

HEPATITE C: A ÓTICA DOS PACIENTES EM RELAÇÃO A ESTA DOENÇA

HEPATITIS C: THE OPTICAL OF PATIENTS IN RELATION WITH THIS DISEASE

Ana Luiza Fonseca Fortes Furtado

Faculdades Integradas Claretianas de Rio Claro –SP
anaeco@yahoo.com

Thiago Salomão de Azevedo

Faculdades Integradas Claretianas de Rio Claro –SP
hiagosalomaodeazevedo@gmail.com

Miriam de Magalhães Oliveira Levada

Uniararas
miriamlevada@uniararas.br

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa sobre a qualidade de vida dos portadores do vírus da hepatite C (HCV). Deste modo, através de um questionário via rede mundial de computadores, a internet, foi avaliado como atualmente vivem e quais as dificuldades encontradas em serem portadores desta doença infecto-contagiosa, se já sofreram ou sofrem algum tipo de discriminação por serem portadores de HCV. Os resultados mostram que a discriminação e o medo em relação a esta enfermidade são evidentes.

Palavras-chave: Hepatite C, Doença Infectocontagiosa, Epidemiologia

ABSTRACT

This paper presents a descriptive study of qualitative approach on the Quality of Life in people with Hepatitis C. Thus, through a questionnaire via the worldwide computer network, the Internet, we evaluated the answers of the patients on how they live and which are the difficulties in being patients of these infectious disease, including those which lived a daily basis these disease and even longer suffered or are suffering some form of discrimination because they have HCV. The results showed that discrimination and fear occurs in people who have that disease.

Key words: Hepatitis C, Infectious Disease, Epidemiology.

INTRODUÇÃO COM REVISÃO DE LITERATURA

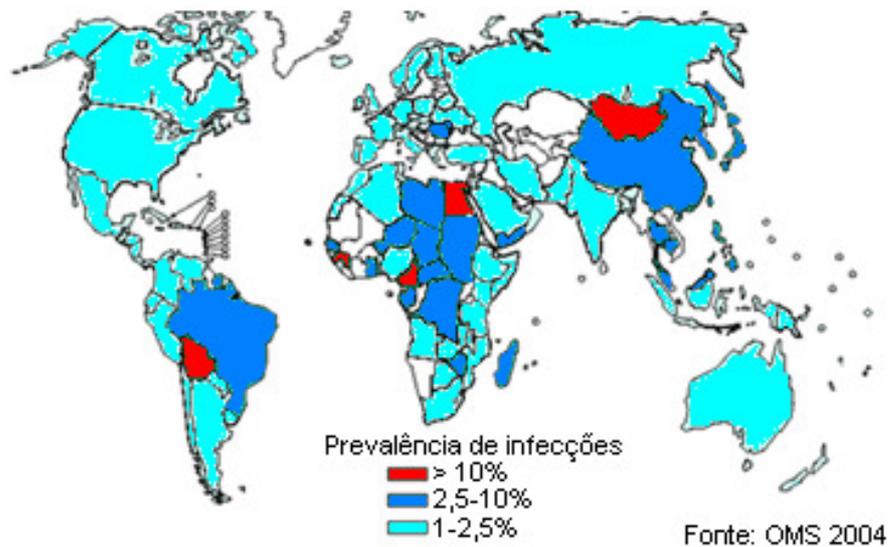
A hepatite C é uma doença infecto-contagiosa que atua silenciosamente sobre o ser humano. Não apresenta sintomas específicos, podendo ser confundida com várias outras enfermidades. Deste modo silencioso, o vírus da hepatite C (HCV) se instala nos hepatócitos e atua no fígado do portador, podendo progredir para uma cronicidade (OMS, 2009).

O vírus da Hepatite C (HCV) é reconhecido como uns dos maiores problemas de saúde pública atualmente no mundo. A Organização Mundial de Saúde estima que 180 milhões de pessoas, isto é, em torno de 3% da população mundial (Figura 1), estão afetados pelo vírus da Hepatite C, dos quais 130 milhões, ou seja, cerca de 70 a 80%, serão portadores crônicos com riscos de desenvolver cirrose e/ou câncer de fígado. Estimativas demonstram que de 3 a 4 milhões de pessoas são infectadas a cada ano (ASSELAH *et al.*, 2009; OMS, 2009).

Recebido em: 30/11/2011

Aceito para publicação em: 30/04/2012

Figura 1 - Distribuição da Hepatite C no Mundo em 2004



Originalmente classificada como hepatite não-A e não-B, o HCV foi definitivamente identificado por clonagem molecular de seu genoma por Choo *et al.* (1989), nos Estados Unidos. A seqüência de nucleotídeos do genoma de RNA do vírus humano de hepatite C foi determinada, contendo 9379 nucleotídeos em uma fita simples de leitura que decodifica um precursor de poliproteína viral de 3011 aminoácidos (CHOO *et al.*, 1989; CHOO *et al.*, 1991).

