

## **AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO DA HEPATITE C NA REDE SUS-BRASIL**

**Erenilde Marques de Cerqueira**; Hélivia Maia de Lima Cerqueira

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC).

Av. Transnordestina s/n. Bairro: Novo Horizonte. Feira de Santana-BA, Brasil. CEP: 44036-000.

Tel.: 55 75 3161 8000 Fax: 55 75 3161 8089. e-mail: [eremarques@fsonline.com.br](mailto:eremarques@fsonline.com.br)

## **AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO DA HEPATITE C NA REDE SUS-BRASIL**

Em Feira de Santana, município com 542.476 habitantes, situado no estado da Bahia, Brasil, o controle das hepatites virais foi instituído o Programa Municipal de Hepatites Virais com a finalidade de diagnosticar e tratar portadores desses vírus. As ações de controle compreendem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes. Os medicamentos são dispensados pelo Sistema Único de Saúde e a aplicação do Interferon é realizada no serviço. O estudo tem como objetivos avaliar a resposta ao tratamento da hepatite C em pacientes que realizaram tratamento no período de 2007 a 2010 e identificar os fatores preditivos de melhor resposta. Dos 101 pacientes do estudo, 60,4% obtiveram RVFT. Destes, 57,4% tiveram RVS; 29,5% não tiveram resposta sustentada e 13,1% não constava a informação do RNA-HCV. Quanto aos fatores preditivos de melhor resposta ao tratamento, dos pacientes com idade  $\leq 40$  anos, 75% tiveram RVS; nos maiores de 40 anos a RVS foi observada em 65,3%. Entre os pacientes que tiveram RVS, os genótipos que melhor responderam ao tratamento foram o G2 (100%). O acesso à terapia de doenças crônicas com disponibilização do medicamento de alto custo na rede pública de saúde possibilita maior adesão dos pacientes e maior eficácia do tratamento.

Palavras-chave: hepatites virais, tratamento, hepatite C, diagnóstico, vírus.

## **EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN RED DE SUS-BRASIL**

En Feira de Santana, una ciudad con 542,476 habitantes, situada en el estado de Bahía, Brasil, el control de la hepatitis viral se estableció el Programa Municipal de la hepatitis viral con el fin de diagnosticar y tratar a pacientes con este virus. Los diagnósticos de válvulas de control, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Los medicamentos se dispensan por el Sistema Único de Salud y la aplicación de interferón se realiza en el servicio. El estudio pretende evaluar la respuesta al tratamiento de la hepatitis C en pacientes que se sometieron a tratamiento en el período 2007 a 2010 e identificar los mejores predictores de la respuesta. De los 101 pacientes estudiados, el 60,4% eran RVFT. De éstos, el 57,4% tenían SVR, el 29,5% no tenía ninguna respuesta sostenida y el 13,1% no contenía la información del ARN del VHC. En cuanto a los predictores de respuesta al tratamiento de los pacientes de edad  $\leq 40$  años, el 75% tenían RVS; más de 40 años en la RVS se observó en el 65,3%. Entre los pacientes que tuvieron una RVS, los genotipos que responden mejor al tratamiento fueron G2 (100%). El acceso al tratamiento de las enfermedades crónicas con alta disponibilidad del costo del

medicamento en el sistema de salud pública permite el cumplimiento del paciente mayor y una mayor eficacia del tratamiento.

Palabras clave: hepatitis virais, tratamento, , hepatitis C, diagnóstico, vírus

## **Introdução**

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, o acesso universal aos serviços de saúde passa a ser uma garantia constitucional, além de se constituir em bandeira de luta dos movimentos sociais. O texto constitucional garante o acesso de todos os cidadãos brasileiros às ações e aos serviços do SUS, inclusive a assistência farmacêutica. No entanto, são muitos os desafios enfrentados por usuários, gestores e o conjunto de profissionais de saúde para a garantia do acesso universal, integral e equânime.

Um desses desafios diz respeito à assistência farmacêutica que se vem tentando superar com a Política Nacional de Medicamentos assegurando o acesso dos usuários aos medicamentos com vistas a alcançar resultados concretos em resposta à terapêutica prescrita (ACÚRCIO, 2010). Um exemplo disso é o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional/Alto Custo que é destinado, entre outras indicações, ao tratamento de doenças crônicas, de alta prevalência, nas quais o uso prolongado implique em um tratamento de custo elevado.

Portadores de hepatite B e C estão entre os beneficiários do referido Programa. As hepatites virais, sobretudo as B e C, vem se constituindo em um grave problema de saúde pública no Brasil. No que diz respeito à hepatite C, com o desenvolvimento de técnicas laboratoriais disponíveis desde 1992, que permitem o seu diagnóstico, tornou possível estimar que esse agravo afeta 3% da população mundial, cerca de 200 milhões de habitantes (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde brasileiro instituiu em 2002 o Programa Nacional de Controle das Hepatites Virais com o objetivo de coordenar ações de controle desenvolvidas em todo o território nacional e estabeleceu o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite Viral C através da Portaria Ministerial Nº 34/2007. O protocolo contém os critérios para diagnóstico do agravo, a inclusão e exclusão ao tratamento, observa ética e tecnicamente a prescrição médica, racionaliza a dispensação dos medicamentos preconizados para o tratamento da doença, regulamenta suas indicações e seus esquemas terapêuticos e estabelece mecanismos de acompanhamento de uso e de avaliação de resultados, garantindo assim a prescrição segura e eficaz.

Sugere ainda que os serviços realizem a aplicação semanal do Interferon, com vistas a garantir a eficácia do tratamento e diminuir desperdício de medicação por erros de técnicas de manipulação, de dosagem e de aplicação.

