



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UniEVANGÉLICA

CURSO DE MEDICINA

**PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES PELOS VÍRUS DAS
HEPATITES B E C EM UMA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE
DROGAS DE ANÁPOLIS, GOIÁS**

PRISCILLA DE PAULA GUSMÃO

RAYSSA FERREIRA DINIZ FERNANDES

RHÁVILA CRISTINA REZENDE

RODRIGO DE SOUZA BONFIM

YURI VIKTOR PORTO

Anápolis-Goiás

2017

PRISCILLA DE PAULA GUSMÃO
RAYSSA FERREIRA DINIZ FERNANDES
RHÁVILA CRISTINA REZENDE
RODRIGO DE SOUZA BONFIM
YURI VIKTOR PORTO

**PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES PELOS VÍRUS DAS
HEPATITES B E C EM UMA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE
DROGAS DE ANÁPOLIS, GOIÁS**

Trabalho de curso apresentado
como parte de exigência para a
graduação no Curso de Medicina do
Centro universitário de Anápolis-
UniEVANGÉLICA.

Orientador: Prof.^a Dr.^aLéa Resende Moura

Co-orientação: Prof.^aMsc. Ângela Alves Viegas

Anápolis-Goiás

2017

**ENTREGA DA VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CURSO PARECER
FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

Coordenação de Iniciação Científica

Faculdade da Medicina – UniEvangélica

Eu, Profª Orientadora Léa Resende Moura, venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os acadêmicos Priscilla de Paula Gusmão, Rayssa Ferreira Diniz Fernandes, Rhávila Cristina Rezende, Rodrigo de Souza Bonfim, Yuri Viktor Porto estão com a versão final do trabalho de curso intitulado **PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES PELOS VÍRUS DAS HEPATITES B E C EM UMA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS DE ANÁPOLIS, GOIÁS** pronta para ser entregue a esta coordenação.

Observações:

Anápolis, 8 de maio de 2017.

Professora orientadora

RESUMO

Hepatite inclui o conjunto de lesões necróticas e inflamatórias que acometem o fígado de modo difuso, sendo as causas virais as mais importantes. A prevalência de hepatites B e C é maior nos usuários de drogas que na população em geral. O objetivo do estudo foi estimar a prevalência de hepatite B e C e traçar o perfil sócio demográfico de usuários de drogas, que se encontram em tratamento em sete centros de reabilitação da cidade de Anápolis – GO. Foi feito um estudo transversal, quantitativo com aplicação de questionário e realização de testes rápidos. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o Teste Qui-quadrado com correções de Likelihood Ratio. O nível de significância utilizado foi $p < 0,05$ e a análise foi feita com o software Statistical Package Social Science (SPSS, versão 21). No total foram estudados 144 internos, sendo todos do sexo masculino, com idade média de 37,4 anos, sendo 46,5% pardos, maioria solteiro e 50% cursou ensino médio completo ou menos. A droga mais consumida foi o álcool, seguido de tabaco e cocaína, demonstrando que essas drogas devem ser o foco na realização de campanhas. Encontrou-se quatro casos de soropositividade para hepatite C (2,8%), nenhum de hepatite B e um baixo índice de vacinação para esta doença, sinalizando a necessidade de maior divulgação dessa forma de prevenção. Observou-se relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre hepatite C e a variável “usou cachimbo, lata ou copo para fumar crack e/ou similares”. A maioria dos internos iniciou o uso de drogas ilícitas antes dos 14 anos e verificou-se uma tendência de que quanto mais jovem inicia-se o uso de drogas, mais drogas diferentes o indivíduo tende a experimentar, reafirmando a necessidade de campanhas anti-drogas voltadas para esse perfil populacional.

Palavras-chave: Hepatites virais. Drogas ilícitas. Testes rápidos. Epidemiologia.

ABSTRACT

Hepatitis involves a group of necrotic and inflammatory liver lesion being the virus the most important cause. The prevalence of hepatitis B and C is higher in drug users than the general population. The objective of this study was to estimate the prevalence of hepatitis B and C and trace the social demographic profile of drug users in treatment in seven rehabilitation centers in the city of Anápolis, Goiás. It was a cross-sectional study, with quantitative questionnaires and quick tests. To verify the association between the categorical variables, we used the Chi-square Test with Likelihood Ratio fixes. The level of significance was $p < 0.05$ and the analysis was made with the Statistical Package software Social Science (SPSS, version 21). In total, 144 individuals have been studied, being all male, with an average age of 37.4 years, 46.5% brown, most single and 50% attended complete secondary education or less. The most consumed drug was the alcohol, followed by tobacco and cocaine, demonstrating that these drugs should be the focus in conducting campaigns. There were 4 cases of positivity for hepatitis C (2.8%), none of hepatitis Band a low rate of vaccination for the disease, signaling the need for greater dissemination of this form of prevention. There was statistically significant relationship ($p < 0.05$) between Hepatitis C and the variable "used pipe, can or glass to smoke crack and/or similar". Most of the interns started using illegal drugs before 14 years and there was a tendency that younger the individual starts using drugs, more different drugs the person tends to experience, reaffirming the need for anti-drug campaigns aimed at this population profile.

Key Words: Viral hepatitis. Ilicitdrugs. Quick testing. Epidemiology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 - HEPATITE B	8
2.2 - HEPATITE C	13
3. OBJETIVOS	16
3.1. OBJETIVO GERAL:	16
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	17
4. METODOLOGIA	17
4.1. DESCRIÇÃO DO ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	17
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	17
4.3 DESENHO DO ESTUDO	18
4.3.1 Plano de recrutamento	18
4.3.2 Coleta de dados	19
4.3.2.1 Coleta de sangue	20
4.3.2.2 Procedimento do exame	20
4.4 AÇÕES EDUCATIVAS E DIRECIONAMENTO	22
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	22
4.6 ANÁLISE DE DADOS	23
5. RESULTADOS	23
6. DISCUSSÃO	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
7. REFERÊNCIAS	40
9. ANEXO 1. QUESTIONÁRIO	53
10. ANEXO 2. EXAME DO ESTADO MENTAL MINI-MENTAL	57
11. ANEXO 3. DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	60
12. ANEXO 4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
13. ANEXO 5. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	69

1. INTRODUÇÃO

Hepatite inclui o conjunto de lesões necróticas e inflamatórias que acometem o fígado de modo difuso. Dentre outros sintomas a doença manifesta-se clinicamente por icterícia, colúria, acolia fecal e astenia (ALVES, 2011).

As formas mais importantes das hepatites são as virais, provocadas por diversos agentes etiológicos, os quais possuem tropismo pelo tecido hepático e possuem aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais específicos (FERREIRA, 2010). De acordo com Ferreira & Silveira (2004), são conhecidos sete tipos de vírus (A, B, C, D, E, G e TT), agrupados por sua forma de transmissão: oral-fecal (vírus A e E), parenteral (vírus B, C, D, G, TT) e pela capacidade de causar infecções crônicas (B, C, G) ou não (A, D, E).