Em 1990, Miller *et al.*, com as seqüências de nucleotídeos descobertas anteriormente por Choo *et al.* (1989), descobriram que o vírus da hepatite C apresentou similaridade com proteínas não-estruturais decodificadas pelo vírus da dengue, da família *Flaviviridae*. Segundo o Índice de Vírusos ICTVdB (*International Committee on Taxonomy of Viruses Database*), esta Família pertence a um vírus de vertebrados, que consiste em um envelope e um nucleocapsídeo.

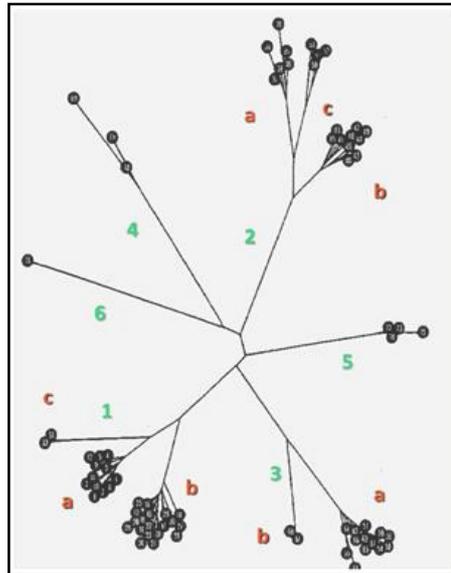
De acordo com Stites *et al.* (2004), o HCV foi descoberto pela extração de todo ácido nucléico do plasma de um chimpanzé com Hepatite não-A e não-B, seguida de transcrição reversa do RNA em DNA e clonagem do produto. O RNA codifica uma única poliproteína grande codificada por um quadro aberto de leitura, que é clivada proteoliticamente.

O quadro aberto de leitura codifica três proteínas estruturais N-terminais (NS) C-terminais (incluindo NS2, NS3, NS4 e NS5), que são necessárias a replicação do vírus. As regiões que codificam as proteínas do envelope E1 e E2 são altamente variáveis (Figura 2). Essa região é denominada de região 5' (não traduzida do vírus da hepatite C), que possui uma estrutura *motif* chamada de IRES (*Internal Ribosome Entry Site*) responsável pela iniciação da transcrição viral do RNA (BABAYLOVA *et al.*, 2009).

Os genótipos do HCV variam em diferentes regiões, sendo que os genótipos 1, 2 e 3 estão mais presentes no Japão, Europa Ocidental, América do Norte e América do Sul, o genótipo 4 na África Setentrional e Central e no Oriente Médio, o genótipo 5 na África do Sul e o genótipo 6 no Sudoeste Asiático. Os seis genótipos foram caracterizados molecularmente por Simmonds (1993) (Figura 2).

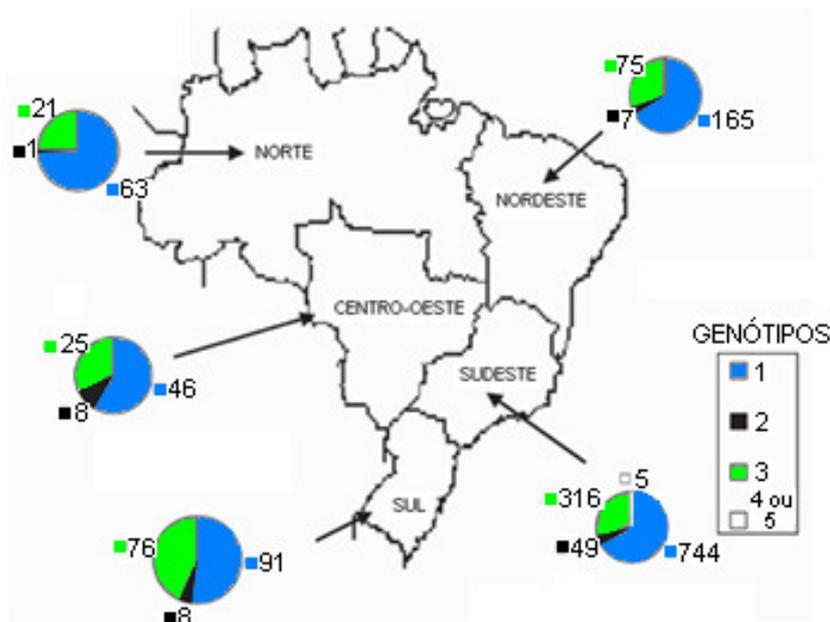
No Brasil, estudos demonstraram que 64,9% eram do genótipo 1, 4, 6% do genótipo 2, 30,2% do genótipo 3, 0,2% do genótipo 4 e 0,1% do genótipo 5. Em um estudo de caso, Zarife *et al.* (2006) relataram um caso de genótipo 4 em Salvador, Bahia, sendo que anteriormente somente no Estado de São Paulo havia caso de genótipos 4 e 5. Deste modo, os genótipos por região tendem a ser uma fronteira cada vez mais virtual diante da globalização e do fluxo de pessoas em que vivemos (Figura 3).

Figura 2 - Os seis genótipos do vírus da Hepatite C caracterizados molecularmente



Fonte: Simmonds (1993)

Figura 3 - Distribuição dos Genótipos do HCV nas Diferentes Regiões do Brasil



Fonte: Campiotto *et al.*, 2005.