Os conhecimentos sobre o vírus C (VHC) vêm se desenvolvendo num fluxo contínuo de informações mais objetivas a partir de 1989, época em que o vírus foi clonado de uma cópia de DNA complementar extraído do plasma de um chimpanzé infectado pelo VHC, sendo que a partir daí foram desenvolvidos testes sorológicos para detectar os anticorpos específicos anti-VHC. Estes permitiram comprovar que cerca de 90 % dos casos de Hepatite C eram pós-transfusionais. A instituição da triagem sorológica nos bancos de sangue permitiu uma redução no contágio da hepatite C por transfusões de sangue, perdendo esta o rótulo de “hepatites pós-transfusional” (FOCACACCIA; SOUZA, 1996).

A infecção pelo VHC é assintomática, lentamente progressiva, produzindo cirrose em 20% dos pacientes que albergam o vírus por períodos variáveis podendo desenvolver câncer primário de fígado.

Os esquemas de tratamento são vários: dependem do genótipo, da carga vírica inicial e da evolução da replicação vírica durante o próprio tratamento. Para realizar o tratamento, os pacientes devem estar dentro dos critérios de inclusão no protocolo de tratamento (BRASIL, 2005).

O tratamento é considerado efetivo quando há resposta virológica sustentada, ou seja, negatificação do RNA-VHC seis meses após o seu término. Os pacientes que têm resposta sustentada apresentam melhora bioquímica e histológica e mantêm-se sem replicação viral por tempo indefinido e mesmo aqueles que não apresentam resposta sustentada podem ter benefícios com o tratamento (CONTE, 2000 b; STRAUSS, 2001)

Autores como Conte (2000 b); Strauss (2001); Acras e outros (2004); Alves e outros (2003) comentam que até meados da década de 1990, a única medicação disponível para o tratamento da hepatite crônica C era o Interferon- $\alpha$ , no entanto, obteve pouco sucesso com esta monoterapia. Hoje, já se faz uso de associações de medicamentos, como Interferon- $\alpha$  combinado à Ribavirina ou Interferon Peguilado + Ribavirina. Os estudos realizados por estes autores demonstram que a taxa de resposta virológica sustentada é significativamente maior em pacientes que usam estas combinações.

Em Feira de Santana, município com 542.476 habitantes (BRASIL, 2010), situado no estado da Bahia, nordeste do Brasil, o controle das hepatites virais foi instituído o Programa Municipal de Hepatites Virais com a finalidade de diagnosticar e tratar portadores desses vírus. As ações de controle compreendem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes. Os medicamentos são dispensados pelo Sistema Único de Saúde e a aplicação do Interferon é realizada no serviço.

Os objetivos desse estudo é avaliar a resposta final ao tratamento da hepatite C crônica em pacientes que realizaram tratamento no período de 2007 a 2010 nesse serviço público municipal e identificar os fatores preditivos de melhor resposta ao tratamento.

### **Metodologia**

Foram analisados retrospectivamente os prontuários de pacientes que realizaram tratamento para hepatite C crônica no Programa de Controle das Hepatites Virais do município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período de 2007 a 2010. Para atender aos objetivos da pesquisa foram incluídos os pacientes que realizaram o tratamento com a aplicação do Interferon dispensado pelo SUS e aplicado no serviço de referência. Foram excluídos do estudo os pacientes que abandonaram o tratamento.

O esquema de tratamento foi a terapia combinada Interferon convencional (IFNc) alfa-2a ou alfa-2b, 3MUI, 3 vezes por semana associado à Ribavirina (RBV) (15mg/kg/dia) ou Interferon Peguilado alfa-2a (180mcg) ou alfa -2b (1,5 mcg/kg) associado à RBV.

Foi definida como Resposta Viroológica ao Final do Tratamento (RVFT) a ausência do RNA-VHC no final do tratamento e Resposta Viroológica Sustentada (RVS) como a ausência de RNA-VHC detectável no soro seis meses após a suspensão do tratamento. Aqueles que não conseguiram a RVFT foram considerados não-respondedores e os que não atingiram RVS na presença de RVFT foram denominados recidivantes.

Foi construído um formulário com questões contendo as variáveis do estudo (sociodemográficas, epidemiológicas, esquema utilizado, tempo de tratamento, resposta ao final do tratamento, tempo de resposta sustentada e retratamento).

Os dados foram digitados em planilha eletrônica do Programa *Windows for Excel*. Em seguida, exportados para o SPSS (Statistical Package for Social Science Versão 17.0 for Windows, SPSS Inc, Chicago, Illinois).

A análise descritiva dos dados incluiu a distribuição de frequência das variáveis socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas, esquema utilizado, tempo de tratamento, resposta ao final do tratamento, tempo de resposta sustentada e retratamento. Foram utilizadas medidas de tendência central (média e desvio padrão). Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

## **Resultados**

Dos 112 pacientes elegíveis para este estudo, onze foram excluídos por não terem concluído o tratamento. Foram, então, incluídos 101 pacientes, tendo-se encontrado os seguintes resultados em relação às características sócio-demográficas, conforme a tabela 1: idade média de aproximadamente 55 anos, com idade mínima de 26 e máxima de 72 anos, sendo que 95% (n=96) encontram-se na faixa etária acima de 40 anos.

Entre os sujeitos da pesquisa, houve predomínio significativo do sexo masculino com 76,2% (n=77) de homens e 23,8% (n=24) do sexo feminino.

Em relação à procedência, 90,1% (n=91) dos pacientes são residentes do município de Feira de Santana, enquanto que 9,9% (n=10) são oriundos de outras cidades do interior da Bahia.

Quanto ao estado civil, 63,4% (n=64) são casados, enquanto 15,8% (n=16) são solteiros, 4% (n=4) viúvos, 3% (n=3) divorciados ou desquitados e 13,8% (n=14) não possuíam tal informação.