O Ministério da Saúde, diante da demanda social representada tanto pelos portadores de hepatite, quanto pelos profissionais de saúde, criou o Programa Nacional de Prevenção e Controle das Hepatites Virais, que tem como objetivo articular uma rede de ações com atividades de prevenção, diagnóstico e assistência ao portador. A ação tende principalmente a garantir acesso precoce dos infectados, os quais serão atendidos dentro dos princípios do SUS, como hierarquização de complexidades, descentralização dos locais, referência e contra referência, conforme a necessidade dos quadros (BRASIL, 2005).

Com relação aos impactos econômicos, Moraes, Magno e Gomide (2015) avaliaram o impacto da hepatite C no Sistema Único de Saúde (SUS) e concluíram que pacientes com cirrose hepática e portadores do vírus da hepatite C tiveram um custo médio de R\$ 6.583,00, enquanto os que não tinham o vírus gastaram R\$ 3.496,00, a cada internação.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 240 milhões de pessoas estão infectadas com o vírus da hepatite B (HBV) (WHO, 2012a) e 140 milhões com o vírus da hepatite C (HCV) (WHO, 2012b).

De acordo com o "Estudo de Prevalência de Base Populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C", realizado entre 2005 e 2009, na faixa etária de 10 a 69 anos, na população brasileira, a prevalência sorológica indicativa de exposição para hepatite B e C foi de 7,4% e 1,38%. Esses dados foram obtidos a partir do Sistema de Investigação de Agravos de Notificação (SINAN), que é um sistema universal de notificação e investigação epidemiológica (UNIVERSIDADE DE PERNABUCO, 2010).

O boletim epidemiológico de 2015 traz dados do SINAN, avaliados entre 2004 e 2012, os quais não apresentaram modificações significativas na taxa de notificação para hepatite B.

Entre 2004 e 2014, não houve alterações significativas na notificação de hepatite C, excetuando-se apenas o ano de 2013, que teve um aumento aproximado de 43% na média dos demais registros (BRASIL, 2015).

Em estudo realizado em “Unidades de DST/AIDS” (Doença sexualmente transmissível /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), em unidades da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo, em 2003, dos 205 entrevistados, 84% eram portadores de hepatite C e 55% tinham anticorpos para hepatite B, indicando infecção presente ou passada. Considerando-se apenas marcador de infecção atual de hepatite B (HBsAg), a prevalência foi de 27,3%, sendo que 92,9% desses eram do sexo masculino (MARCHESINI et al., 2007).

Há evidências de que a prevalência de DST's aumente em usuários de drogas injetáveis. Contudo, no Brasil, não há um estudo significativo de soroprevalência com uma amostra nacional representativa (GUIMARÃES et al., 2009). O aumento na prevalência se associa ao número de parceiros sexuais, comportamentos aditivos, uso inconsistentes de preservativos, relação sexual de forma não planejada (CRUZEIRO et al., 2010), uso de drogas injetáveis e chances de realizar relações sexuais por dinheiro ou drogas. Fator agravante é o diagnóstico de outras condições psiquiátricas nesses pacientes, o que prediz taxas mais elevadas de comportamento de risco (BRASIL, 2010).

No contexto da prevenção, verifica-se o baixo nível de conhecimento dos pacientes sobre as hepatites, denunciando uma falha nos serviços de saúde em abordar tal assunto, tendo como consequência a aquisição de informações por mídias sociais não especializadas como televisão, rádios, entre outros. Até mesmo atitudes simples como a não oferta de materiais já disponíveis nas unidades, como vacinas e seringas, demonstram o despreparo dos profissionais desses centros de saúde (LEVINSON, 2010).

Diante da alta prevalência de hepatites B e C no Brasil e considerando-se os riscos que os usuários de drogas estão expostos, destaca-se a importância epidemiológica, clínica e social do presente trabalho que teve como objetivo estimar a prevalência de hepatite B e C além de traçar o perfil sócio demográfico de usuários de drogas que se encontram em tratamento em sete centros de reabilitação da cidade de Anápolis – GO.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O termo hepatite significa inflamação do fígado. As primeiras descrições da doença são anteriores à Era Cristã, havendo relatos de Hipócrates em 400 a.C. Vários patógenos e

substâncias podem provocar a doença, como drogas, vírus, bactérias, medicamentos, distúrbios da imunidade e da nutrição, entre outros (AIRES, 2011).

Em relação aos vírus, vários deles podem afetar o fígado provocando inflamação do mesmo, como o Citomegalovírus, vírus da Dengue e da Rubéola. Entretanto, o termo hepatite viral refere-se apenas às infecções causadas por vírus que têm tropismo pelos hepatócitos. Apesar das hepatites virais atingirem o mesmo órgão, elas possuem diferenças etiológicas, epidemiológicas, prognósticas, de prevenção e de tratamento, merecendo serem estudadas separadamente (COSTA JUNIOR et al., 2013; GAZE et al., 2013).

2.1 - Hepatite B

A hepatite B é causada pelo vírus da hepatite B (HBV) que pertence à família Hepadnaviridae e tem como reservatório natural o homem. Este é um vírus de ácido desoxirribonucleico (DNA), que se replica pela utilização da transcriptase reversa e possui tropismo por células hepáticas devido a duas características: os receptores da membrana celular dos hepatócitos que são vírus-específicos e facilitam a entrada destes na célula, e a presença de fatores de transcrição encontrados apenas em hepatócitos, que intensificam a síntese do ácido ribonucleico mensageiro (mRNA) (LEVINSON, 2010).

Quanto à sua morfologia, o HBV tem formato esférico, aproximadamente 47 nm de diâmetro e apresenta um envelope, onde se encontra o chamado antígeno de superfície (HBsAg), e um núcleo ou core, que engloba o antígeno nuclear da hepatite B (HBeAg), o DNA viral e as proteínas DNA polimerase e transcriptase reversa (LOPES; SCHINONI, 2011). Em relação à sua variabilidade, já foram identificados oito genótipos do vírus (A a H) e nove subtipos diferentes. A prevalência de cada genótipo muda de acordo com a localização geográfica e cada um deles apresenta diferenças em relação à evolução e prognóstico da doença (AIRES, 2011).

De acordo com Silva et al. (2012), aproximadamente dois bilhões de pessoas, quase um terço da população mundial, já se infectaram pelo HBV, e cerca de 360 milhões destes estão cronicamente infectados, sendo a hepatite B a décima causa de morbidade e mortalidade no mundo. Além disso, tem sido estimado que entre 500.000 e 700.000 pessoas morram anualmente de doença hepática HBV-relacionada, dentre as quais cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (GOIÁS, 2015).

Segundo Zatti et al. (2013), no período de 2009 a 2012, houve 55.307 notificações de casos confirmados de hepatite B no Brasil. No Estado de Goiás, as principais fontes de notificações são estabelecimentos de saúde que compõem a rede pública e casos captados no Sistema de Informação de Mortalidade/SIM. Em Goiás, no ano de 2014, foram notificados 1085 casos de hepatite B (GOIÁS, 2015).

De acordo com a WHO (2009), a epidemiologia da hepatite B depende da endemicidade do vírus. Vias perinatais e horizontais são as principais formas de infecção em países com alta endemicidade, onde 70% a 90% dos adultos possuem sorologias referentes à infecção primária. As principais formas de transmissão entre adultos jovens de países com baixa endemicidade são via sexual e por uso de drogas injetáveis. Já nos países com média endemicidade, como o Brasil, há uma mistura entre todas essas formas de transmissão (FERREIRA, 2008).