A soroprevalência é baixa, menor do que 1%, em países como Austrália e Canadá. É considerada endemia média, em torno de 1% de soroprevalência, nos Estados Unidos e na Europa. Pode ser considerada alta em todos os países da África, da América Latina e do Centro-Sul Asiático, cuja prevalência é acima de 2%. O valor extremo de soroprevalência ocorre no Delta do Nilo, Egito, em torno de 19% em pessoas de 10-19 anos e em torno de 60% em pessoas com cerca de 30 anos de

idade (OMS, 2009). Segundo Ujvari (2009), os primeiros africanos foram os primeiros homens modernos que apresentavam vírus da hepatite. Seu material genético se assemelhava ao do vírus da hepatite C, mas o tempo mostrou que este vírus parece não causar doença no homem e que ele se encontra em cerca de 2 a 14% da população mundial, mas sua descoberta, apesar de não causar malefícios para o ser humano, tem informação histórica.

A infecção é assintomática ou paucissintomática em 90% dos acometidos. Entretanto, de 50 a 80% dos casos em adultos, o sistema imunológico não é capaz de eliminar o vírus e a doença torna-se crônica, podendo apresentar sintomatologia de astenia, vasculite persistente, porfíria cutânea e glomeronefrite (OMS, 2009).

A via de infecção pelo HCV nem sempre é possível de ser identificada, mas são consideradas populações de risco os co-infetados pelo HCV por via parenteral, os indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, usuários de drogas injetáveis, inaláveis ou pipetadas que compartilham equipamentos de uso, pessoas com tatuagem, *piercings* ou que apresentem outras formas de exposição percutânea (como manicures, consultórios odontológicos, indivíduos expostos ao uso de seringas e agulhas não-descartáveis). A transmissão sexual é pouco freqüente, menos de 1% e ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e práticas sexuais de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Além das altas taxas de cronicidade e potencial evolutivo para cirrose e hepatocarcinoma, atribui-se também à hepatite C a inexistência de imunoprofilaxia preventiva. Essas características, aliadas à dificuldade de resposta ao tratamento e por ser ainda uma infecção oculta, em que a maioria dos portadores desconhece albergar o vírus, fazem com que a infecção pelo vírus da hepatite C constitua-se em grave problema de Saúde Pública. As doenças hepáticas crônicas por hepatite C são a sétima causa de redução da expectativa de vida nos homens e a décima segunda entre as mulheres (SOUSA *et al.*, 2008).

O tratamento da hepatite C, recomendado pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo controlar a progressão da doença hepática por meio da inibição da replicação viral, isto é, reduzir a atividade inflamatória impedindo a evolução para cirrose e CHC (RIBEIRO, *et al.*, 2011). As drogas prescritas para este tratamento são: Interferon, Interferon Peguilado e Ribavirina.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou dia 25 de julho de 2011 a comercialização do Boceprevir (conhecido internacionalmente como Victrelis), medicamento da MSD (Merck Sharp & Dohme e a Schering-Plough) que aumenta em até três vezes as chances do paciente em obter a resposta virológica sustentada com o tratamento da hepatite C, pois atua na inibição de protease. O Boceprevir, que recentemente está disponível no mercado brasileiro, deve ser administrado em terapia tripla, ou seja, em combinação com o peginterferon e a ribavirina. A aprovação foi publicada em 25 de julho, no Diário Oficial da União, sob registro nº 1.0029.0182.001-8, sendo indicado para pacientes portadores do genótipo 1 do HCV, que nunca foram tratados e para os que não obtiveram sucesso com o tratamento atualmente disponível, aumentando as chances de cura destes grupos em até 75%.

Além do Boceprevir, em novembro de 2011, a droga Telaprevir, foi aprovada pela ANVISA para o uso em pacientes respondedores parciais ou respondedores nulo do genótipo 1. Segundo Jacobson *et al.* (2011), este inibidor de protease quando administrado em juntamente com o Interferon Peguilado e a Ribavirina, aumenta as chances de cura em até 79%. Este tipo de tratamento está previsto para fazer parte do coquetel de medicamentos do SUS para o combate do vírus da hepatite C em 2012, pois está passando pela aprovação de preço pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CEMED).

Vários estudos foram realizados em portadores quando em tratamento ou sobre qual sorologia apresentam, mas pouco se sabe sobre a qualidade de vida destes pacientes. Em virtude do quadro exposto acima o objetivo deste trabalho foi efetuar um estudo descritivo de abordagem qualitativa sobre a qualidade de vida dos portadores do vírus da hepatite C (HCV).

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia empregada neste trabalho baseou-se nos procedimentos metodológicos encontrados em Cervo e Bervian (2002). Primeiramente foi elaborado um questionário sobre a qualidade de vida que fora aplicado em indivíduos portadores de hepatite C em idade igual ou superior a 18 anos.

Este questionário foi disponibilizado na rede mundial de computadores (Internet), no site de ajuda, devidamente credenciado aos portadores desta enfermidade, Unidos Venceremos a Hepatite C (disponível em: www.unidosvenceremos.com.br), Grupo Optimismo (<http://www.hepato.com>), Grupo Hepatchê Vida (<http://hepatchevida.wordpress.com>) e Portal das Hepatites (<http://www.portaldashepatites.med.br>).