Com relação ao tipo de ocupação, 17,8% (n=18) são comerciantes, 9,9% (n=10) são aposentados, 6,9% (n=7) autônomos, 5% (n=5) professores, 5% (n=5) motoristas e 5% (n=5) domésticas, sendo que as demais profissões encontradas somam 33,6% (n=34) e 16,8% (n=17) não tiveram esta informação nos prontuários.

Quanto à caracterização do grau de escolaridade, renda familiar mensal e cor da pele não foram possíveis demonstrar neste estudo, visto que estas informações não eram registradas nos prontuários dos pacientes.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes com hepatite C crônica, Feira de Santana- BA, 2007 a 2010.

Variáveis	n= 101	%
Idade		
Média ± desvio padrão	55,2 ± 9,1	
Mínima e máxima	26 e 72	
< ou = 40 anos	5	5
> 40 anos	96	95
Sexo		
Masculino	77	76,2
Feminino	24	23,8
Município de residência		
FSA	91	90,1
Outros	10	9,9
Estado civil		
Casado	64	63,4
Solteiro	16	15,8
Viúvo	4	4,0
Desquitado	1	1,0
Divorciado	2	2,0
S.I *	14	13,8
Ocupação		
Comerciante	18	17,8
Aposentado	10	9,9
Autônomo	7	6,9
Professor	5	5,0
Motorista	5	5,0
Doméstica	5	5,0
Outros	34	33,6
S.I*	17	16,8

\* S.I: sem informação

Fonte: Programa Municipal de Controle das Hepatites Virais, Feira de Santana, 2007 a 2010.

Entre os pacientes avaliados quanto ao genótipo, encontrou-se maior frequência para o genótipo 1 (G1), com 63,4%, seguido do G3 (n=26,7%). Apenas 1% (n=1) do G4. Os G5 e G6 não foram identificados (Tabela 2).

Dos 80 pacientes que foram submetidas à biópsia hepática, observou-se presença de fibrose em todos os pacientes, segundo a Classificação Metavir, sendo 56,3% (n=45) com F2, enquanto que 11,3% (n=9) tem F4 (cirrose). Com relação à atividade inflamatória, houve predomínio de atividade inflamatória moderada (A2) com aproximadamente 54% (n=43), e apenas 8,8% (n=7) não possuem atividade inflamatória (A0) (Tabela 2).

A co-infecção foi constatada em apenas 3 casos (3%), sendo 2 pacientes co-infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e um co-infectado por VDRL.

A presença de manifestações extra-hepáticas e doenças associadas foram demonstradas em 34,7% (n=35) dos pacientes. Dentre estas doenças destacam-se a Doença Crônica Parenquimatosa do Fígado (DCPF), Diabetes Mellitus tipo II (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), hipotireoidismo, Insuficiência Renal crônica (IRC), hipotireoidismo, depressão, síndrome metabólica e hemofilia A grave. Sendo que existem pacientes que apresentam mais de uma doença associada à hepatite C crônica.

Observou-se que 5,9% (n=6) dos pacientes são etilistas, ou seja, fizeram uso de álcool durante o tratamento (Tabela 2).

Tabela 2 - Características epidemiológicas dos pacientes com hepatite C crônica, Feira de Santana- BA, 2007 a 2010.

Variáveis	N= 101	%
Genótipo		
G1	64	63,4
G2	9	8,9
G3	27	26,7
G4	1	1,0
Atividade inflamatória (N=80) *		
A0	7	8,8
A1	24	30,0
A2	43	53,8
A3	6	7,5
Fibrose (N=80) *		
F0	0	0
F1	6	7,5
F2	45	56,3
F3	20	25,0
4 (cirrose)	9	11,3
Co-morbidade		
Sim	35	34,7
Não	66	65,3
Uso de álcool		
Sim	6	5,9
Não	95	94,1
Co-infecção		
Sim	3	3
Não	98	97

\* 21 pacientes não foram submetidos à biópsia hepática.

Fonte: Programa Municipal de Controle das Hepatites Virais, Feira de Santana, 2007 a 2010.

O esquema de tratamento para 68,3% (n=69) dos pacientes foi a terapia combinada IFN Peg.  $\alpha$  2a ou  $\alpha$  2b + RBV; 29,7% (n=30) utilizaram INFc + RBV e apenas 2% utilizaram INFc isolado, uma vez que, estes eram pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC), o que contra-indica o uso de Ribavirina.

Com relação ao tempo de tratamento, 46,5% (n=47) realizaram tratamento por 24 semanas, enquanto 49,5% (n=50) realizaram tratamento por 48 semanas.

Tabela 3 - Características do tratamento dos pacientes com hepatite C crônica, Feira de Santana - BA, 2007 a 2010.

Variáveis	N= 101	%
Esquema utilizado		
INF $\alpha$ 2b + RBV	30	29,7
INF Peg. $\alpha$ 2a + RBV	36	35,6
INF Peg. $\alpha$ 2b + RBV	33	32,7
INF $\alpha$ 2b	2	2,0
Tempo de tratamento		
6 meses	47	46,5
12 meses	50	49,5
Outros	4	4,0

Fonte: Programa Municipal de Controle das Hepatites Virais, Feira de Santana, 2007 a 2010.

Relacionando genótipo com o tempo de tratamento, a tabela 4 mostra que dos 47 pacientes que realizaram tratamento por 24 semanas, 70,2% (n=33) correspondem a soma dos genótipos 2 e 3 e 29,8% (n=14) foram do genótipo 1. Com relação aos pacientes que realizaram tratamento por 48 semanas (n=50), 92% (n=46) eram pacientes com G1e apenas 6% (n=3) foram pacientes com genótipo 3 e não respondedores que retrataram por 12 meses.

Tabela 4 – Relação do tempo de tratamento com o genótipo.

