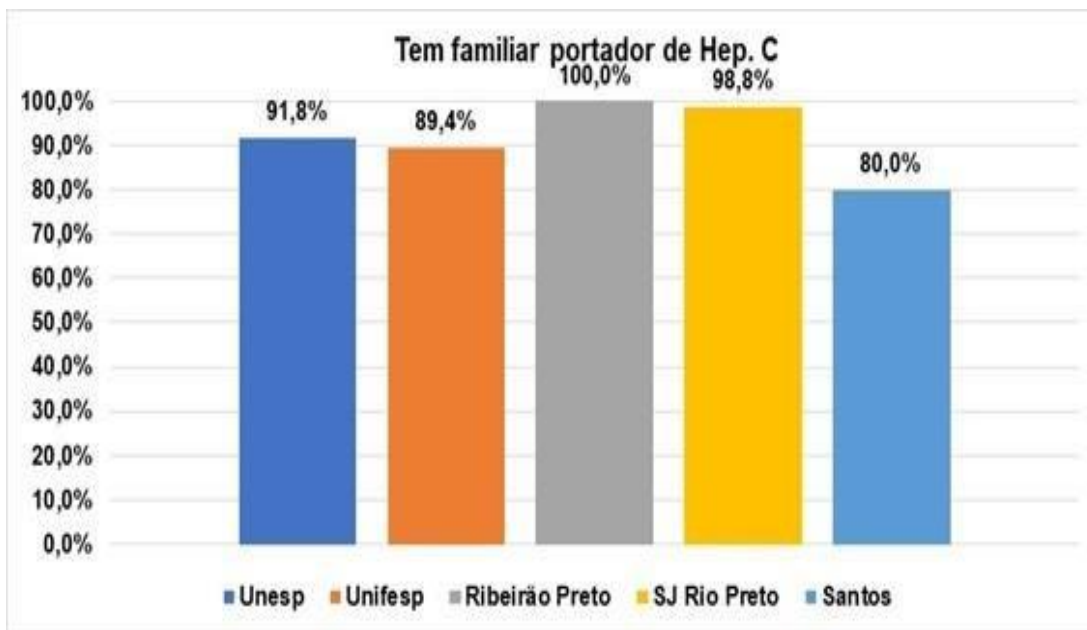
havendo diferenças significativas entre os centros; UNESP (36/42%), UNIFESP (45/53%);  
Ribeirão Preto (11/13%), SJRP (46/54%) e Santos (36/42%).



**Figura 10 – Local de realização do teste VHC**

O diagnóstico confirmado por critério clínico laboratorial correspondeu a 60% dos casos. Ocorrendo em diversos locais de coleta hospitalares; campanhas e outros. Não havendo confirmação diagnóstica por critério clínico-epidemiológico.

Diante deste cenário torna-se necessário o enfoque em rastrear e testar todos indivíduos que podem estar infectados ainda sem diagnóstico<sup>35</sup>.



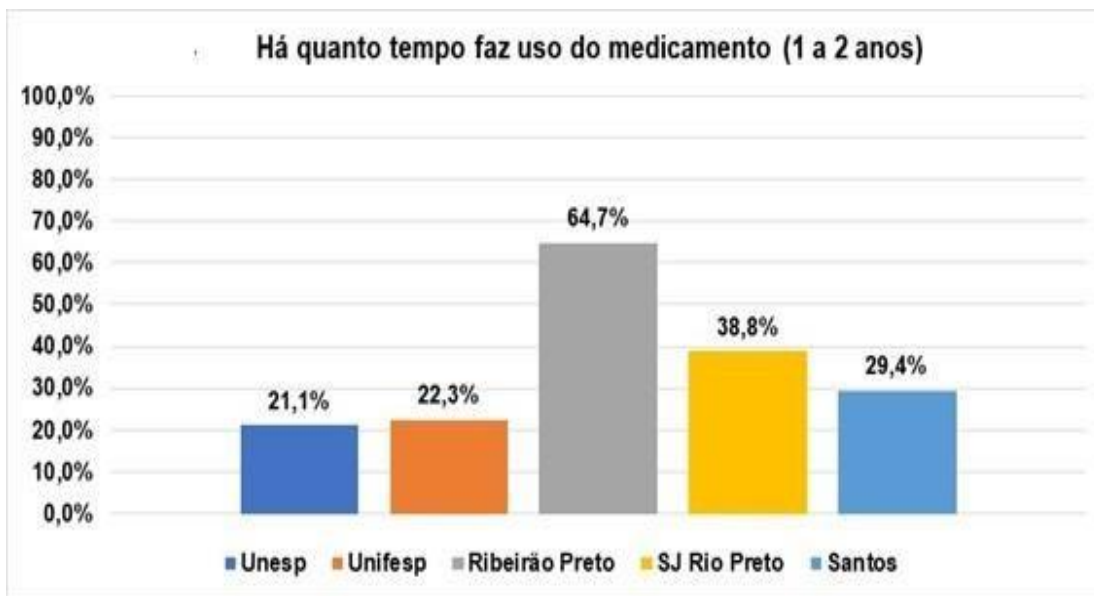
**Figura 11 – Familiar portador VHC**

A transmissão intrafamiliar foi demonstrada em estudos epidemiológicos. Na literatura existem diferentes prevalências de transmissão entre o doente/portador do VHC e seus contactantes, dependendo do tipo de exposição e tipo de relacionamento (cônjuges, pais, filhos e companheiros sem atividade sexual), o tempo de exposição e de convívio, toxicodependência e doenças associadas, como a coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), podem estar relacionadas e exposto à doença<sup>42</sup>.



**Figura 12 – Parceiro fez o teste**

Estudo realizado e analisado epidemiologicamente e filogeneticamente o vírus da hepatite C em diversos casais infectados relata haver controvérsia na transmissão sexual do mesmo, mas devido ao alto grau de similaridade genômica entre os vírus da hepatite C podem ocorrer a transmissão entre os casais, sendo que o uso compartilhado de utensílios de higiene pessoal sugere a possibilidade de transmissão intrafamiliar<sup>42</sup>.