Os dados foram coletados entre janeiro a agosto de 2010 e estruturados de acordo com as seguintes temáticas propostas: dados de identificação do portador, dificuldades em atividades habituais encontradas destes portadores, aspectos relacionados à doença e observações dos portadores.

Após esta fase da pesquisa, os dados coletados foram tabulados e analisados utilizando técnicas de estatísticas descritivas.

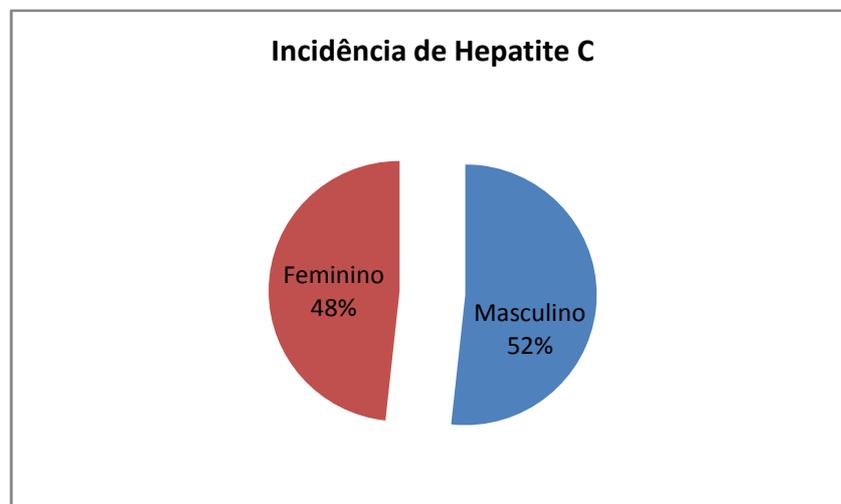
Este estudo seguiu a premissa expressa na Resolução No. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regula a pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os sujeitos que participaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dando anuência à sua participação e seguiu as normas de ética e biossegurança propostas pelo Ministério da Saúde (Resolução n.º 196/96).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados mostram que dos 30 entrevistados que responderam os questionários e assinaram o termo de consentimento, 21% tinham idade entre 21 e 40 anos de idade e 79% acima de 41 anos. Estes resultados corroboram com resultados descritos nas pesquisas médicas, onde se espera que os acometidos por esta doença, apresentam sinais clínicos muitos anos depois de ocorrida a contaminação do paciente.

Esta doença incide mais nos homens do que nas mulheres (Figura 4). Estes dados estão de acordo com o projeto VigiVírus (2003) que verificou 4.996 prontuários de pacientes anti-VHC positivos, de instituições públicas e privadas brasileiras e revelou que 61% desses pacientes eram do sexo masculino e 49% eram pacientes do sexo feminino.

Figura 4 - Resposta dos portadores de Hepatite C segundo sexo



Neste estudo, a região do País mais representativa nas respostas foi a Sudeste, com entrevistados de São Paulo e Rio de Janeiro, principalmente, com 69%. Logo após, a região Sul, com 21%, seguida da região Nordeste, com 7%, região Norte com 3% e nenhuma resposta da proveniente da região Centro-Oeste (Figura 5).

Em relação às atividades habituais (Figuras 6), 55% dos entrevistados não apresentaram problemas em suas atividades, 10% consideraram-se incapazes, 31% com alguns problemas para atividades habituais e 4% não responderam.