Tempo de tratamento		Genótipo				Total
		1	2	3	4	
6 meses	N	14	9	24	0	47
	%	29,8%	19,1%	51,1%	0,0%	100,0%
12 meses	N	46	0	3	1	50
	%	92,0%	0,0%	6,0%	2,0%	100,0%
Outro	N	4	0	0	0	4
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	N	64	9	27	1	101
	%	63,4%	8,9%	26,7%	1,0%	100,0%

Fonte: Programa Municipal de Controle das Hepatites Virais, Feira de Santana, 2007 a 2010.

Dos 101 pacientes incluídos no estudo, 60,4% (n=61) tiveram resposta virológica ao final do tratamento (RVFT) e 39,6% (n=40) não responderam ao final do tratamento, como mostra a figura 1.

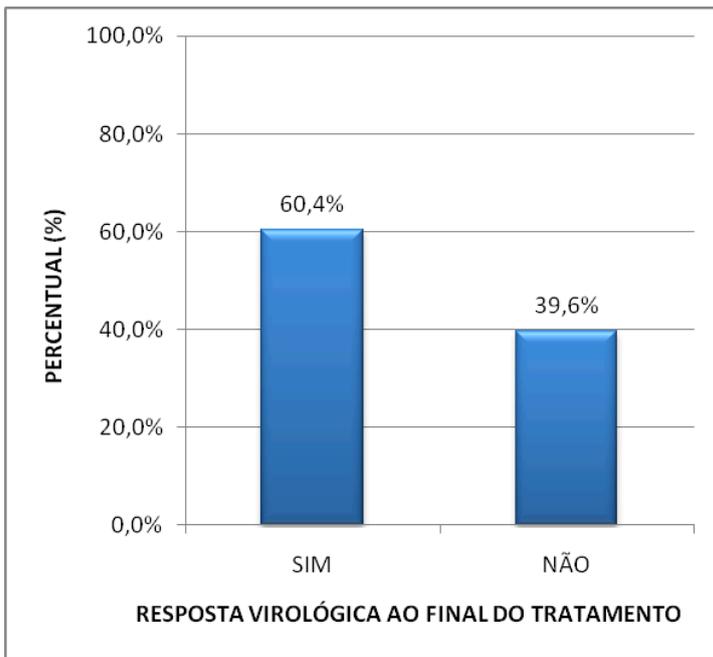


Figura 1 - Distribuição dos pacientes que realizaram tratamento para hepatite C crônica, segundo Resposta Viroológica ao Final do Tratamento, Feira de Santana- BA, 2007 a 2010.

Dos 61 pacientes com RVFT, oito pacientes (13,1%) não tinham informação sobre o resultado do PCR qualitativo 6 meses após o final do tratamento. Levando em consideração os 53 restantes, 57,4% (n=35) tiveram resposta virológica sustentada (RVS), enquanto 29,5% (n=18) não tiveram resposta sustentada (figura2).

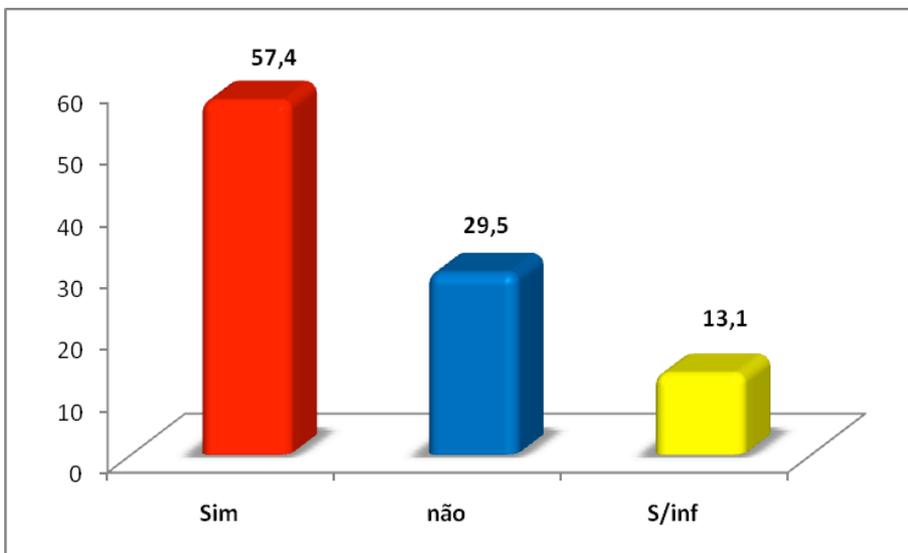


Figura 2 - Distribuição dos pacientes que realizaram tratamento para hepatite C crônica, segundo Resposta Viroológica Sustentada, Feira de Santana- BA, 2007 a 2010.

Com relação aos pacientes que não atingiram a RVFT e aos pacientes recidivantes, observa-se no estudo que 16,8% (n=17) realizaram retratamento.

Analisando os fatores independentes de melhor resposta ao tratamento, em relação ao gênero, observa-se que não há discrepância entre o sexo masculino e feminino tanto entre os respondedores e os não respondedores, conforme figura 3.