Nos Estados Unidos, apenas 12% das infecções por HBV estão associadas ao uso de drogas injetáveis, enquanto, na Europa, de 40% a 70% de todos diagnósticos de HBV ocorrem em pacientes (FERREIRA, 2008).

Entre os usuários de drogas ilícitas injetáveis, a prevalência de hepatite B pode alcançar um percentual de até 70% após cinco anos de consumo. Estudo realizado com usuários de drogas ilícitas em Campo Grande, MS, detectou uma soropositividade de aproximadamente 10% entre usuários de drogas não injetáveis, e de 15% em usuários de drogas injetáveis (RODRIGUES, 2006).

Matos et al. (2013) avaliaram 150 pacientes usuários de drogas injetáveis, provenientes de 34 clínicas nas cidades de Goiânia (GO), Campo Grande (MS) e Cuiabá (MT) e observaram que 31 (20,6%) dos usuários tinham sido expostos ao HBV. Desses, um era HBsAG positivo, 19 eram anti-HBV/anti-HBs reativos e 12 eram anti-HBc positivos e, em todos esses, o HBV DNA foi detectado. Dentre os 149 HBsAG negativos, houve positividade para HBV DNA em 19, o que expressa infecção oculta. Em relação à sorologia desses 19, cinco eram anti-HBc/anti-HBs positivo, um indivíduo era apenas anti-HBc positivo e 13 eram negativos para marcadores de HBV. A amostra estudada era composta principalmente por homens, de idade 19-44 anos, com tempo de uso variando de 5-29 anos que relataram comportamentos de risco, como compartilhamento dos materiais de uso da droga, de lâminas de barbear, escova de dentes, múltiplos parceiros sexuais e transfusões sanguíneas. No total da amostra, seis indivíduos tinham co-infecção com HCV (31,6%).

Em estudo realizado na cidade de Santos (SP), 75% dos entrevistados eram

coinfectados por HBV e HCV e o fator principal associado foi o compartilhamento de seringas e agulhas (MARCHESINI et al., 2007). No Brasil, entre 1999 a 2001, um estudo realizado com 609 usuários de drogas injetáveis mostrou a prevalência de 27,1% para HBV. Em relação à taxa vacinal, estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro (RJ) e Campo Grande (MS) com jovens usuários de drogas, revelaram cobertura vacinal de 3,3% e 9,7% respectivamente. Já a Europa e os Estados Unidos da América apresentaram cobertura vacinal de 10,0% e 25,0%, respectivamente, em usuários de drogas injetáveis (ATTILIO et al., 2011).

Ferreira (2008) ao avaliar o perfil de usuários de drogas ilícitas observou predominância pelo sexo masculino, divorciados, com grau de instrução menor que 12 anos, renda mensal menor que cinco salários mínimos, tendo tempo de uso de droga maior que 10 anos, mais de 10 parceiros sexuais diferentes na vida, sendo relatado como “nunca” a frequência do uso de preservativos, com antecedentes de DST e alta taxa de compartilhamento de seringas.

Segundo estudo realizado por Zatti et al. (2013), as maiores incidências de casos de hepatite B a partir dos 15 anos de idade, estão relacionadas ao estilo de vida e ao comportamento de risco, como o uso de drogas injetáveis e relações sexuais sem uso de preservativos. De acordo com Silva et al. (2012), na última década a transmissão do HBV por relação homossexual, transfusão de sangue e exposição ocupacional diminuíram, mas houve aumento do contágio entre os heterossexuais que apresentam comportamento de risco, e, principalmente, entre os usuários de drogas injetáveis.

O quadro clínico da hepatite B pode variar desde apresentações assintomáticas até um quadro de insuficiência hepática fulminante. O período de incubação da doença varia entre 30 e 180 dias (média de 70 dias). Os sinais e sintomas podem ser inespecíficos, comparando-se a um quadro gripal com astenia, mal-estar, anorexia, náuseas e/ou vômitos e febre baixa, com duração de até 10 dias. Podem ser observadas artralguas, artrites, mialgias e exantemas cutâneos rubeoliformes ou semelhantes à urticária. Apenas cerca de 50% dos indivíduos desenvolvem icterícia, que dura entre uma a duas semanas, e pode-se observar colúria e dor no hipocôndrio direito (SILVA et al., 2012).

As infecções agudas sintomáticas são divididas em três fases denominadas pré-ictérica, ictérica e de convalescência. A fase ictérica é manifestada por anorexia, náuseas, vômitos, diarreia ou, raramente, constipação, febre baixa, cefaleia, mal-estar, astenia, fadiga, aversão ao paladar e/ou olfato, mialgia, fotofobia, desconforto no hipocôndrio direito, urticária, artralgia ou artrite e exantema papular ou maculopapular. A fase ictérica manifesta-

se com hepatomegalia dolorosa, com ocasional esplenomegalia e a fase de convalescência segue-se ao desaparecimento da icterícia (BRASIL, 2014). Já as infecções crônicas têm como sintomas mais comuns a falta de apetite, perda de peso e fadiga, embora a maioria dos pacientes seja assintomática (CELLA et al., 2015).

Alguns fatores atuam modificando o curso natural da hepatite B, bem como a replicação do vírus, como, por exemplo, a coinfeção com os vírus HIV, HCV, e o vírus da hepatite delta. Condições clínicas isoladas como imunossupressão, alcoolismo crônico e uso de drogas hepatotóxicas também corroboram para tais alterações (ZATTI et al., 2013). Indivíduos que cursam com hepatite B crônica podem evoluir com cirrose, carcinoma hepatocelular e insuficiência hepática (AIRES, 2011).

O diagnóstico da infecção pelo HBV pode ser feito associando-se critérios clínicos, bioquímicos, sorológicos, moleculares e histológicos. Os exames sorológicos visam a identificação de anticorpos ou antígenos virais. Podem ser feitos por testes rápidos no soro, plasma e sangue total ou imunoensaios, esses últimos empregados estritamente em laboratórios. Os testes moleculares objetivam a busca quantitativa e qualitativa do HBV-DNA, e a imuno-histoquímica antígenos HBsAg no tecido hepático (BRASIL, 2015).

Quanto aos resultados sorológicos, caso haja HBsAg, Anti-HBs e Anti-HBc total negativos, define-se o não contato prévio com o HBV e a susceptibilidade à infecção. Caso Anti-HBs e Anti-HBc total sejam positivos, define-se a imunidade pós-infecção pelo HBV. Se houver positividade apenas para o Anti-HBs, define-se que a imunidade advém da vacinação contra o HBV. Sendo HBsAg e Anti-HBc total reagentes, o anti-HBs, não-reagente, define-se infecção em curso pelo HBV. Há outro marcador sorológico denominado HBeAg que torna-se reagente quando existe replicação viral. Nos doentes com hepatite B crônica, a soroconversão de HBeAg para anti-HBe indica, normalmente, uma melhora e uma recuperação da doença ativa. Nos portadores crônicos de HBV, um resultado positivo para anti-HBe indica que o vírus está inativo e a infecciosidade é baixa (BRASIL, 2015).