Figura 5 - Resposta dos portadores de Hepatite C por região do país

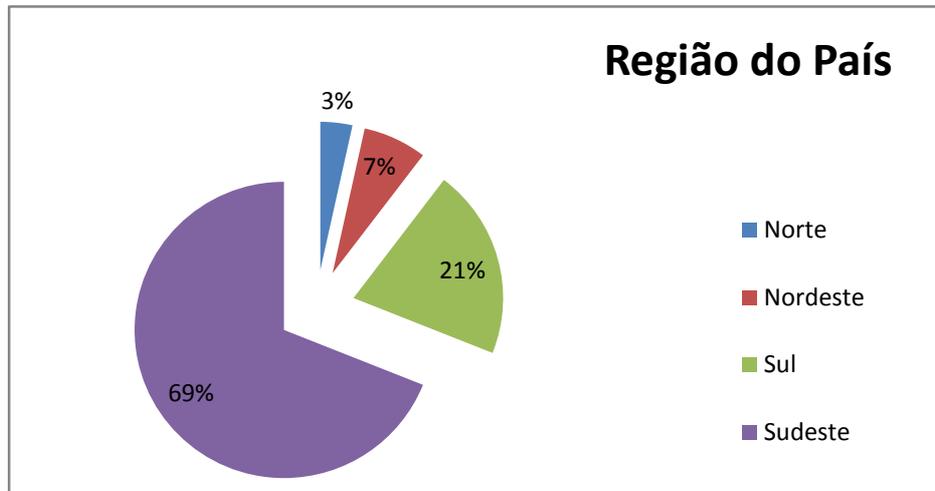
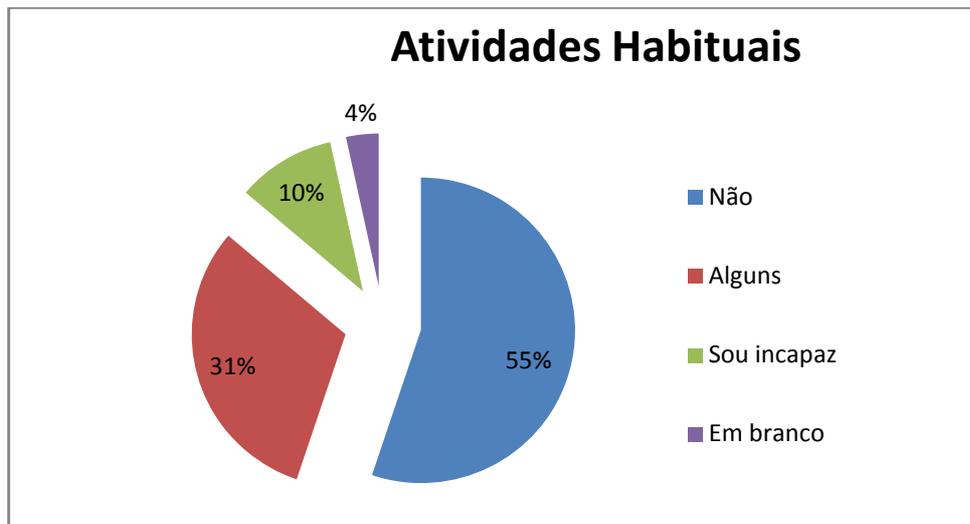


Figura 6 - Resposta dos portadores de Hepatite C por atividades habituais

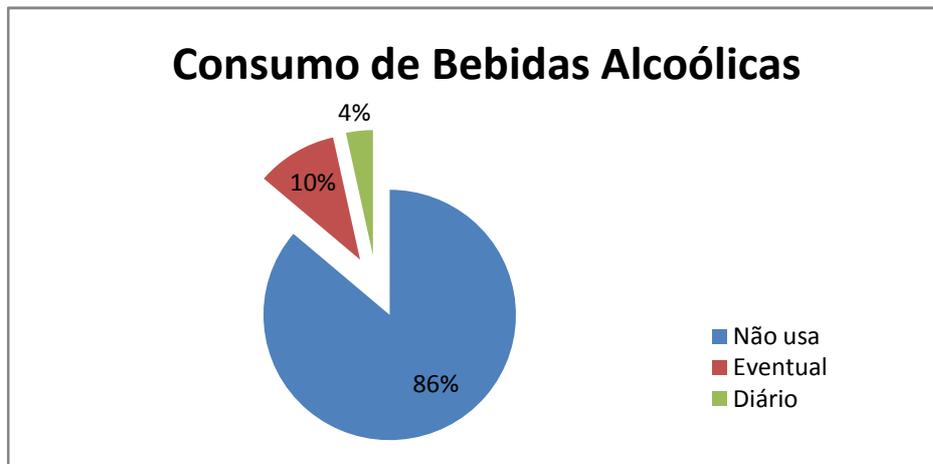


Os 31% dos entrevistados que apresentaram algum tipo de problema em realizar as suas atividades habituais, 66%, apresentaram sintomas de dor em alguma parte do corpo, 42% e apresentam-se deprimidos, 55% consideram-se moderadamente ansiosos e 14% consideram-se extremamente ansiosos.

Ainda em relação a esta coorte de pacientes, 74% apresentam restrições alimentares relacionado ao fato de serem portadores de HCV, sendo que 53% apresentam somente algumas restrições e 21% apresentam inúmeras restrições alimentares.

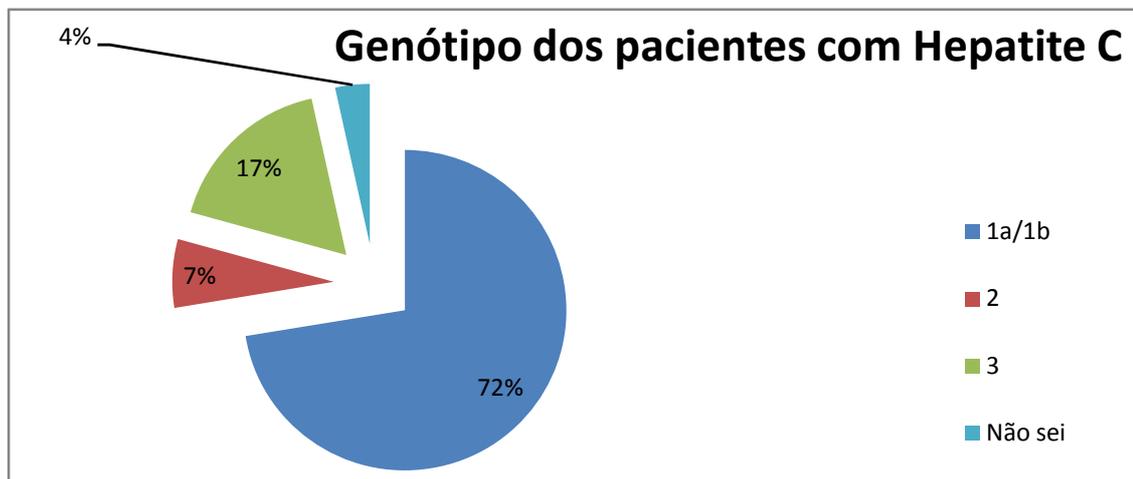
Na literatura médica, foi comprovado que o uso do álcool estimula a duplicação do vírus HCV. Desta forma, os portadores desta doença têm restrições a seu consumo. Nesta pesquisa pude-se detectar que 10% dos portadores de hepatite C, possuem um algum tipo de restrição habitual, consomem bebidas alcoólicas eventualmente e apenas 4% consomem diariamente. (Figura 7).