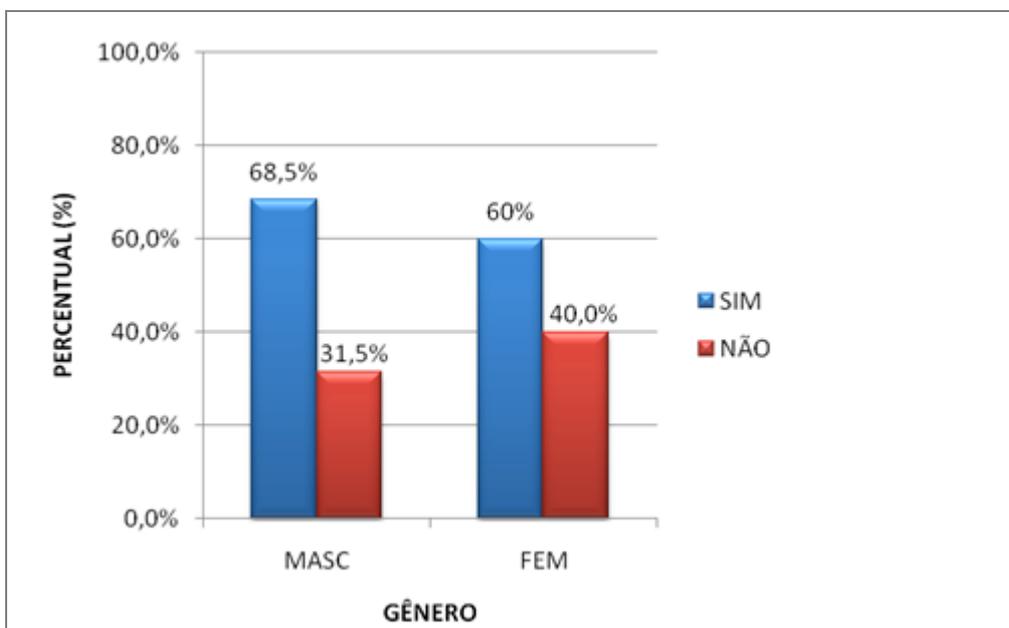


Figura 3 - Relação entre RVS e gênero dos pacientes que realizaram tratamento para hepatite C crônica, Feira de Santana-BA, 2007 a 2010.

No que diz respeito à faixa etária menor ou igual a 40 anos, 75% tiveram RVS e 25% não tiveram resposta, enquanto 65,3% dos pacientes com faixa etária maior que 40 anos tiveram RVS e 34,7% não responderam. O gráfico (figura 4) mostra que entre os respondedores predominou aqueles com idade menor ou igual a 40 anos e entre os não respondedores aqueles situados acima desta faixa etária.

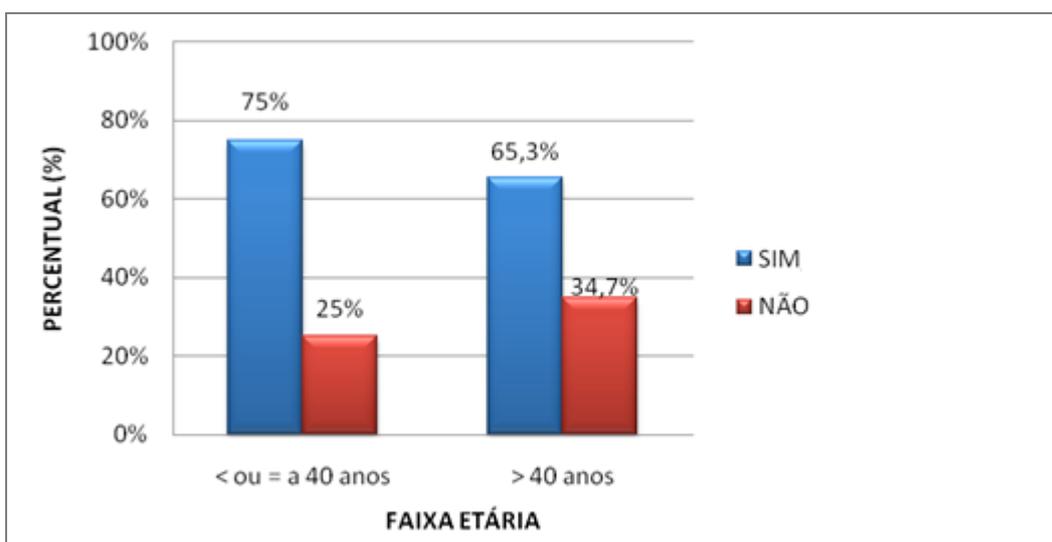


Figura 4 - Relação entre resposta e faixa etária dos pacientes que realizaram tratamento para hepatite C crônica, Feira de Santana-BA, 2007 a 2010.

Entre os pacientes que tiveram RVS, os genótipos que melhor responderam ao tratamento foram o genótipo 2 seguido do genótipo 3, com 100% e 66,7 % respectivamente. Já com relação à não resposta, observou-se predominância do genótipo 4 com 100% (n=1) e do genótipo 1 com 38,7% dos pacientes (figura 5).

