

# PERFIL DO PORTADOR DE HEPATITE B DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

## Franciele Silvia de Carlo

Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: fsc\_mt@yahoo.com.br

## Jamile Fernanda Lima

Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: jamilefl@hotmail.com

## Michele Sene

Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: michele\_sene\_64@hotmail.com

## Natalina Maria da Rosa

Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: natalina\_sula@hotmail.com

## Valani Henriques Cardoso

Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: valani\_henriques@hotmail.com

## Joana Ercília Aguiar

Docente Mestre do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: joana.aguiar@cesumar.br

**RESUMO:** A hepatite B representa um problema de saúde pública. O vírus da hepatite B pode levar à hepatite aguda e hepatite crônica; esta pode evoluir para cirrose ou hepatite fulminante, com necrose maciça do fígado. Estima-se que 400 milhões de pessoas, ou seja, 5% da população mundial, sejam portadores de hepatite B; porém é preciso considerar que muitos indivíduos infectados são assintomáticos e que as infecções sintomáticas são insuficientemente notificadas, o que resulta numa frequência de hepatite B subestimada. No Brasil calcula-se que existam 2 milhões de portadores crônicos desta virose. A grande importância das hepatites não se limita ao número de pessoas infectadas, estende-se também às complicações das formas agudas e crônicas. Sendo assim, este trabalho visou caracterizar o perfil do portador de hepatite B de Maringá. O levantamento de dados foi realizado através da análise das 339 fichas de notificação de hepatite B, durante o período de 2000 a 2006, na 15ª Regional de Saúde de Maringá. Os dados foram avaliados segundo o tratamento estatístico quantitativo-prospectivo. Os resultados mostraram uma incidência maior da hepatite B no sexo masculino - a maior predominância de casos na população economicamente ativa, pois a amostra apresenta maior número de casos entre 16 e 45 anos. Observou-se um número expressivo de casos em indivíduos que têm o primeiro grau completo. Quanto à evolução clínica da hepatite B, este estudo demonstrou que 4,1% dos casos terminaram em morte, a cura representou 35,6% dos casos e 13% dos portadores se tornaram crônicos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hepatite B; Enfermagem; Epidemiologia.

## PROFILE OF THE HEPATITIS B BEARER OF THE COUNTY OF MARINGÁ

**ABSTRACT:** Hepatitis B is a public health problem. The virus of hepatitis B can lead to acute and chronic hepatitis; which can develop into cirrhosis or fulminant hepatitis, with massive necrosis of the liver. It is estimated that 400 million people, or 5% of the world population are hepatitis B bearer, but we must consider that many infected individuals are asymptomatic and the symptomatic infections that are inadequately reported, resulting in a frequency of hepatitis B underestimated. In Brazil it is estimated that there are 2 million chronic carriers of this virus. The importance of hepatitis is not limited to the number of people infected, is also the complications of acute and chronic forms. Thus, this study aimed to characterize the profile of the hepatitis B bearer in Maringá. The survey data was conducted by analysis of 339 notification sheets of hepatitis B, during the period from 2000 to 2006, in the 15th Regional Health of Maringá. The data were evaluated according to the quantitative - prospective statistical treatment. The results showed a higher incidence of hepatitis B in males - the highest prevalence of cases in the economically active population, because the sample number of cases has increased from people aged from 16 to 45 years old. There was a significant number of cases in individuals who have completed high school. As a clinical evolution of hepatitis B, this study showed that 4.1% of the cases ended in death, the cure was represented by 35.6% and 13% of patients have become chronic.

**KEYWORDS:** Hepatitis B; Nursing, Epidemiology.

## INTRODUÇÃO

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o hepatotropismo. Possuem semelhanças do ponto de vista clínico-laboratorial, mas apresentam importantes diferenças epidemiológicas e quanto à sua evolução, além de constituírem um problema de saúde pública.

Chavez; Campana; Haas (2003) explicam que o vírus da hepatite B (HBV) é transmitido através de lesões na pele e mucosa, relações sexuais e exposição percutânea (parenteral), agulhas ou outros instrumentos contaminados, transfusão de sangue e seus derivados fora das recomendações técnicas, procedimentos odontológicos, cirúrgicos e de hemodiálise que desrespeitam as normas universais de biossegurança, além do uso de drogas injetáveis e transmissão perinatal. O período de incubação é de 30 a 180 dias, com média de 60 a 90 dias.