A leitura do teste rápido é semelhante para hepatites B e C. Ele visa detectar o anti-HCV e HBsAg no soro ou sangue total dos indivíduos submetidos. Ele é composto por um suporte com marcadores de controle (C) e teste (T). Se for reagente, haverá uma linha na zona de controle (C) e uma linha na zona de teste (T). Se não reagente, aparecerá apenas uma linha na zona de controle (C) e nenhuma na de teste (T). Se inválido, não aparecerá nenhuma linha no teste de controle (C), apenas na zona de teste (T), ou não aparecerá nenhuma linha em ambos os campos (BRASIL, 2011).

Njai et al. (2015) realizaram um estudo transversal para avaliar a precisão do diagnóstico de três testes de punção digital (Determinar, Vikia e Espline) para a detecção de HBsAg no campo e no ambiente laboratorial. No campo, foram utilizados sangue total obtidos por punção digital para os testes Determinar, Vikia e Espline de 773 participantes recrutados na comunidade e 227 portadores de HBV crônicos conhecidos, totalizando 1000 amostras. Foram positivos para HBsAg 293 amostras. A sensibilidade e especificidade do teste Determinar foram 88,5% e 100% no campo e 95,3% e 93,3% no ambiente laboratorial, respectivamente. A sensibilidade e especificidade foram 90,0% e 99,8% para o teste Vikia (no campo) e 93,9% e 94,7% para o teste Espline (no laboratório). Não houve evidência de que um kit foi melhor do que o outro. Em resumo, os três testes tinham limites aceitáveis de precisão do diagnóstico. Estes testes podem representar alternativas precisas, rápidas e de baixo custo para o teste sorológico e para o rastreamento da infecção pelo HBV no campo.

Em relação à profilaxia da Hepatite B, a vacina é altamente imunogênica e protetora conferindo 90% de imunidade para os adultos e cerca de 95% para as crianças, se for completado o esquema vacinal de 4 doses. Ela está indicada para todos os recém-nascidos e adultos considerados sob risco, como profissionais de saúde, hemofílicos, nefropatas, entre outros. O esquema vacinal atual compreende a 1ª dose ao nascer e as demais aos dois, quatro e seis meses de idade. Para adolescentes, adultos e idosos, aplica-se três doses, a depender da situação vacinal (SILVA et al., 2012).

Entretanto, apesar de altamente eficaz, estudos demonstram que a cobertura vacinal no país ainda é pequena, revelando a necessidade de se implementarem estratégias que aumentem a cobertura imunológica da população. Por exemplo, em estudo realizado por Attilio et al. (2010), em Dourados - MS, com usuários de drogas ilícitas, demonstrou-se cobertura vacinal de apenas 33% dos participantes.

Outras formas de profilaxia para a hepatite B incluem o uso de preservativos durante as relações sexuais; abstenção do uso de drogas injetáveis ilícitas; uso criterioso das hemotransfusões e de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), quando em contato com sangue e/ou secreções; uso de imunoglobulina (HBIG), o mais rápido possível, em todos os indivíduos que entraram em contato com materiais contaminados, ou mesmo potencialmente contaminados com o HBV (SILVA et al., 2012).

A hepatite B possui tratamento e o seu principal objetivo consiste em reduzir o risco de progressão da doença hepática e das suas complicações, como cirrose e óbito. Busca-se a negatificação sustentada dos marcadores de replicação viral ativa e de carga viral, pois estes

traduzem remissão histológica, bioquímica e clínica. O resultado estimado após o tratamento é a perda sustentada do HBsAg com ou sem soroconversão para anti-HBs (BRASIL, 2010).

O tratamento é indicado para todo portador do vírus HBV que apresentar a dosagem de aminotransferases elevada. A primeira escolha farmacológica para o tratamento deve ser interferon-alfa por no mínimo 16 semanas. Caso estes doentes não apresentarem soroconversão após esse período, o tratamento deve ser prolongado para 24 semanas. O monitoramento ocorre com leucograma e plaquetograma, principalmente no início do tratamento. Além destes, deve ser realizado hemograma, ALT/AST quinzenalmente no primeiro mês seguido de exames mensais (BRASIL, 2010).

2.2 - Hepatite C

O vírus da hepatite C (HCV) foi identificado primeiramente por Choo e colaboradores, em 1989, e nomeado inicialmente de hepatite não A não B (SILVA, 2014). Provazzi (2008) descreve que o HCV pertence ao gênero Hepacivirus da família Flaviridae. Ele é composto por um envelope que contém as glicoproteínas E1 e E2 e a proteína capsidial como principais constituintes. Este envelope recobre o nucleocapsídeo, o qual é formado por diversas cópias do RNA genômico e por proteína capsidial. O genoma viral possui 6 genótipos diferentes (numerados de 1 a 6), variando na sequência gênica, o que leva a características particulares, como a resistência a tratamento com interferon peguilhado associado a ribavirina (genótipo 1 quando comparado a 2 e 3) e o aumento do risco de desenvolver esteatose caso portem hepatite C crônica (genótipo 3 quando comparado ao 1). Quanto às glicoproteínas E1 e E2, variações em suas sequências podem se relacionar às diferenças nas apresentações dos genótipos 1 e 3, bem como a mudança das proteínas do capsídeo também corroboram para o quadro de esteatorréia deste último. Na questão de distribuição, os genótipos 1, 2 e 3 são universais; no tocante ao Brasil, prevalece-se os genótipos 1, que descreve uma forma mais severa da doença, com progressão para cirrose e carcinoma hepatocelular e genótipo 3, que possui alta incidência em usuários de drogas endovenosas.

Silva et al. (2012) relataram que o vírus da hepatite C tem distribuição universal, mas com amplas variações de prevalência. No Brasil, não se conhece a prevalência exata da infecção, mas estudos em diversas regiões sugerem que esteja situada entre 1% e 3% da população geral. Dados referentes a pré-doadores de sangue, levantados em 2002 pela rede de hemocentros, demonstram que a distribuição da prevalência do vírus da hepatite C variou

entre as regiões brasileiras, sendo: 0,62% no Norte; 0,55% no Nordeste; 0,28% no Centro-Oeste; 0,43% no Sudeste e 0,46% no Sul. Em Goiás, no ano de 2014, foram notificados 5.369 casos suspeitos de hepatites virais; destes, a classificação etiológica foi possível em 25,30% (n=1358), confirmando HCV em 221 casos. O coeficiente de incidência apresentou pouca variação no período de 2010 a 2014. Registrou-se uma maior incidência em 2014 enquanto a menor incidência ocorreu no ano de 2011 (GOIÁS, 2015).

A prevalência de hepatite C entre usuários de drogas ilícitas é bem superior à da média geral, alcançando níveis de aproximadamente 7% (LOPES et al., 2009). Page et al. (2013), afirmaram que mundialmente haja cerca de 10 milhões de usuários de drogas infectados pelo HCV.

Estudo realizado em população de usuários de drogas injetáveis nos Estados Unidos revelou soroprevalência de 70%-90% nos usuários de longa data e 18%-38% nos de curta data (< 3 anos). Nesta população a incidência anual de HCV variou entre 10%-35% (AMON et al., 2008). No Brasil, a taxa de HCV em usuários de drogas injetáveis varia de 39,5%-69,6%. Quando se trata de usuários de drogas não injetáveis, a prevalência varia de 2%-35%, de acordo com dados obtidos a partir 35 estudos globais (WHO, 2009).