Figura 7 - Resposta dos portadores de Hepatite C por que consomem bebidas alcoólicas e possuem algum tipo de restrições a atividades habituais



As freqüências dos genótipos encontradas nesta pesquisa apontam que 72% dos acometidos apresentam o genótipo 1, 17% deparam com o genótipo 3, 7% com genótipo 2 e 4% não souberam informar (Figura 8).

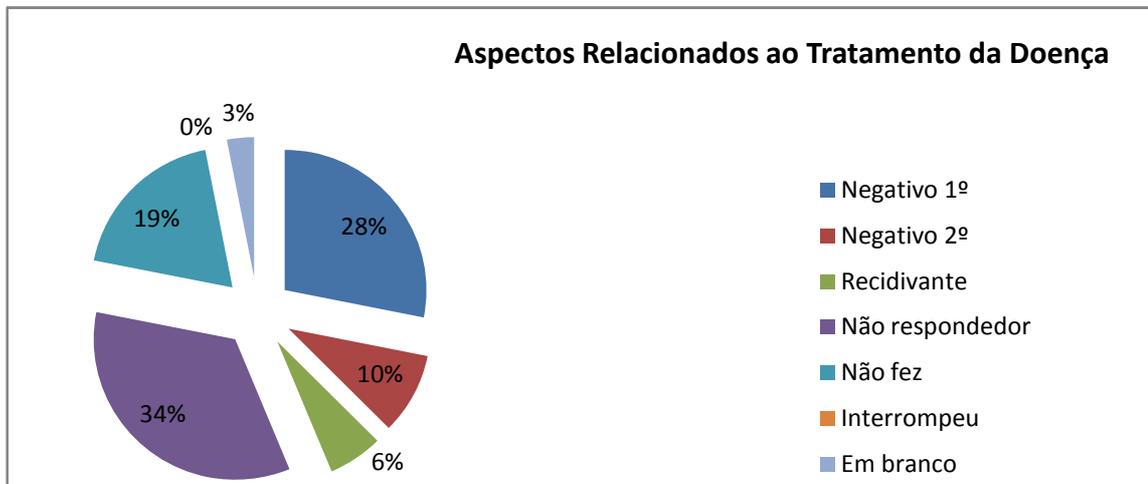
Figura 8 - Resposta dos portadores de Hepatite C do questionário segundo o genótipo do vírus HVC



Estes resultados estão em concordância com as informações encontradas no projeto Vigivírus (2003) e no trabalho de Campiotto *et al.* (2005), que relata que o genótipo 1 é o mais freqüente, seguido do genótipo 3 e 2, respectivamente. Neste mesmo, ressalta a importância do genótipo na resposta ao tratamento antiviral, sendo o genótipo 1 mais resistente ao tratamento com medicamento *interferon* em comparação com os genótipos 2 e 3 (MING-LUNG, 2008).

Em relação ao tratamento e resposta alcançada (Figura 9), 34% foram considerados como não respondedores, isto é, realizaram todo o tratamento, mas não conseguiu negativar o vírus.

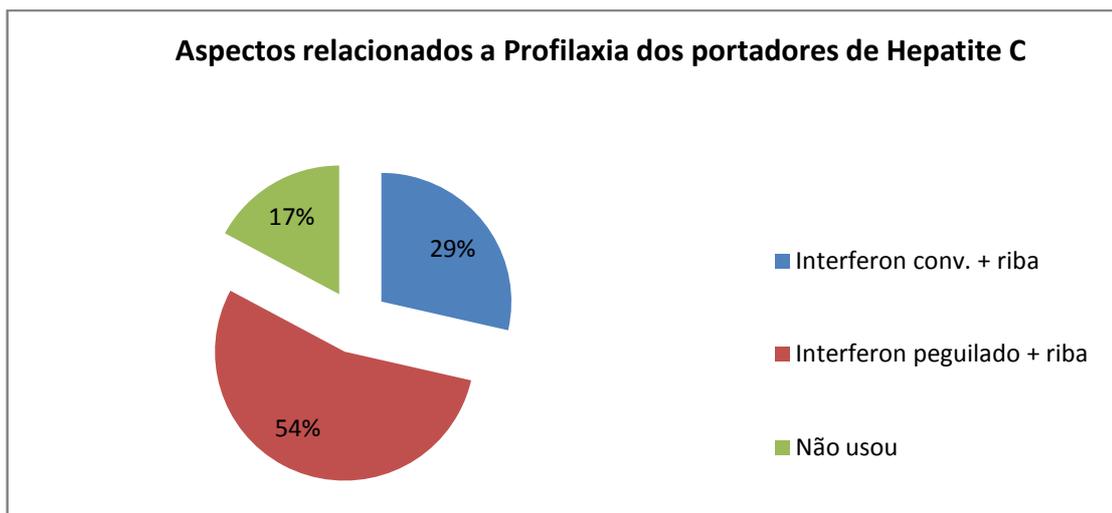
Figura 9 - Resposta dos portadores de Hepatite C do tratamento do vírus HVC