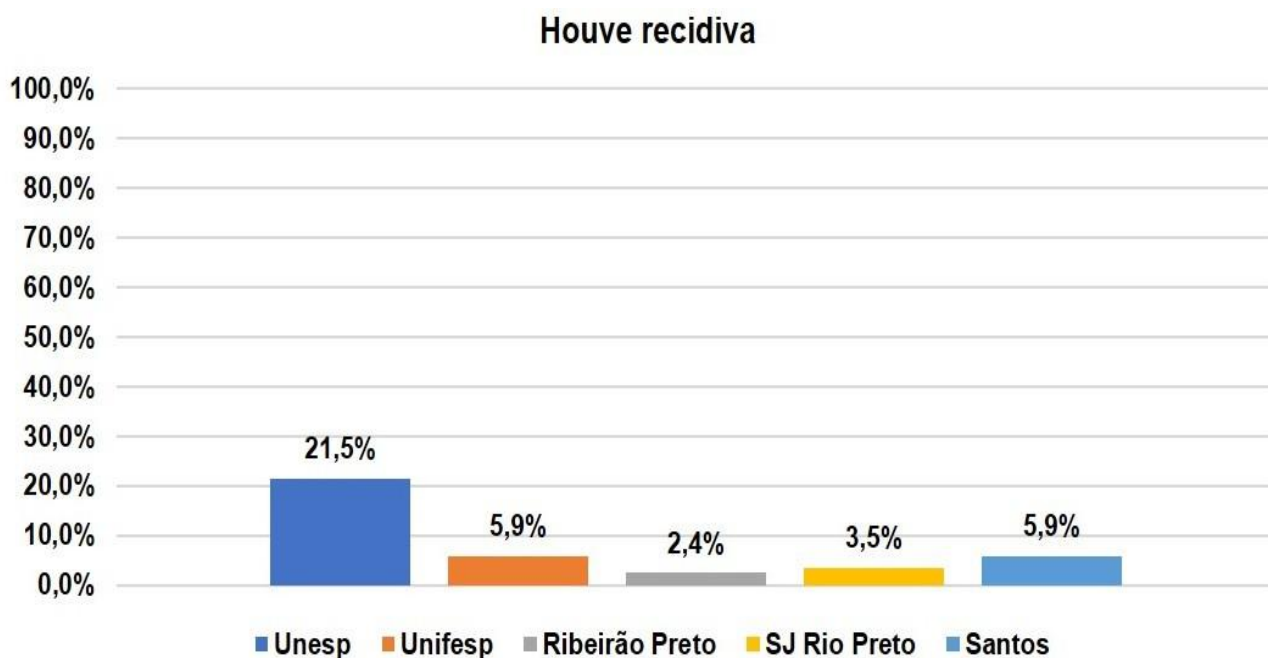


**Figura 13 – Tempo de uso do medicamento**

Atualmente, com a maior implementação da nova geração de medicamentos com ação antiviral direta de alta eficácia e efeitos colaterais reduzidos, a prevalência do vírus C reduziu consideravelmente, constituindo opção principalmente para pacientes imunodepressivos, dentre eles principalmente os psiquiátricos e portadores de doenças autoimuneserapêutica<sup>15,43</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela cobertura à saúde de aproximadamente 80% da população brasileira e as terapêuticas medicamentosas expressam custos significativos e apresentam parcela substancial dos gastos públicos em saúde. Salienta-se, desse modo que os estudos voltados para a avaliação econômica em saúde são imprescindíveis para descrever o perfil dos gastos e definir critérios para a priorização de grupos de patologias<sup>5</sup>.

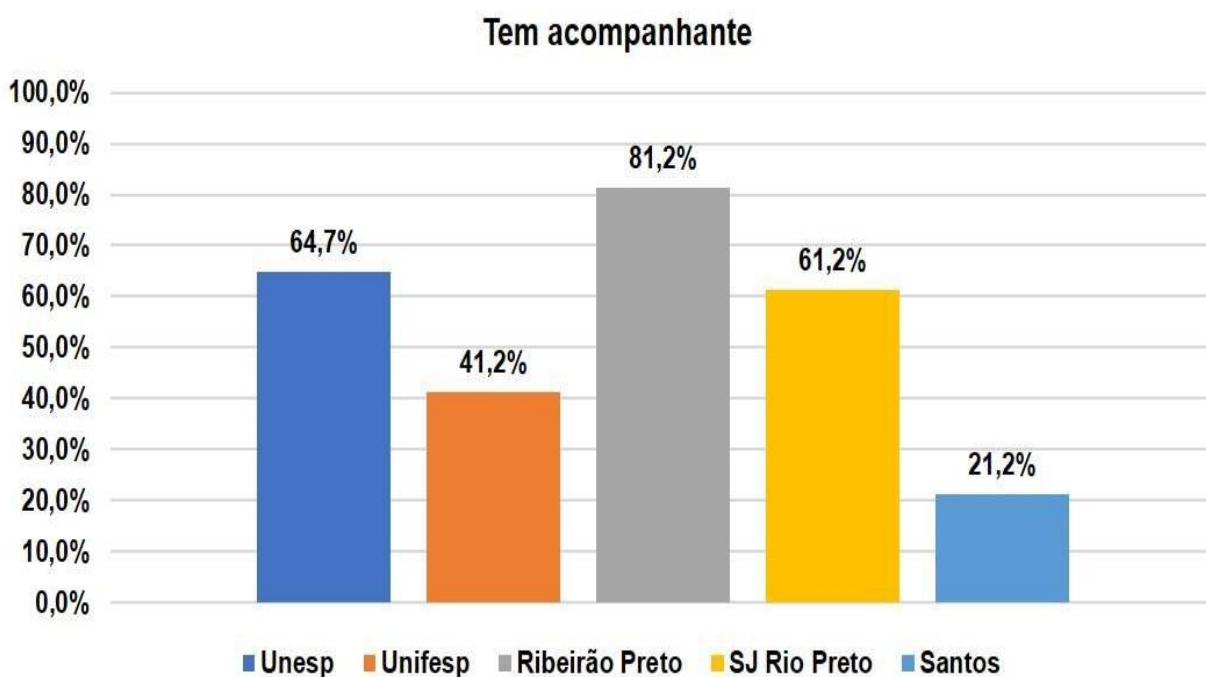
Cria-se, nesse contexto, a possibilidade de racionalização de custos sem prejuízos na qualidade da assistência clínica, diagnóstica e/ou terapêutica<sup>44,45</sup>.



**Figura 14 – Recidiva do vírus do HCV**

Em estudos realizados por Rutter em 2013, encontraram que houve as recidivas após a interrupção do tratamento entre 8 e 12 meses. Os antivirais de ação direta de nova geração (Sofosbuvir, Daclatasvir e Simeprevir) apresentaram uma alta taxa de RVS. Pacientes apresentaram uma taxa de RVS discretamente maior do que pacientes que já realizaram terapias anteriores (respondedores nulos, respondedores parciais e recidivantes).

As taxas de RVS não demonstraram variação significativa de acordo com o tempo de tratamento (12 ou 24 semanas). Após obtenção de RVS a doença hepática regride em parcela significativa dos pacientes. Portanto, a RVS impede a progressão da doença hepática<sup>46</sup>.



**Figura 10 – Tem acompanhante**

Por não encontrarmos na literatura artigos que venham a discutir sobre a importância do acompanhante durante as consultas, verificamos que, segundo a legislação brasileira assegura a presença de acompanhante em consultas, independentemente da idade, sexo, condição física ou mental do atendido. Esse direito é garantido pela portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que prevê ao paciente “o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames” e também assegura “o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida”.

No entanto, durante a pesquisa os pacientes relataram que o acompanhante durante as consultas faz enorme diferença, pois, facilita o entendimento das informações passadas pela equipe multiprofissional no seguimento do tratamento.