O diagnóstico de qualquer das formas clínicas da hepatite B realiza-se através de técnicas sorológicas, como relata Ferreira (2000). Não obstante, porém, todos os recentes avanços em relação ao diagnóstico, ao tratamento e à profilaxia da hepatite B, esta se mantém como um grave problema de saúde pública nos dias atuais. Particularmente relevante é o estudo da distribuição em diferentes populações, uma vez que existem variações acentuadas na presença de marcadores segundo áreas e agrupamentos distintos. Além disso, a busca do conhecimento da circulação viral representa uma atividade fundamental em vigilância epidemiológica, pois permite definir grupos de risco e orientar as estratégias de controle, como complementam Braga e colaboradores (2006).

Para Ferreira e Silveira (2004), os últimos 50 anos foram de notáveis conquistas no que se refere à prevenção e ao controle das hepatites virais. Os mais significativos progressos foram a identificação dos agentes virais, o desenvolvimento de testes laboratoriais específicos, o rastreamento dos indivíduos infectados e o surgimento de vacinas protetoras.

A grande importância das hepatites não se limita ao número de pessoas infectadas; estende-se também às complicações das formas agudas e crônicas, com afirmam Ferreira e Silveira (2004). Os vírus causadores das hepatites determinam uma ampla variedade de apresentações clínicas, de portador assintomático, até cirrose e carcinoma hepatocelular. Considerando-se que as conseqüências das infecções são diversas, na dependência do tipo de vírus, o diagnóstico de hepatite não será completo se o agente etiológico não ficar esclarecido.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O vírus da hepatite B pode levar à hepatite aguda com resolução e à hepatite crônica, que pode evoluir para cirrose ou hepatite fulminante, com necrose maciça do fígado (CROWFORD, 2005).

Após o período de incubação, o indivíduo infectado pelo VHB permanece assintomático ou apresenta manifestações próprias da doença, podendo evoluir para hepatite fulminante, em conseqüência da falência hepática aguda, ocasionando alta taxa de mortalidade (GONÇALES JR, 2003).

Ferreira (2000) complementa que a fase aguda da hepatite B caracteriza-se pela intensa replicação viral, que ocorre tanto nas formas sintomáticas ictericas da doença quanto nas anictéricas e oligossintomáticas. O período de incubação varia de dois a seis meses.

Cerca de seis semanas após a contaminação, AgHbs já encontra-se presente no soro, podendo permanecer positivo nos casos agudos por até 180 dias, quando desaparece e dá lugar ao surgimento do anticorpo anti-HBs algumas semanas ou meses depois, período este denominado de janela imunológica. O surgimento do anticorpo anti-HBs indica sempre resolução do processo, conferindo imunidade duradoura à infecção pelo VHB. Cerca de 5% a 10% dos pacientes persistem com o AgHbs no soro além de seis meses, tornando-se assim portadores crônicos do vírus.

Bichuetti e Oliveira (2005) referem-se às hepatites virais quanto às manifestações extra-hepáticas como síndromes medulares (mielite transversa), meningites e encefalites. Já quanto às manifestações relacionadas ao fígado, Gonçalves Jr (2004) diz que o portador de hepatite B pode permanecer assintomático ou apresentar manifestações próprias da doença, como mal-estar geral, anorexia importante, náuseas, vômitos e febre, que caracterizam o período prodrômico. A artrite no adulto pode aparecer como um dos primeiros sinais de infecção. Nos pacientes sintomáticos é comum a presença de exantema cutâneo, como também intolerância a gordura e cigarro, dores abdominais e epigástricas, esplenomegalia e hepatomegalia.

A permanência do indivíduo com HBsAg positivo no soro por mais de 6 meses é o que caracteriza o portador crônico de HBV. O portador sadio do HBV (HBsAg positivo) com freqüência permanece assintomático e geralmente não apresenta alterações bioquímicas ou séricas nem marcadores de replicação no soro. Como não ocorre replicação tecidual hepática, o HBcAg tecidual é negativo, mesmo que tenha positividade hepática para o HBsAg, como relata Gonçalves Jr. (2003).