Por sua vez, os pacientes que obtiveram sucesso, 28% negativaram o vírus em seu primeiro tratamento e 10% em seu segundo tratamento. Ainda não passaram por tratamento 19% dos entrevistados, 6% foram recidivantes, isto é, negativaram no tratamento, mas após um período de tempo o vírus voltou a ficar ativo. Nenhum paciente declarou que interrompeu ao tratamento e 3% não responderam.

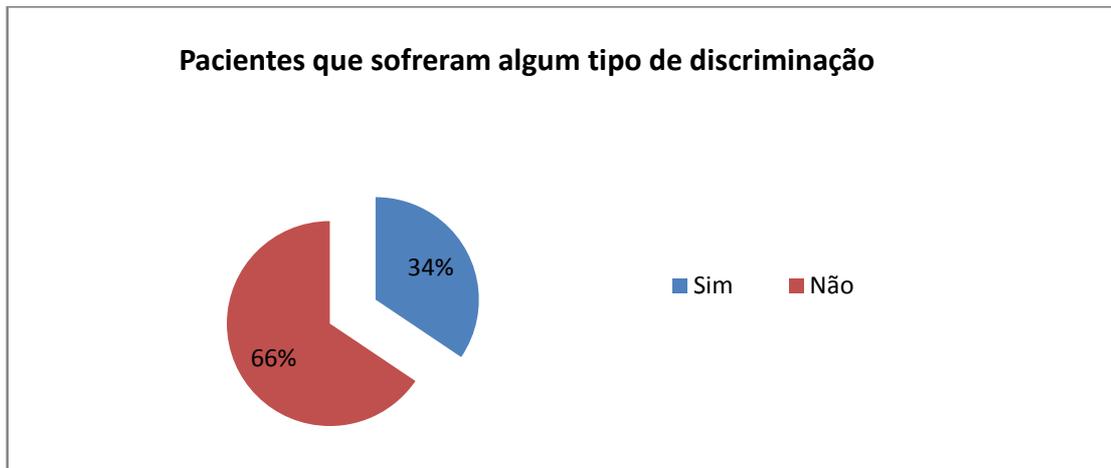
Dos que realizaram tratamento, 54% deles o fizeram com o uso do medicamento *interferon peguilado* em associação a *ribavirina*, 29% com o *interferon convencional* associado a *ribavirina* e 17% não realizaram o tratamento (Figura 10).

Figura 10 - Resposta dos portadores de Hepatite C em relação à profilaxia utilizada



A grande maioria dos entrevistados respondeu que não sofreram discriminação (66%) (Figura 11), mas nos comentários livres que escreveram no questionário, muitos acometidos descreveram que não assumem diante de outras pessoas sua condição de portadores.

Figura 11- Resposta dos portadores de Hepatite C em relação discriminação sofrida



Os 34% dos portadores que declararam já terem passado por situações consideradas como de discriminação, relataram que não foram atendidos em consultórios odontológicos e também por profissionais de estética, sofreram discriminação no local de trabalho e dentro do núcleo familiar, pois as pessoas não cumprimentam com beijo ou aperto de mão após ficarem sabendo da condição de portador de HCV. Portadores desempregados também foram discriminados, pois encontraram dificuldade em se empregar, após o exame médico.

A grande maioria das pessoas acometidas, não sabe como foram contaminadas, podendo ter ocorrido na farmácia em décadas passadas, com o uso de seringas de vidro, em dentistas, mesas de operação, manicures, etc.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa permitiu concluir que a qualidade de vida dos portadores de hepatite C crônica é afetada negativamente pela doença, mas ainda está aquém de ser considerada como admissível. A discriminação existe principalmente pela falta de informação das pessoas. Contudo a grande preocupação dos portadores de hepatite C é a convivência com seus semelhantes sem sofrerem algum tipo de preconceito.

Entretanto, as queixas mais freqüentes dos portadores de HVC foram a depressão e ansiedade.

Agradecimento(s)

Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética e Biossegurança da Instituição (Nº de registro no CEP: 103/2009).