## 7. DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivos avaliar e comparar o atendimento multidisciplinar em cinco ambulatórios de Hepatite C do Estado de São Paulo, quanto ao grau de satisfação dos usuários, grau de dificuldade no acompanhamento do tratamento e comparar a qualidade de atendimento entre os cinco ambulatórios, descrevendo as diferenças entre os mesmos.

Os resultados evidenciaram que a avaliação do acompanhamento recebido pelos usuários dos serviços ambulatoriais em cada um dos centros em relação ao escore, apresentou diferenças estatisticamente significantes entre os centros, entretanto se comparadas separadamente observou-se desconhecimento de uma equipe multiprofissional no acompanhamento durante o tratamento. No entanto, os pacientes relataram que também são atendidos por mais do que um profissional de saúde, deixando uma incógnita sobre seu conhecimento das características multiprofissionais.

Quanto à avaliação direta e indireta do atendimento, houve diferenças significativas entre os centros em relação ao escore, e quando avaliado o atendimento separadamente, observou-se que os Ambulatórios foram classificados como bom e ótimo o atendimento médico e da enfermagem. Também, a maioria dos pacientes relatou não sentirem diferenças de atendimento entre os profissionais.

Portanto, a Tabela 2 a avaliação do acompanhamento recebido pelos usuários do serviço ambulatorial nos diversos centros em relação ao escore de acompanhamento observou-se diferenças, que, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções, relata que, para um melhor manejo, adesão ao tratamento com garantia da eficácia e segurança do tratamento à hepatite C, a rede especializada deve conter um Serviço de Tratamento Assistido (STA), sendo um modelo de serviço de atendimento por uma equipe multiprofissional que atendam o paciente em suas necessidades terapêuticas, enfatizando sua importância no tratamento e acompanhamento dos portadores da Hepatite.<sup>15</sup>

O Programa e protocolos aplicados pela equipe multiprofissional da saúde envolvem certa complexidade nas questões que envolvem a hepatite C, entretanto, torna-se indispensável que ocorra uma abordagem interdisciplinar envolvendo um atendimento individualizado e integral à pessoa acometida pela hepatite.

Com isso, preconizar a equipe mínima multidisciplinar médico, enfermeiro, farmacêutico, psicólogo e assistente social ao atendimento com a garantia do tratamento da doença. Entretanto na competência do Sistema Único de Saúde (SUS), as hepatites virais possuem uma rede de cuidados em nível de atenção básica, média e alta complexidade. Assim, há um entendimento neste Sistema de que o planejamento regional da atenção deve ser feito de modo integrado, para que os serviços não fiquem restritos ao âmbito municipal, garantindo o acesso do paciente aos recursos necessários para resolução de seu problema<sup>28</sup>.

Portanto, a relação profissional da saúde e pacientes em todos os âmbitos do tratamento e cuidados da hepatite C necessita da corresponsabilidade, além da cumplicidade, sendo vital o apoio da rede de cuidados, propondo suporte no atendimento integral aos pacientes e garantindo o suporte biopsicossocial. Assim, para garantir o atendimento da demanda, faz-se necessário estruturar a equipe multiprofissional, especialmente voltada ao tratamento da hepatite C. Além, da necessidade de elaboração de novas pesquisas relacionada à elaboração de novas políticas de saúde que possa atender as pessoas portadora desta doença<sup>29</sup>.

O atendimento clínico multiprofissional aos pacientes com doença hepática relacionada ao VHC avançou consideravelmente, devido aos desenvolvimentos nos procedimentos de diagnóstico e melhorias na terapia e prevenção agudas e crônicas pelo VHC a partir de 2018.

Entretanto, na Tabela 3, quanto à avaliação direta e indireta do atendimento, houve diferenças significativas entre os centros em relação ao escore, e separadamente, classificaram como bom e ótimo os atendimentos médico e de enfermagem e relataram em não sentirem diferenças entre os diversos profissionais.

Portanto, a literatura, mostra que no atendimento multidisciplinar, existem modelos de interdependência; atividades profissionais e atos conjuntos, compartilhando as responsabilidades durante todo o processo, por meio da reflexão e conscientização dos membros no trabalho em equipe, garantindo o fortalecimento entre o relacionamento e a eficácia do acompanhamento desses usuários no ambulatorio<sup>30</sup>.

A baixa adesão às intervenções médicas prescritas é um problema sempre presente e complexo, podendo comprometer ao tratamento clínico/terapêutico, devido ser o elo fundamental entre processo e resultado na assistência médica e medicamentos. Assim, o regime

terapêutico, ainda, pode impactar no resultado clínico. Portanto, o modelo de tratamento baseado em cuidados interdisciplinares específicos com abordagem psicoterapêutica concomitante com equipe médica multidisciplinar, poderá ocorrer a redução de complicações e do tempo de tratamento da doença<sup>40</sup>.

No entanto, médicos da atenção básica estão bem posicionados para atender a essa demanda crescente, mas, ainda não vontade para o tratamento do VHC, portanto a intervenção da equipe multidisciplinar no acompanhamento do tratamento de VHC em vários locais de atenção primária, qualificadas e treinadas, respondendo à natureza evolutiva do tratamento e das políticas de VHC, poderá garantir tratamento de alta qualidade, baseado em especialidades de conhecimentos<sup>47,49</sup>.

Assim, se tratando de uma doença silenciosa, seria de extrema importância que as pessoa, receba informações e realizem regularmente exames de rotina que detectam todas as formas de hepatite, pois o diagnóstico precoce da hepatite amplia a eficácia do tratamento<sup>30,51</sup>.

Ao usuário é assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região. “Decreto n 7508, de 28 de junho de 2011. A rede de cuidados em IST/AIDS preconiza o cuidado multiprofissional; atenção contínua e integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas. Compartilhando os objetivos e compromissos focando no ciclo completo da atenção a uma condição de saúde. Mas, apenas cita que deve existir a equipe multiprofissional, entretanto, não deixa explícito quais são a quantidade de profissionais para atuar junto a essa demanda de atendimento.

A informação sobre o resultado, a descoberta da doença e o encaminhado para o tratamento. Segundo o Ministério da Saúde, o componente educativo direciona a importância da orientação e informação, como parte integrante do aconselhamento coletivo e individual. Devendo o profissional, compreender a situação individual de cada usuário, sensibilizando o indivíduo sobre a necessidade de mudança e envolvimento com o tratamento da doença. Durante essa abordagem, o profissional de saúde poderá realizar a avaliação de riscos e oferecer suporte emocional<sup>41</sup>.

Sobre os pacientes não encontrarem dificuldades no atendimento no ambulatório de Hepatite C, alguns pesquisadores relatam que para o sucesso do acompanhamento e adesão ao

tratamento, o profissional de saúde deve estabelecer uma sólida relação com os pacientes, proporcionando, maior aceitação do paciente e abordagem do profissional de saúde, relacionados à identificação e intervenção precoce da doença<sup>48</sup>.