Cisternas e Douglas (2004), Gonçalves Jr. (2003) e Crawford (2005) descrevem os sinais e sintomas da hepatite B crônica como acne, hirsutismo, amenorréia, icterícia, fadiga e falha de metabolização dos hormônios esteroidais sexuais. A inflamação hepática contínua provoca necrose hepatocídica, que progride para cirrose hepática e pode evoluir para hipertensão portal, causando edema, circulação colateral, ascite e encefalopatia. Hemorragias, coma, e síndrome hepatorenal aparecem nos estágios finais da hepatite crônica.

A hepatite crônica ativa caracteriza-se pela presença de necrose hepatocelular e fibrose hepática (GONÇALES JR, 2003). Esse fato é confirmado por Cisternas e Douglas (2004), quando afirmam que a deposição de ferro no fígado, denominada hemocromatose, provoca micronódulos, dando depois a forma cirrótica, por reação fibrótica.

A biopsia hepática encontra sua indicação na avaliação dos pacientes cronicamente infectados pelo VHB. Com ela pode-se graduar a magnitude do processo inflamatório e da fibrose, como também através de técnicas de imunistoquímica (FERREIRA, 2000).

### 2.1 EPIDEMIOLOGIA

Estima-se que 400 milhões de pessoas, ou seja, 5% da população mundial, sejam portadores de hepatite B. segundo Brasil (2002), em termos mundiais, as taxas de prevalência da hepatite B variam amplamente, de 0,1% a taxas superiores a 30%; porém é preciso considerar que muitos indivíduos infectados são assintomáticos e que as infecções sintomáticas são insuficientemente notificadas, o que resulta numa freqüência de hepatite B subestimada.

No Brasil estima-se existirem dois milhões de portadores crônicos desta virose (BRAGA *et al.*, 2006). Segundo estimativas do Ministério

da Saúde, no Brasil, pelo menos 15% da população já estiveram em contato com vírus da hepatite B e que 1% da população apresenta doença crônica relacionada a este vírus (BRASIL, 2002).

Muitas pessoas que contraem hepatite B desenvolverão anticorpos e irão recuperar-se espontaneamente em seis meses. Foi relatado que a taxa de mortalidade por hepatite B fica em cerca de 10% (SMELTZER; BARE, 2005).

Passos (2000) afirma que estudos epidemiológicos abordando a questão da distribuição da hepatite B são pouco freqüentes e geralmente limitam-se a grupos específicos, como doadores de sangue e gestantes. Isso é parcialmente causado pela dificuldade crescente de se executarem pesquisas, as quais envolvem coletas de sangue em amostras representativas da comunidade, o que torna aconselhável a busca de novas metodologias que possam ser mais aceitáveis para a população.

A hepatite B é transmitida principalmente através do sangue (via percutânea e per mucosa). O HBV foi encontrado no sangue, saliva, sêmen e secreções vaginais, podendo ser transmitido através de mucosas e rupturas da pele e de mães portadoras para os filhos, principalmente nas áreas de alta incidência, por exemplo, o Sudeste da Ásia (FERREIRA, 2000; SMELTZER; BARE, 2005).

Certos grupos populacionais são considerados de alto risco para aquisição do VHB; entre eles incluem-se profissionais de saúde das áreas médica e odontológica, hemodialisados, homossexuais masculinos, hemofílicos, prostitutas, toxicômanos, imunossuprimidos e deficientes mentais, como enfatiza Ferreira (2000), que ainda afirma que a infecção também se mostra altamente prevalente em familiares de portadores crônicos e em tribos indígenas da região amazônica.

Indivíduos como profissionais da área da saúde, pacientes que se encontram sob cuidados médicos intensivos, recém-natos infectados por mães que são AgHBe-negativas e anti-AgHBe-positivas, pós transfundidos e parceiros sexuais apresentam uma forma variante do VHB, e estes, por sua vez, apresentam uma expressão mutante deste vírus (SILVA et al., 2006)

## 2.2 COMPLICAÇÕES

Embora haja uma parcela de portadores assintomáticos ou que se recuperam espontaneamente, não se descartam as complicações, que podem ser graves e até levar à morte. A este respeito Ferreira (2000, p. 5) demonstra as complicações de maneira objetiva.