De acordo Oliveira et al. (2006), quanto ao perfil dos usuários de drogas ilícitas portadores de hepatite C, a maioria era do sexo masculino, com menos de 8 anos de escolaridade, solteiros, sem trabalhos formais, sendo predominante o uso de cocaína, com variação entre 19.5 (+- 5.4) anos a idade da primeira injeção de droga, com tempo de uso por volta de 9 anos e alta prevalência de compartilhamento direto e indireto de objetos usados.

A transmissão da hepatite C ocorre principalmente por via parenteral, sendo, portanto, considerados como grupo de risco para a doença os indivíduos que já se submeteram a transfusão sanguínea, usuários de drogas injetáveis, pessoas com tatuagens ou piercings ou que tenham apresentado exposição percutânea. A transmissão por via sexual e vertical são menos frequentes, apesar de já comprovadamente possíveis, sendo mais comum em indivíduos com múltiplos parceiros e expostos a prática sexual sem preservativos (SILVA, 2014).

Em relação aos usuários de drogas injetáveis, de acordo com Marchesini et al. (2007), 81% dos entrevistados não tinham ouvido falar sobre hepatite C e 85% não conheciam ninguém que portasse essa doença. O perfil sócio demográfico verificado foi de 81% em homens e 19% em mulheres, com idade entre 25 e 62 anos.

De modo geral, as manifestações da hepatite C na fase aguda são equivalentes às outras hepatites virais e podem ter início cerca de 6 a 12 semanas após contato com o vírus. Em 80% dos casos ocorre evolução assintomática e anictérica, o que dificulta o diagnóstico. O restante geralmente apresenta icterícia e uma pequena parcela (10%) manifesta sintomas inespecíficos como anorexia, astenia, mal-estar e dor abdominal (BRASIL, 2010). As formas graves ou fulminantes raramente ocorrem, porém cerca de 85% das infecções por hepatite C cronicam e possuem como possíveis complicações cirrose e carcinoma hepatocelular (FERREIRA, 2010).

Na hepatite C ocorre elevação das aminotransferases em até dez vezes acima dos seus níveis de normalidade. A cronicidade da doença é definida pela permanência da doença por no mínimo seis meses e sua evolução é caracterizada por manifestações brandas e progressivas. Já a cirrose hepática é considerada o estágio final da hepatite C e é desenvolvida, geralmente, após décadas de infecção pelo vírus (SILVA et al., 2012).

O diagnóstico da hepatite C, assim como a hepatite B, pode ser feito com testes rápidos, exames laboratoriais de imunoenaios, ou pela detecção de ácido nucléico viral, por técnica de biologia molecular. Tanto os testes rápidos quanto os imunoenaios apenas sugerem contato prévio com o vírus HCV, sendo estas indicadas para a triagem. Já os testes moleculares detectam os ácidos nucléicos do HCV e comprovam a presença atual do vírus no organismo, sendo usados tanto para a confirmação diagnóstica quanto para avaliar a resposta ao tratamento (BRASIL, 2015).

Com relação à validação do uso de testes rápidos para pesquisa de hepatites, Rosa (2013) realizou estudo observacional transversal de avaliação do desempenho diagnóstico de dois kits de detecção de Anti-HCV: o HCV RapidTest Bioeasy[®] (Allere - Distribuído por Bioeasy Diagnóstica Ltda, Belo Horizonte, Brasil) e o Imuno-Rápido HCV[®] (Wama Diagnóstica, São Carlos, Brasil). Foram avaliados três grupos, sendo "Grupo de portadores crônicos do HCV" composto por 103 pacientes previamente diagnosticados; "Grupo controle", composto por 103 pacientes não reagentes para HCV e "Grupo controle com doença hepática", composto por 101 pacientes anti-HCV não reagentes, com diferentes hepatopatias. Coletaram-se, por punção digital, amostras de sangue para a realização dos dois testes rápidos com leitura nos tempos de 3, 5, 10, 15, 20 e 30 minutos e sangue periférico por punção venosa periférica para realização do anti-HCV por quimioluminescência amplificada.

Ainda de acordo com Rosa (2013), os resultados demonstram que três indivíduos com infecção confirmada pelo HCV foram taxados como falso-negativos nas duas marcas de testes

rápidos, enquanto a quimioluminescência amplificada não apresentou esse diagnóstico. Não houve nenhum falso-positivo. Em relação ao tempo de leitura, não houve alteração da sensibilidade e da especificidade nos diferentes tempos. A sensibilidade dos dois testes foi 97,1% (91,7% - 99,4%) e a especificidade 100% (96,4% - 100%). O estudo concluiu que as duas marcas possuem alta sensibilidade e alta especificidade, não possuem diferenças no desempenho e não apresentam alteração no diagnóstico em relação ao tempo de leitura. Conclui-se ainda, que o desempenho destes testes rápidos é semelhante ao da quimioluminescência amplificada.

Em relação à interpretação dos exames sorológicos e moleculares para hepatite C, pode-se afirmar que todos aqueles indivíduos que já entraram em contato com o HCV, terão anti-HCV reagente, uma vez que ele permanece positivo por toda a vida do indivíduo. Entretanto, sua detecção não indica se a hepatite C foi ou não curada. Assim, uma vez detectado o anti-HCV reagente em um indivíduo, deve-se submetê-lo ao teste molecular. Se, neste caso, o HCV-RNA for indetectável, o indivíduo apresentou cura da doença. Por outro lado, se o HCV-RNA for detectável, pode-se afirmar que o paciente está infectado pelo HCV (BRASIL, 2015).

O paciente é classificado como portador de hepatite C aguda quando há soroconversão há menos de seis meses do anti-HCV ou quando o anti-HCV não é reagente, mas há detecção de HCV-RNA por até 90 dias após início dos sintomas ou exposição de risco. Já a hepatite C crônica é confirmada quando o HCV-RNA e o anti-HCV permanecem detectáveis por mais de seis meses (BRASIL, 2015).

Em relação ao tratamento da hepatite C, seu principal objetivo é a erradicação do vírus, pretendendo-se evitar a cirrose, carcinoma hepatocelular e morte, e aumentar a expectativa e qualidade de vida dos pacientes. Os medicamentos atualmente utilizados envolvem a alfapecuinterferona, ribavirina, sofosbuvir, daclastavir e simeprevir, sendo que o regime terapêutico será definido a partir do genótipo viral, da presença de comorbidades e da fase em que a doença se encontra. É considerado um bom resultado terapêutico a indetectabilidade do HCV-RNA por 24 semanas (em esquemas com alfapecuinterferona) ou por 12 semanas (em esquemas sem alfapecuinterferona) após o tratamento (BRASIL, 2015).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

Estimar a prevalência de hepatite B e C entre usuários de drogas da cidade de Anápolis – GO.

3.2. Objetivos Específicos:

Descrever o perfil social, demográfico, comportamental e de uso de drogas dos usuários;

Verificar os principais fatores de risco associados à hepatite B e C entre os usuários de drogas;

Verificar a prevalência de usuários de drogas vacinados contra o HBV;

4. METODOLOGIA

4.1. Descrição do estudo e caracterização da amostra

Foi realizado um estudo transversal, com a aplicação de um questionário semi-estruturado (Anexo 1) e realizados exames diagnósticos. Os estudos transversais são estudos observacionais recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo e a coleta de dados pode envolver um recorte único no tempo (BASTOS; DURQUIA, 2007).