Os autores gostariam de agradecer ao Grupo Optimismo (Sr. Carlos Varaldo), Unidos Venceremos a Hepatite C (Sra. Micky Woolf), Grupo Hepatchê (Sra. Nádia Elisabete) e Portal das Hepatites (Dra. Marília Gaboardi). Em especial ao Dr. Décio Diamant, Centro de Infectologia do Hospital Emílio Ribas, por todo o apoio e logística dos questionários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSELAH, T.; BIECHE, I.; SABBAGH, A.; BEDOSSA, P.; MOREAU, R.; VALLA, D.; VIDAUD, M.; MARCELLIN, P. **Gene Expression and Hepatitis C Virus Infection. International Journal of Gastroenterology and Hepatology.** doi:10.1136/gut.2008.166348 (on line first), 2009.

BABAYLOVA, E.; GRAIFER, D.; MALYGIN, A.; STAHL, J.; SHATSKY, I. E. KARPOVA, G. Positioning of subdomain III_d and apical loop of domain II of the hepatitis C IRES on the human 40S ribosome. **Nucleic Acids Research**, 2009, v. 37. n 4. p 1141–1151.

CAMPIOTTO, S.; PINHO, J.R.; CARRILHO, F.J.; DA SILVA, L.C.; SOUTO, F.J.; SPINELLI, V.; PEREIRA, L.M.; COELHO, H.S.; SILVA, A.O.; FONSECA, J.C.; ROSA, H.; LACET, C.M.;

BERNARDINI, A.P. Geographic distribution of hepatitis C virus genotypes in Brazil. **Brazilian Journal of Medical Biological Research**, 2005 v. 38, p. 41-49.

CHOO, Q.L.; KUO, G.; WEINER, A.J.; OVERBY, L.R.; BRADLEY, D.W.; HOUGHTON, M. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. **Science**, 1989. v. 244. p.:359-62.

CHOO, Q.L.; RICHMAN, K.H.; HAN, J.H.; BERGER, K.; LEE, C.; DONG, C.; GALLEGOS, C.; COIT, D.; MEDINA-SELBY, A.; BARR, P.J.; WEINER, A.J.; BRADLEY, D.W.; Kuo, G.; HOUGHTON, M. Genetic organization and diversity of the hepatitis C virus. **Proc. Natl. Acad. Sci.** 1991, v. 88. p.2451-2455.

FÓRUM DE DISCUSSÃO SOBRE A HEPATITE C DA ONG UNIDOS VENCEREMOS A HEPATITE C – Acessado: <http://br.groups.yahoo.com/group/unidosvenceremos/>.

ICTVdB - **International Committee on Taxonomy of Viruses Database**. Acessado: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ICTVdb/ICTVdB/00.026.htm>

JACOBSON, I. M. et al. Telaprevir for previously untreated chronic hepatitis C virus infection. **The New England Journal of Medicine**. 2011. n. 364, v. 25, p. 2405- 2416.

MILLER, R.H.; PURCELL, R.H. Hepatitis C virus shares amino acid sequence similarity with pestiviruses and flaviviruses as well as members of two plant virus supergroups. **Proc. Natl. Acad. Sci.** 1990, v. 87: p. 2057-2061.

MING-LUNG YU et al. Rapid virological response and treatment duration for chronic hepatitis C genotype 1 patients: a randomized trial **Hepatology**. 2008. v.47, p. 1884-1893.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites virais: o Brasil está atento. **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. 3. ed. Brasília, 2008, 62 p.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Hepatites Virais**. 2005. Acessado: http://www.anvisa.gov.br/paf/viajantes/hepatites_virais.htm.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Viral Cancers**. 2009. Acessado: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/viral_cancers/en/print.html.

PRADO, K.; PATZINA, R.; BERGAMASCHI, D.; FOCACCIA, R. Histological Response Study of Chronic Viral Hepatitis C Patients Treated With Interferon Alone or Combined With Ribavirin. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**. 2008, v.2. n.5. p.:362-367.

PROJETO VIGÍVIRUS - Projeto VigiVírus. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde **Boletim Vigi-Hepatite**. 2003.

RIBEIRO, J. E. et al. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e coinfeções**. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2011. 130p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIMMONDS, P.; ROSE, K.A.; S. GRAHAM; CHAN, S. W.; MCOMISH, F.; DOW, B.C.; FOLLETT, E.A.C.; YAP, P.L.; MARSDEN, H. Mapping of serotype- specific, immunodominant epitopes in the NS-4 region of hepatitis C virus (HCV): use of type-specific peptides to serologically differentiate infections with HCV types 1, 2, and 3. **J. Clin. Microbiol.** 1992. v. 31. p.1493–1503.

SOUSA, V.V.; CRUVINEL, K.P.S. Ser portador de hepatite C: sentimentos e expectativas. Florianópolis: **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008 v.17. n.4. p.689-695.

STITES, D.P.; TERR, A.I.; OARLOW, T.G. **Imunologia Médica**, 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2004.

UJVARI, S.C. **A história da humanidade contada pelos vírus, bactérias, parasitas e outros microrganismos**. 1ª edição. São Paulo: Contexto, 2009.

ZARIFE, M.A.S.; OLIVEIRA, E.C.P.; ROMEU, J.M.S.L.; REIS, M.G. Detecção do genótipo 4 do vírus da hepatite C em Salvador, BA. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 2006. v.39. n. 6. p. 567-569.