A cirrose hepática se instala progressivamente na hepatite crônica B, muitas vezes de forma oligo ou assintomática; a replicação pode estar presente nesta fase. Períodos de exacerbação da doença nestes doentes podem deteriorar substancialmente a função hepática. O risco de surgimento de hepatocarcinoma é grande e os pacientes devem se submeter ao um protocolo de vigilância a cada três ou quatro meses. O VHB pode causar doença hepática aguda e crônica. Após um período de incubação de cerca de 45 a 180 dias, os indivíduos infectados desenvolvem quadro de hepatite aguda.

O grupo cronicamente infectado pelo vírus da hepatite B é exposto a complicações como cirrose e câncer de fígado, que acabam gerando a necessidade de transplante (BRASIL, 2002). De acordo com Samuel e Bismuth (1995), considera-se relativa a contra-indicação

que representa o vírus da hepatite B no transplante hepático. Na presença da hepatite fulminante, o vírus, a taxa de recorrência e a sobrevida são similares em qualquer outra forma de hepatite fulminante no pós-transplante.

Em um acompanhamento prospectivo de 1400 pacientes do HBV, Bichuetti e Oliveira (2005) observaram que nenhum apresentou sinais de doença neurológica. Já quanto à nutrição do portador de hepatite B, McCullough (1992 *apud* WAITZBERG, 2000) diz que freqüentemente se observa desnutrição nestes pacientes. A perda de peso ocorre em 20% dos pacientes compensados e em 40% a 65% dos pacientes descompensados clinicamente.

## 2.3 PREVENÇÃO

Tanto a hepatite C quanto a B podem se tornar crônicas. Para combater as hepatites e articular esforços federais, estaduais e municipais, o Ministério da Saúde criou, em 2002, o programa para prevenção e controle das hepatites virais e vem intensificando as ações de vacinação contra a hepatite B.

O Ministério desenvolve o combate às hepatites em três frentes: a prevenção e controle, a vigilância epidemiológica e a assistência ao portador. O Programa Nacional de Hepatites Virais tem como objetivos desenvolver essas ações de prevenção, promover a vigilância epidemiológica e sanitária, garantir o diagnóstico e o tratamento das hepatites, ampliar o acesso ao tratamento, melhorar a qualidade e a capacidade dos serviços de saúde e acompanhar e avaliar o conjunto das ações. O Ministério da Saúde oferece a vacina contra a hepatite B na rede pública do SUS para os usuários e principalmente a população de alto risco: usuários de drogas, profissionais do sexo, homossexuais e presidiários, com o objetivo de intensificar a prevenção da doença (BRASIL, 2002).

A prevenção da hepatite B é feita com aplicação de três doses da vacina: a primeira é administrada ao nascer, a segunda ao final do primeiro mês de vida e a terceira aos seis meses. A vacina também é oferecida para pessoas na faixa etária de 1 a 19 anos, bem como para quem pertence a grupos de risco, como os imunodeprimidos, os profissionais da área de Saúde e os profissionais do sexo, em qualquer faixa etária (SMELTZER; BARE, 2005).

## 2.4 DIAGNÓSTICO

Para Smeltzer e Bare (2005), o diagnóstico de qualquer das formas clínicas da hepatite B realiza-se através de técnicas sorológicas. Tais técnicas não apenas são fundamentais para diagnóstico, mas também se mostram muito úteis no seguimento da infecção viral, na avaliação do estado clínico do paciente e na monitoração da terapêutica específica.

As importantes descobertas sobre esse vírus realizadas nas áreas da virologia e da biologia molecular foram progressivamente incorporadas à rotina diária dos laboratórios de patologia clínica, permitindo aos médicos acesso às modernas técnicas, capazes de avaliar a carga viral presente no indivíduo, o índice de replicação do agente infeccioso e a eficácia de novas medicações utilizadas no tratamento desta virose (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

## 2.5 TRATAMENTO

Segundo Smeltzer e Bare (2005), as metas do tratamento são minimizar a infectividade, normalizar a inflamação hepática e

diminuir os sintomas; e Ferreira (2000) complementa que o principal objetivo no tratamento da infecção crônica pelo VHB é o de suprimir a replicação viral antes que o ocorra dano irreversível ao fígado.