Para a realização deste projeto, optou-se pela pesquisa quantitativa, a partir de uma amostragem consecutiva representativa, através da análise de variáveis categóricas previamente selecionadas.

Segundo o Conselho Municipal Anti-Drogas (COMAD) existem, no município de Anápolis, 19 clínicas reabilitação de usuários de drogas. Destas duas negaram a participação na pesquisa, duas são restritas a menores de 18 anos, em duas não se conseguiu o contato e seis solicitam exames laboratoriais para Hepatite B e C de admissibilidade, sendo excluídas por esses motivos. Portanto, a população do estudo envolveu as sete clínicas restantes que possuem a capacidade, em conjunto, para 485 internações de usuários de drogas ilícitas. A partir desta população, 144 voluntários internos participaram da pesquisa. Todos os voluntários conheceram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Todos os 485 usuários internados foram convidados a participar do preenchimento do questionário, sendo adotados os seguintes critérios de inclusão para a primeira etapa da pesquisa: serem homens, com idade igual ou superior a 18 anos, consentir em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ter capacidade cognitiva para responder aos questionários.

Para avaliar a capacidade cognitiva dos participantes foi aplicado o Exame de Estado Mental Mini-Mental (EEM), conforme realizado por Almeida (1998) (Anexo 2). O EEM consiste em um exame para rastreio de perdas cognitivas e é amplamente utilizado em estudos epidemiológicos populacionais e possui escores de corte de acordo com anos de estudo do pesquisado (BRUCKI et al., 2003). É considerado capaz cognitivamente: os analfabetos que atingirem uma pontuação mínima de 18; os com até 8 anos de escolaridade, 22 pontos; os acima de 8 anos de estudo, 24 pontos.

Em seguida, aplicou-se o questionário. Após este, foram selecionados para realizarem os testes rápidos, diagnósticos para HVB e HVC, os participantes que relataram o uso de drogas injetáveis e/ou a realização de transfusão de sangue (pelo menos uma vez na vida) e/ou múltiplos parceiros sexuais sem proteção e/ou parceiros do mesmo sexo, por estarem relacionados ao aumento do risco de infecção por esses vírus. Foram considerados múltiplos parceiros, relaciona-se com dois ou mais parceiros sexuais em seis meses. Esses critérios nortearam a seleção da amostra.

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que não atenderam aos critérios de inclusão ou que se sentiram constrangidos ou mesmo não quiseram, ainda que não expuseram os motivos, e aqueles que desistiram em alguma etapa da pesquisa.

Os pacientes que não foram incluídos na pesquisa, mas que queriam saber sua condição sorológica, foram encaminhados para a Unidade de Saúde Jundiá - Dr. Ilion Fleury Júnior (Osego), instituição parceira, mediante documento formal.

4.3 Desenho do estudo

4.3.1 Plano de recrutamento

Obedecidas e cumpridas as formalidades e aspectos éticos, mediante autorização prévia do diretor do curso de Medicina da UniEvangélica, Dr. João Baptista Carrijo, e dos representantes responsáveis pelas instituições: Clínica Paz Interior, Centro de Apoio Desafio Jovem Resgate de Anápolis, Centro de Reabilitação e Amparo Bom Jardim, Centro de

Reabilitação Valor da Vida, Instituição Filantrópica Aldeia da Paz, Comunidade Terapêutica Esquadrão Resgate, Associação Missionária Evangélica Vida – Missão Vida, a pesquisa foi executada (Declaração da Instituição Co-participante - Anexo 3). Os usuários de drogas foram recrutados através da exposição oral do projeto em uma sala do centro de reabilitação onde foram explicadas todas as informações sobre a natureza, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios dos participantes, assegurando o anonimato e sigilo das informações. Mediante o esclarecimento e consentimento, foi obtida a assinatura do TCLE (Anexo 4). Em seguida, foram aplicados o EEM e o questionário da pesquisa.

4.3.2 Coleta de dados

Inicialmente, os quatro documentos da pesquisa (2 vias do TCLE, 1 EMM e 1 questionário) foram enumerados, no canto superior esquerdo, de acordo com a quantidade de internos no local da pesquisa. O TCLE foi distribuído aleatoriamente. Foi esclarecido a cada interno que o número presente nesse documento o acompanharia durante toda a pesquisa, uma vez que apenas no TCLE haveria seu nome escrito.

Imediatamente após a obtenção da assinatura do TCLE ou da impressão digital dos analfabetos, o EEM foi aplicado individualmente e pontuado pelos pesquisadores-discentes, para avaliar a capacidade cognitiva dos participantes. Esta etapa durou cerca de 10 minutos por participante.

Os dados dos participantes foram coletados pelos pesquisadores através da auto-aplicação de um questionário pré-elaborado e semiestruturado. Neste momento, foram coletadas informações dos seguintes eixos temáticos: dados pessoais, uso de drogas, riscos de doenças infecciosas, comportamento sexual e situação de saúde. A aplicação do questionário foi realizada em salas amplas onde havia pelo menos três metros de distância entre um participante e outro, para evitar que um visualizasse as respostas do outro. Aos participantes analfabetos, as perguntas foram feitas oralmente e suas respostas foram assinaladas pelo pesquisador-discente. Para reduzir o risco de constrangimento, essas perguntas foram feitas em uma sala reservada, individualmente.

Um dos pesquisadores-discentes, não acompanhou o recrutamento, assinatura do TCLE, exame Mini-Mental e coleta de dados e ficou responsável por selecionar os participantes que realizariam o exame e repassar os nomes dos mesmos aos demais pesquisadores, para realização dos testes rápidos, de forma a evitar constrangimentos. Após a entrega do resultado do exame, o TCLE do pesquisado foi guardado em urna lacrada, aos

cuidados do docente-pesquisador, para garantir que o nome dos pesquisados não sejam correlacionados com os resultados, no momento de tabulação dados, visando preservar o participante da pesquisa.

4.3.2.1 Coleta de sangue

Após análise dos questionários, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, que por sua vez foram utilizados para o levantamento do perfil dos usuários de drogas ilícitas, e de acordo com normas de Diretrizes da OMS para a tiragem de sangue: boas práticas em flebotomia foi realizada a coleta de sangue. Esta foi feita, a depender da estrutura física do centro de reabilitação, no ambulatório ou em uma sala, da própria instituição, adaptada para tal fim, de acordo com a possibilidade da estrutura física já existente.

Em relação à adaptação, foram utilizados ambientes tranquilos, limpos e bem iluminados, contendo uma superfície plana e rígida, bancada ou mesa, para servir de apoio aos materiais necessários. A mesma foi limpa com álcool 70% e forrada com papel absorvente. Havia cadeiras para os pesquisadores e pesquisados, caixa coletora rígida para materiais perfuro-cortantes, coletores para material infectado, algodão e álcool 70% para antissepsia do local perfurado e luvas de procedimento para cada exame realizado. As amostras mantiveram a identificação numérica do voluntário que constava no seu questionário e no TCLE. Na frente do voluntário era preparado e identificado todo o material utilizado para a coleta. Todo material utilizado era estéril, descartável e aberto somente na presença do voluntário.