As Tabelas 1 e 4, apesar de não permitirem a construção de escores porque as perguntas feitas nestas tabelas não são exclusivamente binárias e não representem um único conceito, mostrou que a maioria dos testes foi realizado durante as campanhas. Diante deste cenário torna-se necessário o enfoque em rastrear e testar todos indivíduos que podem estar infectados ainda sem diagnóstico<sup>35</sup>.

Sobre a família portadora do vírus da VHC, dependendo do tipo de exposição e tipo de relacionamento (cônjuges, pais, filhos e companheiros sem atividade sexual), a doença poderá estar associada e relacionada a essa pré exposição<sup>42,50</sup>.

A contaminação do parceiro pelo vírus do VHC, também relacionado a contrair a doença, segundo a literatura, relata que podem ocorrer a transmissão entre os casais, devido a relação sexual e o uso compartilhado de utensílios de higiene pessoal com a possibilidade de transmissão intrafamiliar<sup>42</sup>.

Entretanto, o tempo de uso de medicamentos ocorreu entre 1 a 2 anos. Atualmente com a maior implementação da nova geração de medicamentos com ação antiviral direta de alta eficácia e efeitos colaterais reduzidos, a prevalência do vírus C reduziu consideravelmente, constituindo opção principalmente para pacientes imunodepressivos<sup>15,43</sup>.

Portanto, o índice da recidiva foi relativamente baixo. Em estudos realizados por Rutter em 2013, encontraram que houve recidivas após a interrupção do tratamento entre 8 e 12 meses. Os antivirais de ação direta de nova geração (Sofosbuvir, Daclatasvir e Simeprevir) apresentaram uma alta taxa de RVS. Pacientes apresentaram uma taxa de RVS discretamente maior do que pacientes que já realizaram terapias anteriores (respondedores nulos, respondedores parciais e recidivantes). As taxas de RVS não demonstraram variação significativa de acordo com o tempo de tratamento (12 ou 24 semanas). Após obtenção de RVS a doença hepática regride em parcela significativa dos pacientes. Portanto, a RVS impede a progressão da doença hepática<sup>46,52</sup>.

A presença de acompanhante durante as consultas ocorreu, entre 2,2% e 81,2%. Segundo a legislação brasileira assegura a presença de acompanhante em consultas,

independentemente da idade, sexo, condição física ou mental do atendido. Esse direito é garantido pela portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que prevê ao paciente “o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames” e também assegura “o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida”.

Na tabela 1, relacionado à situação sócio demográfica em relação a idade a maioria estavam entre 21 e 40 anos e > 40 anos de idade. Segundo estudos, colocam que a prevalência da população que indivíduos jovens com idade entre 18 e 38 anos. Tal fato também foi observado em outros estudos com populações a faixa etária de indivíduos diagnosticados foram entre 30 a 59 anos de idade, mas também com maior prevalência da faixa etária de 50 a 64 anos sexo masculino<sup>31,32,33</sup>.

Quanto ao sexo a maioria era masculino (60 70,5% UNESP; 53 62,3% S J Rio Preto; 52 61,1% Santos; 40 47,0% Ribeirão Preto e 37 43,5% UNIFESP). Estudos realizados, relatam que, população anti-HCV reagente era predominantemente do sexo masculino. De acordo com os dados do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais, foram confirmados 60.908 casos de hepatite C em pacientes do sexo masculino<sup>44</sup>. Ao analisar a vulnerabilidade da população para a hepatite C, a partir do perfil dos portadores do vírus, constataram que os homens têm mais atitudes que os deixam mais expostos ao vírus pelo uso de drogas injetáveis ou inaláveis, consumo de álcool e a prática de relações sexuais sem uso de preservativo terapêutica<sup>35,36,7</sup>.

O diferencial desta pesquisa está no fato de apontar a importância do trabalho da equipe, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e assistentes sociais, comumente denominada equipe multiprofissional ou interdisciplinar de saúde, buscando como objetivos em promover à saúde, prevenir complicações, desenvolver habilidades e favorecer a autonomia e confiança do paciente.

As limitações desta pesquisa se deram pela falta de incentivo financeiro e distancia dos locais de estudos proposto nesta pesquisa, havendo necessidade do deslocamento em média de 5 a 8 viagem para cada Ambulatório proposto nesta pesquisa.

Não houve financiamento ou qualquer incentivo financeiro, sendo que o pesquisador assumiu todos os gastos financeiros com impressos, viagem, transporte e hospedagem durante a coleta de dados e execução da Pesquisa.

## 8. CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa sugerem que, apesar da importância do tema, na prática, ainda os usuários demonstraram o desconhecimento da existência da equipe multiprofissional durante o seu tratamento. Entretanto, classificaram que a equipe médica e de enfermagem durante o acompanhamento e atendimento ambulatorial de bom e ótimo.

Capacitar e treinar a equipe multiprofissional, em todos os níveis de complexidade para realização:

- Ações de promoção da saúde

Prevenção e assistência às hepatites virais

Definir e implementar estratégias de prevenção as hepatites virais

Adequar à rede de assistência laboratorial e ambulatorial à demanda das hepatites virais

Elaborar e manter atualizado sobre o Tratamento das Hepatites Virais.

Assim, os resultados apontam a necessidade da gerência dos ambulatórios, intensifiquem aos pacientes da existência e importância do papel da equipe multiprofissional como educador em saúde. Proporcionando habilidades e intervenções educativas e terapêuticas, vindo garantir suporte no atendimento integral biopsicossocial. Sendo fundamental para o sucesso de adesão, assistência, acompanhamento e atendimento ambulatorial.

Nos Ambulatórios envolvidos na pesquisa, identificou-se que não há composição de equipe multiprofissional oficial, exceto o médico e enfermeiro. Os demais profissionais participam do processo informalmente. Assim, estes resultados apontam para a necessidade de que a gerência dos ambulatórios conscientize os pacientes da existência e importância do papel da equipe multiprofissional como educador em saúde. Essa conscientização proporcionará habilidades e intervenções educativas e terapêuticas objetivando garantir o suporte no atendimento integral biopsicossocial.

Há uma necessidade importante de educação continuada direcionada a toda equipe assistencial, a fim de prepará-los para realizar avaliação e acompanhamento de pacientes clínicos, diminuindo as lacunas do conhecimento e instrumentalizando-os com a teoria e prática.

O Brasil é um país com dimensões continentais e, por isso, apresenta variabilidade na distribuição do HCV em suas diferentes regiões, o que torna essencial o conhecimento da frequência e da distribuição desse vírus, a fim de subsidiar a implementação de medidas de controle e, assim, combater a infecção.

A maioria dos pacientes relatou não sentirem diferenças de atendimento entre os profissionais.