A maior promessa no que diz respeito ao tratamento da hepatite B é o *interferon alfa*, que foi a primeira droga aprovada para o tratamento da infecção crônica pelo VHB. Ele possui atividade antiviral e imunomoduladora (FERREIRA, 2000; SMELTZER; BARE, 2005).

A lamivudina é o análogo nucleosídeo mais utilizado para hepatite B crônica. Há possibilidade de associação da lamivudina com o interferon. Os dados do tratamento combinado ainda são limitados, mas sugerem melhor resposta. Apesar disso, até dados mais concretos, não é recomendado, a não ser em protocolos de pesquisa (FERREIRA, 2000).

Atualmente, importantes estudos estão em curso, no sentido de avaliar a ação de outras drogas e associações no tratamento de hepatite B. São elas: famciclovir, penciclovir, timosina, lobucavir e o adefovir (ALVARIZ; PACHECO; SILVA, 2002).

Quanto à atuação da enfermagem no tratamento ao paciente com hepatite B, Smeltzer e Bare (2005) sugerem que esta recomende o repouso no leito até que os sintomas diminuam. As atividades devem ser restritas até que o aumento hepático e os níveis séricos de bilirrubina e enzimas hepáticas tenham desaparecido, e a nutrição adequada deve ser mantida com restrição de proteínas, devido ao comprometimento do fígado na metabolização dos subprodutos protéicos.

Para Doenges, Moorhouse e Geissler (2003), as prioridades da enfermagem são: reduzir as demandas no fígado, prevenir complicações, melhorar o autoconceito e a aceitação da situação, fornecer informações sobre o processo da doença, o prognóstico e as necessidades de tratamento.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Os dados foram analisados segundo o tratamento estatístico quantitativo-prospectivo.

#### 3.2 FONTES DE INFORMAÇÕES

As fontes de informação constituíram-se das fichas epidemiológicas de portadores de hepatite B que foram notificadas na 15ª regional de Saúde de Maringá no período de 2000 a 2006.

#### 3.3 LOCAL

O local escolhido para coleta de dados foi a 15ª Regional de Saúde de Maringá, onde se obteve acesso a um arquivo contendo cadastros de portadores de hepatite B.

#### 3.4 PERÍODO E PROCEDIMENTO

Os dados foram coletados no mês de março de 2007 na 15ª Regional de Saúde de Maringá. Em seguida foi realizada a revisão bibliográfica e interpretação dos dados encontrados, durante os meses de abril e maio. No início do mês de junho foram realizadas as adequações finais e foi concluído o trabalho.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme dados obtidos na Secretaria de Saúde de Maringá, foi registrado no período de 2000 a 2006 um total de 339 casos de hepatite B.

Quanto à distribuição de casos a cada ano, observou-se um maior número de doentes no ano de 2003, com setenta e quatro casos, seguido de 2004 e 2000; todavia não foi encontrada nenhuma explicação aparente para esta estatística. A figura 1 mostra todos os anos pesquisados neste estudo.

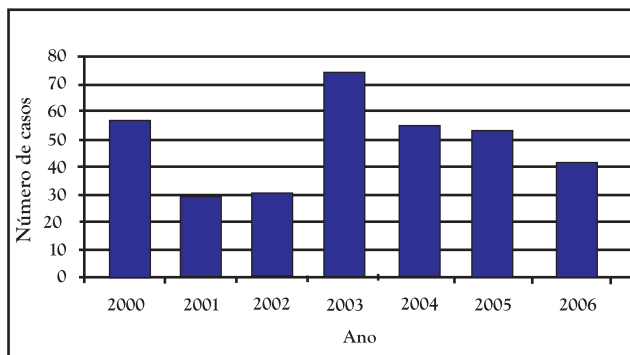


Figura 1 Distribuição de número de casos por ano (n=339)

Embora se tenha observado uma incidência maior da hepatite B no sexo masculino, não há evidências que comprovem uma maior suscetibilidade desse sexo à infecção viral; tal resultado se deve, provavelmente, a fatores comportamentais, idéia corroborada por Kiffer, Viana e Cheinquer (2003), quando afirmam que a maior prevalência de hepatite B em homens nos EUA é maior que no sexo feminino, pois este gênero está mais exposto a drogas intravenosas, tatuagens, piercings e homossexualismo. Este dado é confirmado na amostra deste estudo, porém com baixa diferença percentual.