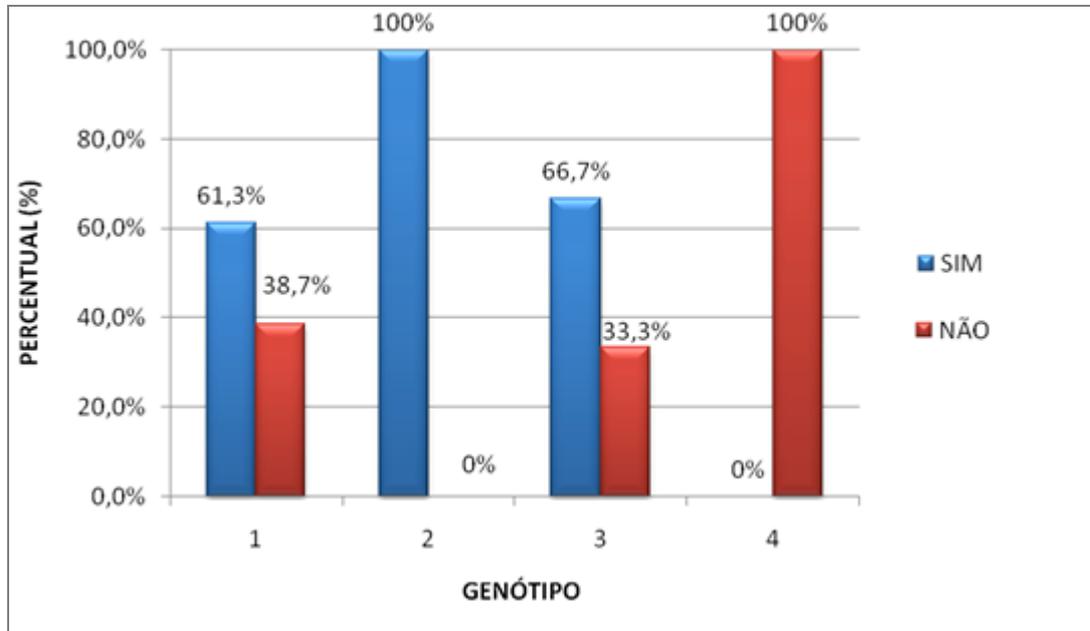


Figura 5 - Relação entre RVS e genótipo dos pacientes que realizaram tratamento para hepatite C crônica, Feira de Santana-BA, 2007 a 2010.

Com relação ao grau de fibrose, percebeu-se que tanto os pacientes com F1 e F2, a maioria com 75% e 76% tiveram RVS, respectivamente. Já os pacientes com F3, a maioria com 62,5% não tiveram RVS. Com relação aos pacientes com F4 (cirrose), 50% dos pacientes tiveram resposta e 50% não responderam (figura 6).

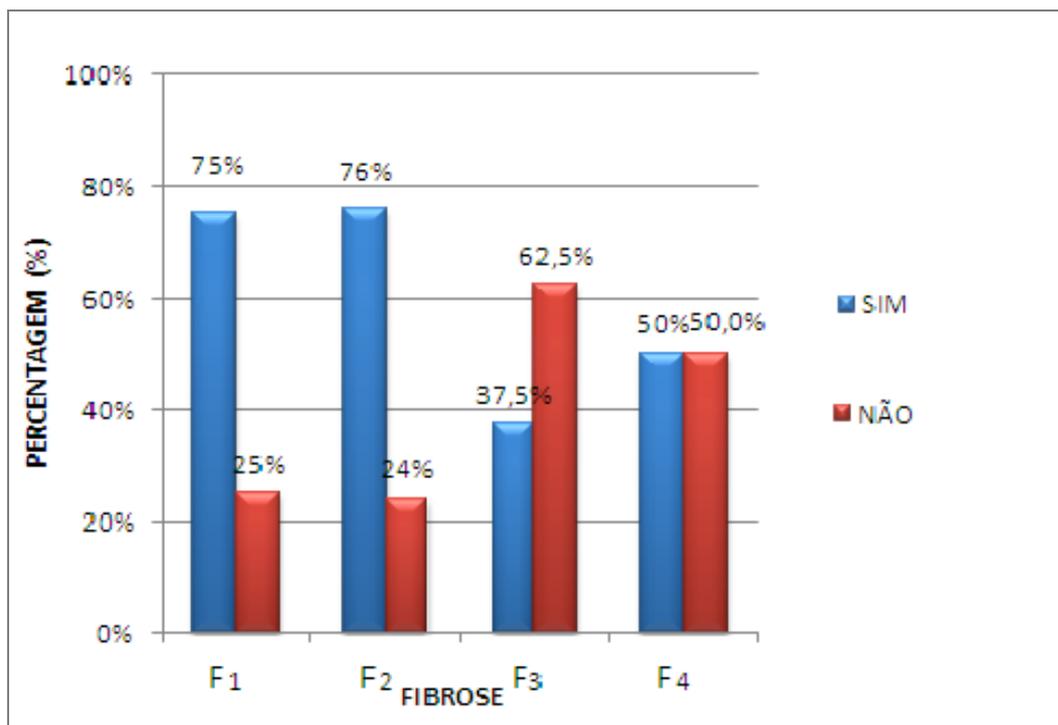


Figura 6 - Relação entre RVS e grau de fibrose dos pacientes que realizaram tratamento para hepatite C crônica, Feira de Santana-BA, 2007 a 2010.

## DISCUSSÃO

Preliminarmente, é necessário comentar os possíveis vieses do trabalho. Houve dificuldade de obter alguns dados por falta de informações nos prontuários. Soma-se ainda a duplicidade de prontuários do mesmo paciente, um que se encontra na farmácia e outro no consultório. Os prontuários clínicos dos pacientes com Hepatite C ficam nos arquivos organizados por letras, no entanto, misturados com os pacientes que tem Hepatite B. Ressalta-se também que aqueles que já terminaram o tratamento também não são separados daqueles que ainda estão em tratamento. Alguns pacientes realizaram tratamento no ambulatório, porém eram acompanhados apenas em consultórios particulares, o que dificultou muito a coleta de dados nos prontuários.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Hepatite Viral C, aprovado pela Portaria nº 34, de 28 de setembro de 2007 (BRASIL, 2007), todos os pacientes que estiverem em tratamento com interferon peguilado devem ter suas doses semanais aplicadas em Serviços de Tratamento Assistido. Assim, estes devem contar com uma equipe multidisciplinar qualificada a fim de facilitar e aumentar a adesão do paciente ao tratamento.

A utilização inadequada ou desperdício das ampolas ou das cápsulas de ribavirina podem ser evitados, visto que as medicações ficam em poder dos serviços e não dos pacientes em tratamento, melhorando a adesão ao tratamento e conseqüentemente aumentando a probabilidade de RVS, assim como a redução dos custos com tais medicações. Segundo Amaral, Reis e Picon (2006), o impacto financeiro deste tratamento no SUS é muito grande, sendo que o interferon peguilado é um dos fármacos de maior custo no mercado farmacêutico. O preço de uma ampola de 80 µg é de aproximadamente R\$ 720,00 sendo que as aplicações são feitas semanalmente, durante 48 semanas, gerando assim um custo total de R\$ 34.560,00. Com relação à ribavirina, cada cápsula custa em média de R\$ 5,00, sendo utilizada 4 cápsulas/dia, perfazendo um valor médio de R\$ 1.680,00 durante 48 meses.