Dessa forma, ressalta-se a importância do preenchimento correto e da completude dos campos da ficha de notificação no momento da investigação epidemiológica, uma vez que a vigilância epidemiológica é uma ferramenta imprescindível para o entendimento da dinâmica de epidemias por HCV.

Há necessidade em estabelecer o conhecimento e interação da equipe, uma assistência sobre padronização de novas tecnologias disponibilizadas pelo SUS para o tratamento clínico terapêutico de cada paciente.

Além, da extrema importância na elaboração de uma Padronização e Universalização dos Parâmetros Multidisciplinares nos diversos Ambulatórios de portadores do VHC, objetivando uma melhor assistência aos Pacientes.

## 9. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS 2016. 2015; 5(1). 64 p.
2. Moia LJMP, Amaral ISA, Farias AJL, Silva MMA. Infecção pelo vírus da hepatite C em hospital de referência na Amazônia brasileira. *Rev Para Med [Internet]*. 2014 jul-set [citado dia Mês ano]; 28(3):19-25.
3. Freitas SZ, Teles SA, Lorenzo PC, Puga MAM, Tanaka TSO, Thomaz DY, et al. HIV and HCV coinfection: prevalence, associated factors and genotype characterization in the Midwest Region of Brazil. *Rev Inst Med Trop S Paulo*. 2014 Nov-Dec;56(6):517-24. doi: 10.1590/S0036-46652014000600011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
5. Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) in Euro Coord, Lewden C, Bouteloup V, De Wit S, Sabin C, Mocroft A, et al. All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4 = 500/mm<sup>3</sup> compared with the general population: evidence from a large European observational cohort collaboration. *Int J Epidemiol*. 2012; 41:433-45.
6. Westbrook, Rachel H, and Geoffrey Dusheiko. 2014. "Natural History of Hepatitis C." *Journal of Hepatology* 61(1 Suppl): S58-68.
7. Stevens GA, Alkema L, Black RE, Boerma JT, Collins GS, Ezzati M et al. Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting: the GATHER statement. *Lancet*. 2016;388(10062):1–5 ([https://www.researchgate.net/publication/304576854\\_Guidelines\\_for\\_Accurate\\_and\\_Transparent\\_Health\\_Estimates\\_Reporting\\_The\\_GATHER\\_statement](https://www.researchgate.net/publication/304576854_Guidelines_for_Accurate_and_Transparent_Health_Estimates_Reporting_The_GATHER_statement), accessed 28 March 2018).
8. Fauteux-Daniel S, Larouche A, Calderon V, Boulais J, Béland C, Ransy DG, Boucher M, Lamarre V, Lapointe N, Boucoiran I, Le Champion A, Soudeyns H. 2017. Vertical transmission of hepatitis C virus: variable transmission bottleneck and evidence of midgestation in utero infection. *J Virol* 91:e01372-17. <https://doi.org/10.1128/JVI.01372-17>.
9. Joint United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS). 90-90-90: an ambitious treatment target to the help end the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/Aids; 2014.
10. The White House. Office of the Press Secretary. HIV care continuum initiative. Washington DC: White House; 2013.
11. Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH). Relatório do Grupo de Estudos da Sociedade Brasileira de Hepatologia. Epidemiologia da infecção pelo vírus da Hepatite C no Brasil [Internet]. GED. 1999 [citado 12 Ago 2015]; 18:53-58. Disponível em: [www.sbhepatologia.org.br](http://www.sbhepatologia.org.br).

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 863, 4 Nov 2002. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Hepatite Viral Crônica C. Brasília; 2002.
14. Silva GF, Villela Nogueira CA, Mello CEB, Soares EC, Coelho HSM, Ferreira PRA, et al. Peginterferon plus ribavirin and sustained virological response rate in HCV-related advanced fibrosis: a real life study. *Braz J Infect Dis*. 2014; 18(1):48-52. doi: 10.1016/j.bjid.2013.05.007.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 68 p.
16. Gomes DT. Perfil Epidemiológico dos Portadores de Hepatite C e a Vulnerabilidade da População: Potencialidades para a Enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Dispõe sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série A. Normas e manuais técnicos).
18. Gupta K, Romney D, Briggs M, Benker K. Effects of a brief educational program on knowledge and willingness to accept treatment among patients with hepatitis C at inner-city hospitals. *J Commun Health*. 2007; 32(4):221-30.
19. Minuk GY, Gutkin A, Wong SG, Kaita KD. Patient concerns regarding chronic hepatitis C infections. *J Viral Hepat*. 2005; 12(1):51-7.
20. Surjadi M, Torruellas C, Ayala Jr HF, Khalili M. Formal patient education improves patient knowledge of hepatitis c in vulnerable populations. *Dig Dis Sci*. 2011; 56(1): 213-9. doi: 10.1007/s10620-010-1455-3.
21. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(1):103-9.
22. Mazon CCX, Teixeira ACF, Romeiro FG, Kawanami GH, Fioretto LM. Tratamento Interdisciplinar das Hepatites virais no Hospital Estadual Bauru: relato de experiência. *Aletheia*. 2011; 35-36:190-201.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Hepatites Virais: avaliação da assistência às hepatites virais no Brasil 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
24. Neres MV. Influência da tecnologia educacional na avaliação do conhecimento de portadores de hepatite C crônica sobre sua doença e aderência ao tratamento antiviral [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

25. Otenio CCM, Nakama L, Lefevre AMC, Lefevre F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. *Saúde Soc.* 2008; 17(4):135-50.
26. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
27. Bleger J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
28. Scherer EA, Campos MA. O trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. In: Maturano EM, Loureiro SR, Zuardi AW (org). *Estudos em Saúde Mental*. Ribeirão Preto (SP): Comissão de Pós-graduação em Saúde Mental - FMRP/USP; 1997. p. 264-85.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil* Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 418 p.
30. Souza, DP. Corresponsabilidade no Cuidado a Pessoas com Hepatite C [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. 139 p
31. Duarte E, Eble LJ, Garcia LP. 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2018 Mar [citado dia Mês ano]; 27(1):e00100018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100018>.
32. Nasir A, Todd CS, Stanekzai MR, Bautista CT, Botros BA, Scott PT et al. Prevalence of HIV, hepatitis B and hepatitis C and associated risk behaviours amongst injecting drug users in three Afghan cities. *Int J Drug Policy*. 2011;22(2):145-52. doi: 10.1016/j.drugpo.2010.10.006.
33. Oliveira TJB, Reis LAP, Oliveira Barreto LSL, Gomes JG, Manrique EDC. Perfil epidemiológico dos casos de hepatite C em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas no estado de Goiás, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2018;9(1):51-7.
34. Rosa F, Carneiro M, Duro LN, Valim ARM, Reuter CP, Burgos MS, et al. Prevalência de anti-HCV em uma população privada de liberdade. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(5):557-60.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
36. Peña-Orellana M, Hernández-Viver A, Caraballo-Correa G, Albizu-García CE. Prevalence of HCV risk behaviors among prison inmates: tattooing and injection drug use meharry medical college. *J Health Care Poor Underserved*. 2011 Aug;22(3):962- 82. doi: 10.1353/hpu.2011.0084.
37. Saiz de la Hoya P, Marco A, García-Guerrero J, Rivera A Prevalhep study group. Hepatitis C and B prevalence in Spanish prisons. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2011;30(7):857-62. doi: 10.1007/s10096-011-1166-5.