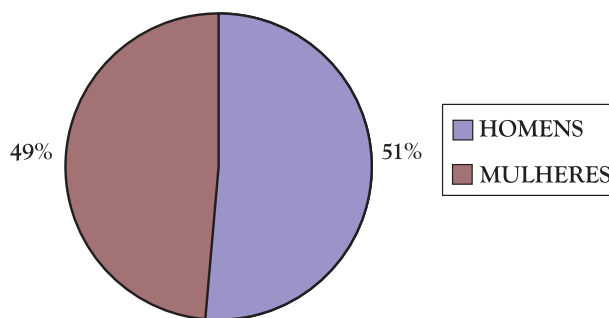


Figura 2 Distribuição dos casos de hepatite B quanto ao sexo em Maringá (n=339)

É importante ressaltar que esses dados estão diretamente vinculados à população participante das notificações no Estado do Paraná no período descrito, podendo haver maior concentração de um sexo em determinados períodos ou regiões, a depender do maior ou menor predomínio na população geral.

A maior predominância de casos no que diz respeito à faixa etária demonstra que a população economicamente ativa é a mais acometida, como relatam Chávez, Campana e Haas (2003) quando dizem que esse vírus acomete preferencialmente indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos, provavelmente devido à transmissão sexual e transfusional. Essa afirmação é confirmada neste estudo, uma

vez que a amostra apresenta maior número de casos de 16 a 45 anos, corroborando os resultados encontrados por Chávez, Campana e Haas (2003).

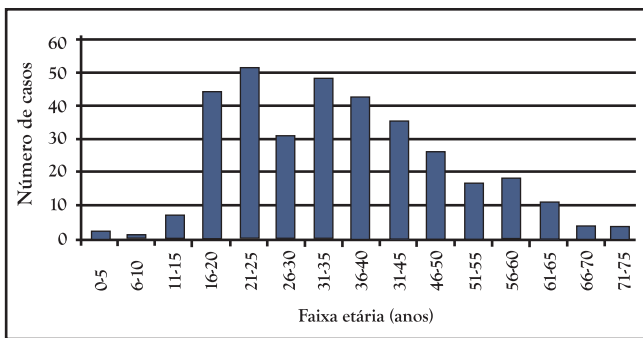


Figura 3 Distribuição de casos por faixa etária (n=339) -

Uma informação importante e significativa é o que representa a escolaridade dos casos notificados. No presente estudo, observou-se um número expressivo de casos em indivíduos que têm o primeiro grau completo. Essa informação pode estar ligada ao período histórico vivido por essa população, quando apenas o primeiro grau era suficiente. Junto com isso está o advento da vacina, que só surgiu em 1989, período em que essa população já era adulta e possivelmente contaminada.

É sabido que o nível socioeconômico e cultural da população influencia diretamente sua percepção do processo saúde-doença e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida. A mera suposição de que a baixa escolaridade esteja relacionada à maior contaminação se deve a não terem sido encontradas na literatura referências a essas características.

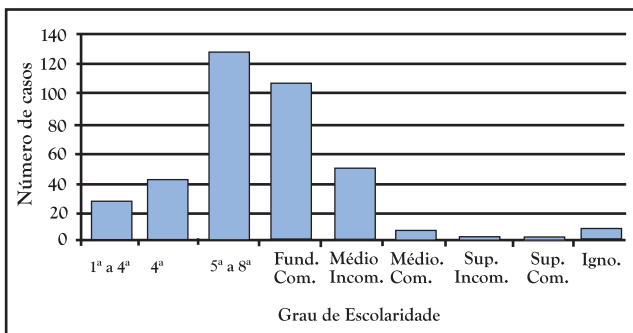


Figura 4 Distribuição de hepatite B quanto à escolaridade (n=339)

A OMS estima que, no mundo, 16,5% das pessoas que já tiveram contato com o vírus da hepatite B se tornaram portadores crônicos. Já nossa pesquisa mostrou um número acima da média mundial, demonstrando que 37,5% dos contatos com o vírus B se tornaram crônicos.