A amostra de sangue foi coletada por punção digital, respeitando as orientações fornecidas pelo fabricante, na bula do teste. Assim, primeiramente foi feita a antissepsia da ponta do dedo do participante, e então com uma lanceta para punção digital, foi realizada a coleta de sangue total. Apenas uma gota de sangue foi utilizada.

Os pesquisadores utilizaram luvas descartáveis e jaleco, a fim de reduzir risco de contaminação.

4.3.2.2 Procedimento do exame

Para realização do exame foram utilizados os testes rápidos da marca HCV Rapid Test Bioeasy®- Alere e VikiaHBsAg. O protocolo de execução destes exames seguiu as orientações dos fabricantes dos kits. Assim, para realização do VikiaHBsAg, foi feita a punção do dedo com auxílio de lanceta retrátil e a amostra foi colhida utilizando-se um tubo capilar na posição horizontal até que o sangue atingisse a marca preta do tubo capilar. Em

seguida, o tubo capilar era colocado na posição vertical, sendo que o orifício da frente era tampado com o dedo e com a outra mão, apertava-se a extremidade do capilar para dispensar todo o volume de sangue na área do dispositivo de teste indicado com um “S”. Imediatamente após a adição da amostra, acrescentava-se uma gota da solução tampão na mesma área (“S”) em que foi adicionada a amostra. A leitura do teste foi feita em 15 minutos. Em relação ao teste HCV RapidTest Bioeasy[®]- Alere, a placa-teste foi retirada do envelope laminado e uma gota de sangue foi dispensada na cavidade da placa-teste. Logo após, foram aplicadas quatro gotas da solução diluente na amostra coletada. A leitura do resultado foi feita 15 minutos após a coleta sanguínea.

Em relação à interpretação de ambos os testes, se apenas uma linha aparecesse na área de controle (C), o resultado era interpretado como negativo. Se aparecessem duas linhas, uma na área de teste (T) e outra na área C, o resultado era considerado positivo. Caso nenhuma das linhas aparecesse, o teste era considerado inválido. Especificamente na aplicação do teste HCV, eram dispensadas quatro gotas da solução diluente na amostra coletada, quando esta era colocada na placa-teste.

Seguindo a norma NR-32, os pesquisadores estavam vestidos adequadamente e utilizaram equipamentos de proteção necessários. O teste era realizado pelos pesquisadores, em sala oferecida pela instituição e preparada pelos pesquisadores, os quais seguiram medidas de higiene necessárias a este tipo de procedimento. Permanecia na sala um interno por vez. O resultado do teste era repassado pelos pesquisadores aos internos, individualmente, independentemente da leitura do teste (se positivo ou se negativo), após cerca de 20 minutos da coleta de sangue.

No momento da entrega do resultado, era explicado, em caso de positividade, que podem haver resultados falso-positivos, por reações cruzadas com glicoproteínas naturais, devendo este ser confirmado por outros testes. Se negativo, era explicado que há pequena possibilidade (0,21%) de existirem resultados falso-negativos, por conta do período de janela imunológica, logo tal exame não afasta totalmente o diagnóstico, devendo este ser correlacionado com dados clínicos e epidemiológicos.

A positividade do teste decorre da presença do Antígeno HBs, indica infecção aguda, ou, caso haja positividade por mais de seis meses, infecção crônica. A negatividade na presença da infecção pode ocorrer caso o indivíduo tenha se infectado há menos de 30 dias. O teste rápido do anticorpo anti-HCV indica contato com o vírus; amostras reagentes devem ter

seu resultado confirmado por testes que detectem diretamente o vírus, seguindo, a partir desse momento, fluxogramas específicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Após a realização dos exames laboratoriais, os resíduos foram descartados de acordo com o plano de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde, atendendo aos requisitos da legislação em vigor e em conformidade com a RDC/ANVISA nº 306 de 07/12/04 (BRASIL, 2004).

4.4 Ações educativas e direcionamento

Os internos que foram detectados com resultados positivos no teste rápido foram instruídos a procurar um centro especializado para conduta individualizada, conforme orientação médica.

Para promover ações educativas os pesquisadores ministraram, logo após a realização do teste rápido, em cada instituição, uma palestra sobre as doenças, enfatizando suas formas de prevenção, manifestações clínicas e complicações. Todos os internos foram convidados a participar desta etapa na pesquisa, independentemente dos critérios de inclusão e exclusão.

4.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada de maneira objetiva, clara e respeitando sempre o indivíduo participante. Para isto foi apoiada na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, onde são estabelecidos critérios para pesquisas que envolvem seres humanos. Como pesquisadores, visou-se a não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça, a fim de resguardar e proteger os pesquisados.

Também foi adquirido um termo de autorização dos locais de estudo para a execução da pesquisa através do termo de coparticipação (Anexo 3). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unievangélica – CAAE: 56338516.5.0000.5076 (ANEXO 5).

Foi garantido o anonimato na aplicação dos questionários e os mesmos foram de acesso exclusivo dos pesquisadores.

Os dados do estudo estão sendo utilizados somente para fins de trabalho de iniciação científica, podendo, contudo, serem utilizados para publicações em artigos científicos bem como apresentados em congressos e outros eventos científicos. Todas as informações coletadas neste estudo serão arquivadas por cinco anos sob supervisão do pesquisador

responsável. Após esta data, os dados coletados serão incinerados e somente os resultados da pesquisa serão publicados.

4.6 Análise de dados

Os dados foram descritos em forma de frequência, percentual, média e desvio padrão. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o Teste Qui-quadrado, com correções de LikelihoodRatio. O nível de significância utilizado foi $p < 0,05$. Os dados foram analisados no software StatisticalPackage Social Science (SPSS, versão 21).

5. RESULTADOS

O estudo foi realizado com 144 internos, de sete clínicas de reabilitação localizadas em Anápolis. Destes, 94 atingiram os critérios para a realização dos testes rápidos. Quatro participantes (2,8%) foram positivos para hepatite C e nenhum para hepatite B.

Todos os participantes eram homens, sendo que 79 (54,9%) eram solteiros, 30 (20,8%) tinham idade entre 44 e 76 anos, e 67 (46,5%) se declararam pardos/ morenos. Em relação à escolaridade, 42 (29,2%) cursaram o ensino fundamental incompleto. A grande maioria (79,1%) declarou ter algum tipo de ocupação antes da internação, sendo que apenas três participantes relataram estar desempregados ou aposentados, e a renda familiar predominante (38,2%) foi de 1 a 3 salários mínimos (Tabela 1).

Oitenta e dois (56,9%) participantes nasceram em Goiás e 58 (40,3%) residiam em Anápolis antes da internação. Apenas 20,8% moravam em cidades de outros estados, antes de irem para as clínicas.

Em relação à idade de início do uso de drogas, 36% iniciaram o uso antes dos 14 anos (Tabela 2), 25% já interromperam o consumo por pelo menos um mês e ficou no máximo três anos sem utilizá-la. Os principais motivos que levaram à interrupção do uso foram os internos terem chegado à conclusão de que “não compensava” e para fazer tratamento contra a dependência química. Os motivos mais citados para voltar a usar droga foram “vontade de sentir o efeito da droga” e “problemas familiares”.