38. Bandeira LL, Souza CS, Marques DR, Peruzini GA, Guedes LV, Souza Neto JD. Epidemiologia das hepatites virais por classificação etiológica. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2018 out-dez;16(4):227-31.
39. Shutt, JD.; Robathan, J.; Vyas, SK. Impact of a clinical nurse specialist on the treatment of chronic hepatitis C. *Br J Nurs*. 2008;17(9): 572-5.
40. Bronstein LR. A model for interdisciplinary collaboration. *Soc Work*. 2003; 48(3): 297– 306.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids: Recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 224 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
42. Cruz CRB, Shirassu MM, Martins WP. Comparação do perfil epidemiológico das hepatites B e C em um serviço público de São Paulo. *Arq Gastroenterol*. 2009; 46(3):225-9.
43. Cavalheiro, NP; De La Rosa, A; Elagin, S; Tengan, FM; Araújo, ESA; Barone, A. Hepatite C: Transmissão Sexual ou Intrafamiliar? Análise Epidemiológica e Filogenética do Vírus da Hepatite C em 24 Casais Infectados. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009; 42 (3): 239-244.
44. Ferreira VL, Pontarolo R. Contextualização e avanços no tratamento da hepatite c: uma revisão da literatura. *Visão Acadêmica [Internet]*, Curitiba. 2017 [citado 21 Jan 2018];18(1):1-19.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/acd.v18i1.51007>.
45. Souza Júnior EV, Silva SR, Nunes GA, Santos LV, Souza DF de, Lopes NS, et al. Gastos públicos com hospitalizações devido às hepatites virais. *Rev enferm UFPE On Line [Internet]*. 2019 [citado dia Mês ano];13: e 240109. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240109>
46. Almeida, CSC, Martins LC. Soroepidemiologia do vírus da hepatite C em cônjuges de portadores desse vírus. *Rev para med*. 2015. 29(1):11-6.
47. Neri S, Bertino G, Petralia A, Giancarlo C, Rizzotto A, Calvagno GS, et al. A multidisciplinary therapeutic approach for reducing the risk of psychiatric side effects in patients with chronic hepatitis C treated with pegylated interferon alpha and ribavirin. *J Clin Gastroenterol*. 2010 Oct;44(9):e210-7. doi: 10.1097/MCG.0b013e3181d88af5.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de aconselhamento em hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
49. Sokol R, Early J, Barner A, Gottfried S, Gumpert R, Libaridian L, et al. Implementation of a multidisciplinary, team-based model to treat chronic hepatitis C in the primary care setting: Lessons learned. *Healthcare [Internet]*. 2018 [citado dia Mês ano]; 6(3):205-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2017.09.005>

50.Sun, X, Patnode, C, Williams, C, Senger, C, Kapka, T, Whitlock E. (2012, December). Interventions to improve patient adherence to hepatitis C treatment: comparative effectiveness. *Comparative Effectiveness*. 2012; (91).

51.Beloque A, GIV – Grupo de incentivo à vida. Alguns dados sobre a situação da Hepatite C no Brasil para ativistas de HIV/AIDS. São Paulo: Ministério da Saúde. Programa de Hepatites Virais do Estado de São Paulo. Programa de Hepatites Virais da Cidade de São Paulo; 2018. 54 p.

52.Rutter K, et al. Durability of SVR in chronic hepatitis C patients treated with peginterferon- $\alpha$ 2a/ribavirin in combination with a direct-acting anti-viral. *Aliment Pharmacol Ther*. Vol. 38, No. 2; 38: 118-23, 2013.

## 10. APÊNDICE

### 10.1 Apêndice 1

#### QUESTIONÁRIO

#### AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO EM CINCO SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE HEPATITE C DO ESTADO DE SÃO PAULO

##### Parte I - 1 a 5 - AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

**1) Qual a sua Idade?**

0 a 20 anos       20 a 40 anos       40 anos a mais

**2) Qual o seu sexo?**

Masculino       Feminino

**3) Qual o seu nível de Instrução (Escolaridade) ?**

Sem Escolaridade       Ensino Fundamental (1º grau) Incompleto       Ensino Fundamental (1º grau) Completo       Ensino Médio (2º grau) Incompleto       Ensino Médio (2º grau) Completo       Superior Incompleto       Superior Completo       Mestrado       Doutorado       Não Sei Informar

**4) Qual a renda mensal bruta de sua família? Para responder, some os salários ou rendimentos brutos de todos os membros de sua família que trabalhem e morem em sua casa.**

até 1 salário mínimo       mais de 1 até 3 salários mínimos       mais de 3 até 5 salários mínimos  
 mais de 5 até 7 salários mínimos       mais de 7 até 10 salários mínimos  
 mais de 10 até 20 salários mínimos       mais de 20 salários mínimos

**5) Em qual cidade você reside?** \_\_\_\_\_

##### Parte II - 06 a 13 - AVALIAÇÃO DIRETA OU INDIRETA DO ACOMPANHAMENTO

**6) Onde você faz acompanhamento para o tratamento da Hepatite C, existe a equipe multiprofissional para o atendimento?**

SIM       NÃO

**7) Você sabe quais são os profissionais que fazem o atendimento nas suas consultas?**

Médico       Enfermeiro       Farmacêutico       Nutricionista       Psicólogo  
 Residente       Aluno       Técnico de Enfermagem       Outros. Qual: \_\_\_\_\_

**8) Você recebe o tratamento medicamentoso gratuito?**

sim       não       as vezes

**9) Você recebe as informações necessárias sobre o uso das medicações?**

sim       não       às vezes      Grau de Compreensão: 0 a 10

**10) Você encontra dificuldade para seguir o tratamento da Hepatite C?**

sim  não  às vezes

**11) Como ocorre o agendamento de consultas?**

após a consulta  por telefone  Outros. Qual: \_\_\_\_\_

**12) Tem esclarecimentos sobre o tratamento da Hepatite C durante as consultas?**

sim  não  às vezes

**13) Quais as orientações que gostaria de receber durante as consultas neste Ambulatório?**

Para que serve medicação  horário de tomar a medicação  Cuidados na Alimentação  
 Uso de outras medicações  Auto-cuidado (higiene, machucados e outros)

**Parte III - 14 a 20 - AVALIAÇÃO DIRETA OU INDIRETA DO ATENDIMENTO**

**14) Você sente diferença no atendimento de um profissional para o outro?**

sim  não Quais: \_\_\_\_\_

**15) Como você avalia o atendimento na recepção do Ambulatório de Hepatite C?**

<b>PÉSSIMO</b> 1 - 2	<b>Ruim</b> 3 - 4	<b>REGULAR</b> 5 - 6	<b>BOM</b> 7 - 8	<b>ÓTIMO</b> 9 - 10
-------------------------	----------------------	-------------------------	---------------------	------------------------