Ferreira e Silveira (2004) ainda referem que no Brasil os estudos epidemiológicos sobre hepatite B são escassos e, em geral, ocupam-se de grupos populacionais específicos. A análise da base populacional feita no município de São Paulo detectou portadores crônicos em 1,02%, percentual muito menor que o desta amostra de Maringá.

Smeltzer e Bare (2005) dizem que a taxa de mortalidade da hepatite B fica em torno de 10% e que outros 10% dos pacientes progredem para o estado de portador ou desenvolvem hepatite

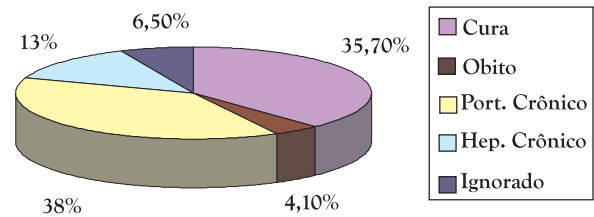


Figura 5 Distribuição quanto à evolução clínica da hepatite B (n=339)

crônica com infecção persistente por HBV e lesão hepatocelular. Todavia, nossa pesquisa encontrou 4,1% de mortalidade por hepatite B em Maringá, o que demonstra uma incidência relativamente menor que a encontrada na literatura, porém significativa considerando-se a população total de Maringá. Já no que diz respeito à evolução para portador crônico, encontramos um aumento de 28% em relação aos índices de Smeltzer e Bare (2005), o que também deve ser considerado de grande relevância.

Quando comparados nossos dados com os obtidos por Ferreira (2000), nossa amostra torna-se significativamente elevada, pois este estudo encontrou 0,2% de óbitos em sua pesquisa. Considerando-se que o dado avaliado refere-se à mortalidade, deve-se observar que quanto menor a porcentagem, melhor é a qualidade prestada pelo serviço de saúde; portanto Maringá, sendo uma referência de saúde para a região, merece uma maior atenção. Uma vez que existem estatísticas menores que as deste município, é necessário avaliar as causas do maior índice de casos em Maringá e buscar reduzi-las.

A cura, que representa 35,7% dos casos desta amostra, infelizmente é menor que a encontrada por Ferreira (2000), que atinge 90% a 95%. Ferreira relata ainda que metade dos portadores não apresenta doença hepática, mas a outra metade mostra sinais de atividade inflamatória no fígado, de variadas intensidades, por muitos anos, podendo desenvolver cirrose hepática e/ou hepatocarcinoma nas fases mais tardias da enfermidade

Passos (2000) relata que cerca de 50% a 90% dos casos de hepatite B apresentam a doença de forma subclínica, o que conduz à ausência de diagnóstico em altas proporções. Os presentes dados mostram 38,5% de portadores assintomáticos, diferindo da literatura; porém não se pode descartar a possibilidade de esta diferença estar relacionada ao preenchimento incompleto das fichas de notificação, uma vez que a quantidade ignorada é significativa: 6,5%.

Estima-se que aproximadamente 2% a 10% das hepatites crônicas se referem à infecção do HBV cuja resposta imune produzida foi inadequada, transformando-se num caso de cronicidade viral de portador do vírus B, que poderia também manter sua capacidade replicativa intra-hepatócito, além de integrar o DNA viral ao genoma correspondente (CISTERNAS; DOUGLAS, 2004).

## 5 CONCLUSÃO

Através do presente trabalho pudemos encontrar um perfil característico do portador do VHB. Geralmente são pessoas em idade produtiva (sexualmente ativas), com menor grau de instrução, sendo mais homens que mulheres, porém com baixo percentual de diferença. Quanto à evolução clínica da infecção, observou-se que a maioria evolui para cura ou cronicidade.

De acordo com os dados acima citados, concluímos que a melhor forma de estabilizar esta doença é fazer seu diagnóstico precoce, através

de campanhas de incentivo à população a fazer o exame de sorologia para hepatite B, e prosseguir corretamente com o tratamento, evitando-se assim que o quadro se agrave. Mas devemos fazer campanhas de prevenção, principalmente entre as populações de risco.