De acordo com o MS (BRASIL, 2007), outro aspecto importante do serviço é a monitorização da resposta virológica feita pelo exame de PCR (quantitativo e qualitativo). Em pacientes com genótipo 2 e 3, o exame de PCR qualitativo é solicitado na 24ª semana (final do tratamento). Se este for detectável, o paciente é considerado não respondedor. Os pacientes com PCR negativo ao final do tratamento o exame deve ser repetido 6 meses após para avaliar RVS. Neste caso, se o resultado for positivo são considerados recidivantes. Com relação ao genótipo 1, aqueles pacientes que não negativam ou diminuem em pelo menos 100 vezes a carga viral na 12ª semana tem o tratamento suspenso. No entanto, no estudo observa-se que em alguns pacientes do genótipo 1 o PCR só foi realizado com 6 meses, isso pode está relacionado com a dificuldade em realizar os exames laboratoriais na rede pública.

Nesse estudo houve predomínio significativo do sexo masculino. Esses dados são semelhantes aos estudos de Acras e outros (2004); Conte (2000a); Cerqueira (2010) e Maia (2006). Isso pode está relacionado à maior exposição dos homens aos fatores de riscos para o VHC e ao uso de complexo vitamínico injetável com seringas e agulhas reutilizáveis, entre os homens nos anos de 1970 e 1980 (CERQUEIRA, 2010).

Com relação à idade, os resultados mostram que a maioria dos pacientes estão acima de 40 anos, sendo que a média de idade é de 55,2. Estudos mostram que o VHC é a maior causa das hepatites pós-transfusionais, visto que antes de 1993, não havia obrigatoriedade dos testes sorológicos (anti-VHC) em candidatos a doadores de sangue (FOCACCIA; SOUZA, 1996; STRAUSS, 2001; ALVES, 2003; SILVA, 2003; COVAS; PASSOS; VALENTE, 2005). Ressalta-se ainda que para estes autores a

doença evolui de forma assintomática e lentamente progressiva por anos ou décadas após a contaminação.

No estudo observa-se que a maioria dos pesquisados são casados e esta situação expõe à falsa sensação de segurança, uma vez que as mesmas não se percebem em situação de risco, embora alguns autores como, Orione, Assis e Souto (2006) apontam que o potencial infeccioso do VHC por via sexual não é tão alto. No entanto, com a convivência, existe uma maior possibilidade de compartilhamento de instrumentos de uso pessoal.

Com relação à caracterização do grau de escolaridade, renda familiar mensal e raça/cor de pele não foram possíveis demonstrar neste estudo, visto que estas informações não foram encontradas nos prontuários dos pacientes. Maia (2006) demonstrou que em Feira de Santana, os pacientes possuíam um regular nível de instrução, com 47,4% dos casos referindo ensino médio completo ou superior incompleto e 6,3% com formação de nível superior. O estudo de Cerqueira (2010) mostra que mais da metade dos pacientes possuem de um a quatro salários mínimos e 66,7% informaram possuir plano de saúde, revelando que indivíduos com maior renda e, conseqüentemente, mais informados têm maior acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

A maioria dos pacientes é residente do município de Feira de Santana. Este é considerado como cidade pólo, no que diz respeito aos serviços de saúde. Segundo Cerqueira (2010), o Ambulatório das Hepatites Virais é referenciado pela Vigilância Epidemiológica do município, pelos dois bancos de sangue da cidade, consultórios particulares e por outros municípios que compõem a microrregião, os quais não existem serviços de referência de Hepatites Virais.

Quanto aos dados referentes à genotipagem, segundo Silva (2003), há maior ocorrência do genótipo 1b no Brasil, seguido pelo genótipo 1a e 3. No nosso meio, o genótipo 2 tem-se mostrado menos freqüente (menor que 10%). O presente estudo revela que o genótipo 1 foi predominante, seguido do genótipo 3 e genótipo 2. Estes achados foram corroborados por outros autores (ACRAS et al, 2004; MAIA, 2006; PERONE et al, 2008). Segundo Silva (2003), estudos já constataram que o genótipo 1b é uma cepa mais agressiva e menos responsiva a tratamento com interferon, em relação ao genótipo 2 e 3.

Com relação ao grau de fibrose, observa-se um predomínio de F2 (fibrose portal com poucos septos) e A2 (atividade inflamatória moderada). Já no estudo de

Acra e outros, (2004) entre os que tinham fibrose, houve predomínio de casos com F1(fibrose portal sem septos).

Dos seis pacientes que fizeram uso de álcool durante o tratamento, nenhum deles tiveram RVS. Strauss (2001) aponta que o alcoolismo crônico, ou a simples ingestão alcoólica maior do que 10g de etanol puro ao dia é um indicador de má resposta terapêutica.

No estudo, três pacientes possuem co-infecção. Destes, apenas um teve RVS. Vale ressaltar que este paciente é portador do HIV, no entanto, possui genótipo 3 e não apresenta co-morbidade. Os outros dois co-infectados, não atingiram RVS, sendo que são portadores do genótipo 1 e um deles possui co-morbidade. Alguns fatores estão relacionados à melhor resposta ao tratamento, tais como, idade inferior a 40 anos, sexo feminino, genótipo 2 ou 3, ausência de fibrose e de co-infecção com VHB ou HIV (SILVA, 2003; STRAUSS, 2001; MARQUES et al, 2007).

No presente estudo, observa-se que entre os pacientes com RVS, não há discrepância entre o sexo masculino e feminino, porém há um predomínio entre aqueles com idade inferior à 40 anos, genótipo 2, seguido do genótipo 3, grau de fibrose F2 e F1.