**16) Como você avalia o atendimento da Enfermagem da Hepatite C?**

<b>PÉSSIMO</b> 1 - 2	<b>Ruim</b> 3 - 4	<b>REGULAR</b> 5 - 6	<b>BOM</b> 7 - 8	<b>ÓTIMO</b> 9 - 10
-------------------------	----------------------	-------------------------	---------------------	------------------------

**17) Como você avalia o atendimento médico no Ambulatório de Hepatite C?**

<b>PÉSSIMO</b> 1 - 2	<b>Ruim</b> 3 - 4	<b>REGULAR</b> 5 - 6	<b>BOM</b> 7 - 8	<b>ÓTIMO</b> 9 - 10
-------------------------	----------------------	-------------------------	---------------------	------------------------

**18) Como você foi informado do resultado do exame do Hepatite C?**

no corredor  no consultório  outras formas Quais? \_\_\_\_\_

**19) Quando descoberto a doença, você foi encaminhado para qual serviço?**

Amb de Hepatite C  Laboratório  Vigilância Epidemiológica  Outros. Qual: \_\_\_\_\_

**20) Houve dificuldade para o atendimento no Ambulatório de Hepatite C?**

não  sim: Qual: \_\_\_\_\_

**Parte IV - 21 a 33 - AVALIAÇÃO DE OUTROS ASPECTOS**

**21) Você sabe como adquiriu o vírus da Hepatite C?**

sim  não

**22) Onde você realizou o teste para a Hepatite C?**

Campanhas  Ambulatório  Hospital  Outros. Qual: \_\_\_\_\_

**23) Você sabe qual exame é colhido para avaliar a contaminação pelo vírus da Hepatite C?**

sangue  RX  outros \_\_\_\_\_

**24) Alguém da família é portador do vírus da Hepatite C?**

Conjugue  Pai  Mãe  Outros. Qual: \_\_\_\_\_

**25) Seu parceiro sexual fez o teste da Hepatite C após a sua descoberta?**

sim  não

**26) Há quanto tempo você faz uso de medicação para a Hepatite C?**

0 a 1 ano  1 a 2 anos  2 anos a mais

**27) Você já apresentou algum efeito colateral durante o uso das medicações para o tratamento da Hepatite C?**

não  sim: Qual: \_\_\_\_\_

**28) Já abandonou o tratamento da Hepatite C?**

não  sim: Quanto tempo: \_\_\_\_\_

**29) Houve recidiva do vírus da Hepatite C?**

não  sim: Quanto tempo: \_\_\_\_\_

**30) Quem é seu acompanhante nas consultas?**

Conjugue  Filho  Outro  Não tem acompanhante

**31) Em quais situações você deve procurar o atendimento médico durante o tratamento da Hepatite C?**

Sangramento  PA - Pressão Alta  DC - Dor de Cabeça  Edema  Outros. Qual

**32) Sobre o tratamento da Hepatite C?**

1º Interferon Peguilato alfa  NR  ESCAPE  REC  BT

2º Interferon Peguilato alfa 2a/2b  NR  ESCAPE  REC  BT

3º Interferon Peguilato + RBU + BOC  NR  ESCAPE  REC BT

Interferon Peguilato a + RBU + TVR  NR  ESCAPE  REC BT

Abandonou  RVS  Aguarda Tratamento  Outros \_\_\_\_\_

Sofosbuvir  Simeprevir  Daclatasvir

NR – Não Responde RVS – Resposta Viroológica Sustentável REC – Recidiva

Escape – Exhaust BOC – Boceprevir TVR – Telaprevir RB

## 10.2 Apêndice 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Resolução nº 466/12 do CNS.

#### (Maiores de 18 anos)

O sr (a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “**Avaliação do Atendimento e Acompanhamento em Cinco Serviços Ambulatoriais de Hepatite C do Estado de São Paulo**”, que pretende Avaliar e comparar o atendimento multidisciplinar de 5 ambulatorios de Hepatite C do Estado de São Paulo.

O sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por ser acompanhado e realizar o tratamento para o Vírus da Hepatite C neste Ambulatório de Especialidades.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre Dados sociodemográficos; Aspectos históricos da doença; Descrições retrospectivas sobre a história do paciente em relação à contaminação pelo vírus da hepatite C, Tempo do diagnóstico, Sintomas que precederam o diagnóstico e os recursos utilizados até aquele momento para o controle da doença; Conhecimentos sobre a hepatite C; Descrição de informações que o paciente já possuía sobre a doença, Relacionadas à cronicidade e Atendimento multidisciplinar. A aplicação do questionário será realizada pelo autor e pesquisador do projeto. Os pacientes serão entrevistados, respondendo as perguntas oralmente, ocorrendo sempre após a consulta na agenda de atendimento médico dos Ambulatórios de Hepatites Virais, considerando o dia de sua consulta marcada; data e período de segunda a sexta feira entre o horário 07 às 17h. A entrevista durará cerca 10 minutos por paciente.

O conhecimento dessas características permite identificar e propor uma qualidade de assistência prestada pela equipe multidisciplinar nos serviços de saúde e o diagnóstico precoce como as principais estratégias para manter a adesão ao tratamento aos pacientes portadores de hepatite C.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir com seu tratamento ou preferência de agendamento médico, assim como interferências trabalhistas. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome, imagem, resultado de exame ou doença, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com os Comitês de

Ética em

Pesquisa - Faculdade de Medicina de Botucatu/SP, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609; [FAMERP](#) - São José Rio Preto/SP- fone: (17) 3201-5813; UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo - fone: (11) 5571-1062 fax: (11) 5539-7162; USPRP – Universidade de São Paulo Ribeirão Preto fone: (16) 3602-2228; SECRAIDS - Centro de Referência em AIDS de Santos/SP – fone (13) 3229-8792.

#### **CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Contato Pesquisador:**(14) 97987611 – Adilson Lopes Cardoso – Rua Adolpho Cesar 252 Jardim

Eldorado CEP: 18608-780 Botucatu/SP [cardosolc@uol.com.br](mailto:cardosolc@uol.com.br)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Contato Orientador:** (14) 38116278 – Alessandro Lia Mondelli – Distrito de Rubião Júnior, s/nº - Distrito de Rubião Júnior, s/nº18618-000 - Botucatu, SP - Brasil - [alessandro@fmb.unesp.br](mailto:alessandro@fmb.unesp.br)

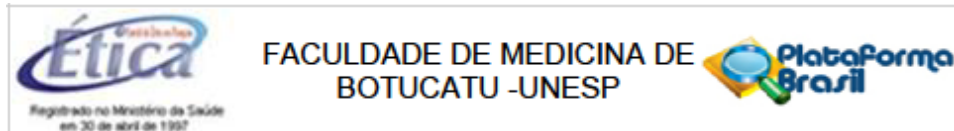
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Contato Coorientador:** (14) 38822969 – Giovanni Faria Silva – Distrito de Rubião Júnior, s/nº - 18618- 970 - Botucatu, SP - BrasilCaixa-postal: 584 - [giovanni@fmb.unesp.br](mailto:giovanni@fmb.unesp.br)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## 11.ANEXOS

### 11.1 Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO EM CINCO SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE HEPATITE C DO ESTADO DE SÃO PAULO.