Os resultados encontrados fornecem subsídios teóricos que proporcionam ao profissional de enfermagem embasamento para orientar o paciente quanto à importância de atentar para um estilo de vida saudável, principalmente a respeito de métodos preventivos como vacinação, uso de preservativo (por ser uma das DSTs mais crescentes no mundo) e para que o próprio profissional detenha o conhecimento científico necessário para realizar um pré-natal eficaz para detecção precoce da gestante infectada, evitando contaminação vertical.

Dessa forma, os dados encontrados demonstram a necessidade de medidas de intervenção para conscientizar os profissionais que atuam com o manuseio de materiais perfurocortantes, aos quais estão expostos em seu cotidiano.

Conclui-se que entramos em uma época que certamente será marcada pelos avanços do conhecimento, pela universalidade dos serviços de saúde, pela responsabilidade de alcançar o bem-estar da coletividade através da promoção, prevenção e proteção da saúde, fazendo-se essencial que os profissionais de saúde estejam sintonizados com esta nova realidade que se apresenta.

#### REFERÊNCIAS

- ALVARIZ, Ricardo; PACHECO, Maurício Soares; SILVA, Antonio Eduardo. Tratamento da hepatite b crônica. In: MISZPUTEN, Sender Jankiel. **Gastroenterologia**. São Paulo, SP: Manole, 2002.
- BICHUETTI, Denis; OLIVEIRA, Acary S. B. Manifestações neurológicas nas hepatites virais. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v. 13, n. 3, 2005.
- BRAGA, Wornei Silva Miranda et al. Co-infecção humana pelo plasmódio e o vírus da hepatite B: aspectos clínicos, sorológicos e imunológicos. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, Uberaba, v. 39, n. 1, 2006.
- BRASIL. Ministério da saúde. Programa nacional de hepatites virais. **Avaliação da assistência as hepatites virais no Brasil**. Brasília, DF: MS, 2002.
- CISTERNAS, José Raul; DOUGLAS, Carlos Roberto. Patofisiologia dos transtornos hepatocelulares. In: CISTERNAS, José Raul; DOUGLAS, Carlos Roberto. **Fisiologia clínica do sistema digestório**. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2004.
- CHAVEZ, Juliana Helena; CAMPANA, Sabrina Gonçalves; HAAS, Patrícia. Panorama de hepatite b no Brasil e no estado de Santa Catarina. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.14, n. 2, 2003.
- CROWFORD, James M. Fígado e trato Biliar. In: KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K; FAUSTO, Nelson. **Robbins e Cotran Patologia: bases patológicas das doenças**. 7 ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2005.
- DOENGENS, Marilym E.; MOORHOUSE, Mary Frances; GEISSLER, Alice C. **Planos de cuidado de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente**. 5. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2003.
- FERREIRA, Cristina Targa; SILVEIRA, Thenis Reverbel. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, 2004.
- FERREIRA, Marcelo Simão. Diagnóstico e tratamento de hepatite B. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 33, n. 04, 2000.
- GONÇALES JR, Fernando Lopes. História natural da infecção; apresentação clínica e complicações. In: FOCACCIA, Roberto. **Tratado de hepatites virais**. São Paulo, SP: Atheneu, 2003.
- KIFFER, Carlos Roberto Veiga; VIANA, Gustavo Bousquet; CHEINQUER, Hugo. Epidemiologia. In: FOCACCIA, Roberto. **Tratado de hepatites virais**. São Paulo, SP: Atheneu, 2003.
- PASSOS, Afonso. Marcadores sorológicos de hepatite B em indivíduos submetidos a exames sanguíneos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 03, 2000.
- SAMUEL, D.; BISMUTH, H. **Revista Médica do Paraná: Associação Médica do Paraná**. Curitiba, v. 52, n. 3, 1995.
- SILVA, Adávio de Oliveira et al. Hepatite aguda fulminante. In: DANI, Renato. **Gastroenterologia essencial**. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.
- SMELTZER, Suzane C; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2005.
- WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. São Paulo, SP: Editora Atheneu, 2002. v. 1.