A taxa de resposta sustentada observada neste estudo é de 66% (n=35), levando em consideração que 60,1% (n=61) atingiram RVFT. Esses dados foram maiores que no estudo de Acra (2004), cuja taxa foi de 35%.

Para os pacientes não respondedores ou recidivantes a tratamento com IFN c em monoterapia ou associado à RBV, recomenda-se retratamento com PEG IFN associado à RBV. Com relação àqueles já tratados anteriormente com esta associação, as evidências científicas ainda são escassas (BRASIL,2011).

## **CONCLUSÃO**

O acesso à terapia de doenças crônicas com disponibilização do medicamento de alto custo na rede pública de saúde possibilita maior adesão dos pacientes e maior eficácia do tratamento. Acrescenta-se ainda que o impacto financeiro deste tratamento no SUS é muito grande, uma vez que o Interferon peguilado é um dos fármacos de maior custo no mercado farmacêutico. Entretanto, fica evidente que a estratégia de controle preconizada pelo Ministério da Saúde brasileiro e adotada pelos gestores do município do estudo tem dado conta de produzir os resultados esperados no tratamento da hepatite C, evitando a progressão da doença hepática, diminuindo o número de carcinoma hepatocelular e de transplante de fígado e, conseqüentemente,

óbitos pelo agravo. Soma-se ainda a possibilidade de uma redução dos custos futuros pelo governo relacionados à assistência dos pacientes infectados.

### Referências

ACRAS, Rafael Nastás et al. A taxa de resposta sustentada da hepatite C crônica ao tratamento com os diversos interferon-alfa e rivabirina distribuídos pelo governo brasileiro é semelhante à da literatura mundial. **Arquivo de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 1-2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

ACURCIO, F. A. et al. Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 26, n. 2, dez. 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982009000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982009000200007&lng=pt&nrm=iso)>. acessado em 23 fev. 2012. doi: 10.1590/S0102-30982009000200007.

ALVES, Alexandro Vaesken et al. Tratamento de pacientes com hepatite crônica pelo vírus C com interferon-a e ribavirina: a experiência da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 227-232, out./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

AMARAL, K.M; REIS, J.G;PICON, P. D. Atenção Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: um exemplo de experiência bem sucedida com hepatites portadores de hepatite C. **Revista Brasileira Farmacêutica**. 2006.p.19-21.

ASSIS, S. B.; ORIONE, M. A. M.; SOUTO, F. J. D. Perfil epidemiológico de puérperas e prevalência de anticorpos para infecção pelo HIV e vírus da hepatite C em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 39, n. 2, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 8 out. 2011.

BRANDÃO, Ajacio Bandeira de Mello et al. Diagnóstico da hepatite C na prática médica: revisão da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 9, n. 3, p. 161-168, mar. 2001. Disponível em: < <http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 2 out. 2011.

BRASIL. **Resolução 196/96**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. ampl. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Hepatites virais**: o Brasil está atento. 2. ed. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 34, de 28 de setembro de 2007**. Dispõe sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral Crônica C. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 out. 2007.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, Julho. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 863, de 4 de novembro de 2002**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral Crônica C. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 nov. 2002.

CARMO, Ricardo Andrade. **Hepatites virais**. Belo Horizonte: Fundação Centro de Hematologia e hemoterapia de Minas Gerais, 1996.

CERQUEIRA, Erenilde Marques de. Acesso dos Portadores do Vírus da Hepatite C ao Diagnóstico, Tratamento e Ações de Vigilância Epidemiológica no âmbito Municipal. (Tese de doutorado). Universidade Federal da Bahia. Faculdade de medicina da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde. Bahia, 2010. P.150.

CONTE, V. P. Hepatite crônica por vírus C. Parte 1. Considerações Finais. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 37, n. 3, jul./set. 2000a. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 out. 2010

CONTE, V. P. Hepatite crônica por vírus C. Parte 2. Tratamento. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 37, n. 4, out./nov. 2000b. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 out. 2010.

COVAS, D. T.; PASSOS, A. D. C.; VALENTE, V. B.; Marcadores sorológicos das hepatites B e C em doadores de sangue do Hemocentro de Ribeirão Preto, SP. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 36, n. 6, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 out. 2011.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 out. 2010.

FIGUEIREDO, E. C. Q.; COTRIM, H. P; TAVARES-NETO, J. Frequência do vírus da hepatite C em profissionais da saúde: revisão sistemática da literatura. **Gastroenterol. Endosc. Dig.** v. 22, n. 2, p. 53-60, mar./abr. 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>>. Acesso em: 10 out. 2010.

FOCACCIA, R.; SOUZA, F. V. Hepatite C. In VERONESI, R.; FOCACCIA, R.; **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

GAUTHIER, Jacques Henri Maurice et al. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 302 p.

MAIA, Karina Souza Ferreira. **Aspectos epidemiológicos e clínicos da hepatite C no município de Feira de Santana - Ba.** 2006. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2006. Disponível em: <<http://www.tede.uefs.br>>. Acesso em: 8 de out. 2011.

MARQUES, N; SERRA, J. E; ALVES; COELHO, F.;CUNHA,J.G.SARAIVA; SILVESTRE, A.M. Caracterização da Resposta Viroológica Sustentada na Terapêutica da Hepatite C Crônica pela Avaliação à 4ª Semana. **GE-J Port Gastrenterol.** Portugal, 2007. V.14. p. 228-230. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

OLIVEIRA, S. L de. **Tratado de metodologia científica:** projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 1997.  
ROUQUAYROL, Maria Zelia; ALMEIDA, N. **Epidemiologia & saude.** 6. ed Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728 p.

STRAUSS, E. Hepatite C. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,** Uberaba, v. 34, n. 1, p. 69-82, jan./fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 out. 2011.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo.** São Paulo: Atlas, 2008. 175 p.