**Pesquisador:** Adilson Lopes Cardoso

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51084315.4.0000.5411

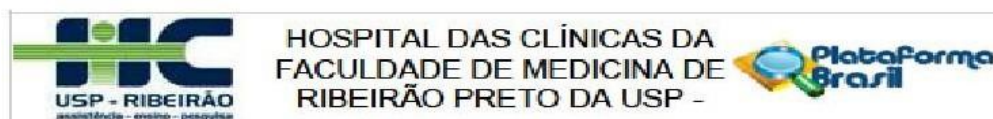
**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.358.400

## 11.2 Anexo 2 - Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO EM CINCO SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE HEPATITE C DO ESTADO DE SÃO PAULO.

**Pesquisador:** Adilson Lopes Cardoso

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51084315.4.3002.5440

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.426.332

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda de instituição coparticipante solicitando\*

\*Justificativa da Emenda: Essa emenda trata-se da inclusão do centro co-participante UNIFESP, através do Prof. Paulo Roberto Abrão Ferreira. Inicialmente esse centro já estava vinculado, porém sem vínculo para uma posterior análise de CEP local, nessa emenda incluímos o centro com o referido CNPJ para que haja a tramitação correta. Dessa vez sendo repassada aos outros centros após aprovação da emenda."

#### Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

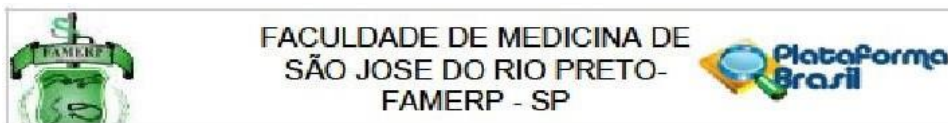
De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: oep@hcrp.usp.br

### 11.3 Anexo 3 - Parecer Consubstanciado do CEP



FACULDADE DE MEDICINA DE  
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-  
FAMERP - SP

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO EM GINGO SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE HEPATITE C DO ESTADO DE SÃO PAULO.

**Pesquisador:** Adilson Lopes Cardoso

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51084315.4.3001.5415

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.488.378

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda ao estudo CAAE: 51084315.4.3001.5415.

#### Objetivo da Pesquisa:

Notificar submissão de emenda ao CEP.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

-

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Essa emenda trata-se da inclusão do centro co-participante UNIFESP, através do Prof. Paulo Roberto Abrão Ferreira. Inicialmente esse centro já estava vinculado, porém sem vínculo para uma posterior análise de CEP local, nessa emenda incluímos o centro com o referido CNPJ para que haja a tramitação correta. Dessa vez sendo repassada aos outros centros após aprovação da emenda.

Trata-se de uma emenda coparticipante.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

#### Recomendações:

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416  
Bairro: VILA SÃO PEDRO CEP: 15.090-000  
UF: SP Município: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: ceptamerp@famerp.br

## 11.4 Anexo 4 - Parecer Consubstanciado do CEP



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS**  
**Estância Balneária**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Santos, 06 de julho de 2016.


À  
CCDI

A Comissão de Pesquisa e Intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, coordenada pela Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde (COFORM/SMS), após análise e parecer favorável, encaminha o pesquisador Adilson Lopes Cardoso, a esse serviço para realizar a pesquisa **“Avaliação do Atendimento e Acompanhamento em cinco serviços Ambulatoriais de Hepatite C no Estado de São Paulo”**.

Informamos que a Conclusão da Pesquisa deverá ser encaminhada para a Coordenadoria de Formação – COFORM/SMS, e em caso de publicação, solicitar à Secretaria Municipal de Saúde a autorização por meio de ofício com cópia do artigo.

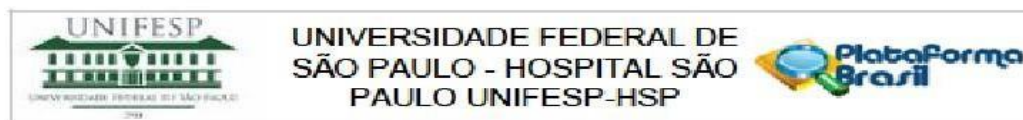
Colocamo-nos a inteira disposição para maiores esclarecimentos, por meio do telefone 3201- 5000 ramal 5651.

Atenciosamente,

  
Everton Lopes Rodrigues  
Coordenador  
COFORM-SMS  
**Everton Lopes Rodrigues**  
**Coordenador de Formação e Educação Continuada**  
**COFORM-SMS**

Rua XV de Novembro, nº 195 – 5º andar – Centro – Santos/SP – CEP: 11.010-151  
Tel.: (13) 3201-5000 ramal: 5651

## 11.5 Anexo 5 - Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO EM CINCO SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE HEPATITE C DO ESTADO DE SÃO PAULO.

**Pesquisador:** Adilson Lopes Cardoso

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51084315.4.3003.5505

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.480.475

#### Apresentação do Projeto:

O Brasil é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um país de endemicidade intermediária para a hepatite C. Entretanto há poucos estudos sobre prevalência no país em relação ao vírus da hepatite C (VHC). Assim, dentro do serviço de acompanhamento e tratamento da Equipe Multidisciplinar aos pacientes portadores do Vírus da Hepatite C (VHC) para obter melhor resultado, alcançar metas, melhorar a adesão e garantir o acesso ao tratamento, deve abranger um conjunto de técnicas e habilidades a serem desenvolvidas e mantidas ao longo de todo período, disponibilizando a interação do trabalho em conjunto, proporcionando um processo reflexivo e intencional, decorrente da complexidade inerente ao tratamento e necessidades de intervenção. Portanto, a experiência de uma abordagem interdisciplinar, desenvolvida na modalidade de pesquisa-ação, no atendimento ambulatorial a pacientes em tratamento da hepatite C, com as especialidades envolvidas, assistente social, enfermagem, gastroenterologia, infectologia, nutrição e psicologia, além da equipe de apoio com a psiquiatria e fisioterapeuta, melhora a qualidade de vida do portador da doença e reduz os índices de abandono do tratamento. O objetivo desta pesquisa será em avaliar e comparar o atendimento multidisciplinar de 5 ambulatórios de Hepatite C do Estado de São Paulo. O estudo será desenvolvido mediante delineamento quali-quantitativo e contará com a participação de todos os pacientes que assinarem

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com