Tabela 1. Perfis sociodemográfico e econômico dos usuários de drogas entrevistados, Anápolis, 2016

Variável	N	%
Idade		
18-- 29 anos	37	5,7
30-- 36 anos	38	6,4
37-- 43 anos	37	5,7
44-- 76 anos	30	20,8
Média da idade (DP)	37,4	(±11,6)
Não respondeu	2	1,4
Cor da pele		
Branco	50	34,7
Negro/preto	16	11,1
Amarelo/ asiático	4	2,8
Pardo/moreno/mulato	67	46,5
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	7	4,9
Estado Civil		
Casado/união consensual	28	19,4
Separado/divorciado	24	16,7
Solteiro	79	54,9
Viúvo	5	3,5
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	8	5,5
Escolaridade		
Analfabeto	16	11,1
Fundamental incompleto	42	29,2
Fundamental completo	14	9,7
Médio incompleto	26	18,1
Médio completo	8	5,6
Superior incompleto/completo	37	25,7
Outras respostas/não sabe responder/não respondeu	1	0,7
Trabalhava antes da internação?		
Sim	114	79,1
Aposentado/ não trabalha/ desempregado	3	2,1
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	27	18,8
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo	17	11,8
1 até 3 salários mínimos	55	38,2
Mais de 3 salários mínimos	21	14,6
Sem renda	46	31,9
Média da renda familiar (DP)	2131,8	(± 1717,8)

Dentre os entrevistados, 10,4% relataram ter injetado drogas, 6,3% compartilharam seringa/agulha, e 63,9% compartilharam cachimbo, lata ou copo para fumar crack e/ou similares. A maioria (60%) dos que relataram ter injetado drogas já compartilhou seringas e agulhas (Tabela 2).

Tabela 2. Análise do comportamento de uso de drogas entre os usuários entrevistados, Anápolis, 2016.

Variável	N	%
Faixa etária que começou o uso de drogas ilícitas		
< 14 anos	52	36,1
14 - 19 anos	48	33,3
>20	17	11,8
Média (DP)	15,9 (\pm 4,5)	
Total de respostas	117	81,2
Depois que iniciou uso: Qual a duração máxima de tempo que ficou sem usar?		
Menos de 1 mês	34	23,6
1 mês a 1 ano	36	25
1 ano a 3 anos	34	23,6
Acima de 3 anos	17	11,8
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	23	16
Total de resposta	144	100
Alguma vez injetou droga?		
Sim	15	10,4
Não	120	83,3
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	9	6,3
Se sim, você já compartilhou seringa/ agulhas para drogas injetáveis?		
Sim	9	6,3
Não	6	4,2
Total de respostas	15	10,4
Já compartilhou cachimbo, lata ou copo para fumar crack e/ou similares?		
Sim	92	63,9
Não	40	27,8
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	12	8,3

As drogas mais utilizadas pelos participantes foram álcool (79,9%), seguido do tabaco (64,4%), cocaína/crack/merla (57,6%), e maconha (40,2%) (Tabela 3).

A análise do consumo de diferentes drogas por cada usuário demonstrou que a maioria utilizou de duas a quatro drogas diferentes, nos doze meses anteriores à internação, e 9,7% fizeram uso de nove tipos de drogas.

Houve associação entre o número de drogas diferentes utilizadas por cada indivíduo em relação à idade de início do uso ($p=0,017$). Verificou-se que 37% daqueles que iniciaram o uso até os 19 anos utilizaram quatro drogas diferentes no ano anterior à internação. 41% daqueles que iniciaram o uso após os 20 anos, utilizaram três drogas diferentes no mesmo período. Avaliando-se o uso do número máximo de drogas questionadas, notou-se que houve maior percentual relativo entre os que iniciaram o uso até os 14 anos (Tabela 4).

Tabela 3. Análise do consumo de drogas nos últimos 12 meses anteriores a internação, pelos usuários de drogas entrevistados, Anápolis, 2016.

Variável	Sim	N	%
Álcool	115	131	79,9
Tabaco	93	130	64,4
Maconha/ haxixe	58	129	40,2
Anfetaminas, remédios para emagrecer, metanfetaminas, ritalina	8	115	5,5
Ecstasy, MDMA	13	115	9
Cocaína, Crack, Merla, Pasta base e Oxi	83	131	57,6
Benzodiazepínicos, Diazepan	22	118	15,2
Heroína, Metadona, Dolantina, morfina, outro opióide que não codeína	4	117	2,8
Tylox ou outra forma de codeína	4	114	2,8
LSD	10	118	6,9

Tabela 4. Análise do número de drogas diferentes usadas por cada indivíduo em relação à idade de início de uso de drogas em indivíduos entrevistados, em Anápolis, 2016.

Número de drogas	Idade de início de uso de drogas							
	< 14 anos		14 - 19 anos		>20 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	3	6	5	11,6	0	0	8	7,3
2	6	12	9	21	5	29,4	20	18,2
3	7	14	8	18,6	7	41,1	22	20
4	13	26	16	37,2	2	11,8	31	28,2
5	6	12	3	7	1	5,9	10	9,1
6	5	10	1	2,3	0	0	6	5,4
7	1	2	0	0	0	0	1	0,9
8	0	0	0	0	1	5,9	1	0,9
9	9	18	1	2,3	1	5,9	11	10
Total	50	100	43	100	17	100	110	100

Teste qui-quadrado com nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$)

Da amostra, 20 indivíduos (13,9%) receberam transfusão de sangue, sendo que 6 (30%) desses foram antes de 1994 e 9 (45%) foram após a data citada. Grande parte dos pesquisados (48,6%) já foi preso alguma vez, se relacionou sexualmente com parceiro fixo nos seis meses anteriores à internação (66,7%) e relatou ter tido relação sexual com parceiros eventuais nos seis meses anteriores à internação (48,6%). Poucos indivíduos (31) relataram o

uso de preservativos em todas as relações. Vinte e quatro (16,7%) homens receberam drogas ou dinheiro em troca de sexo e 21(14,6%) já fizeram sexo com outro homem (tabela 5).

Tabela 5. Análise do risco para o comportamento sexual dos usuários de drogas entrevistados, Anápolis, 2016

Variável	N	%
Já recebeu transfusão de sangue?		
Sim	20	13,9
Não	111	77,1
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	14	9,0
Você já foi preso alguma vez?		
Sim	70	48,6
Não	56	38,9
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	18	15,5
Relação sexual com parceiro fixo nos 6 meses anteriores à internação?		
Sim	96	66,7
Não	44	30,6
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	4	2,7
Usou preservativo na relação sexual com parceiro fixo nos 6 meses anteriores à internação?		
Em mais da metade das vezes	51	35,4
Em menos da metade das vezes	18	12,5
Todas as vezes	15	10,4
Nenhuma das vezes	12	8,3
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	48	33,4
Relação sexual com parceiros eventuais nos 6 meses anteriores à internação?		
Sim	70	48,6
Não	61	42,4
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	13	9,0
Usou preservativo na relação sexual com parceiro eventual nos 6 meses anteriores à internação?		
Em mais da metade das vezes	17	11,8
Em menos da metade das vezes	21	14,6
Todas as vezes	16	11,1
Nenhuma das vezes	15	10,4
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	75	52,1
Recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo, nos 6 meses anteriores à internação?		
Sim	24	16,7
Não	104	72,2
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	16	11,1
Em menos da metade das vezes	6	4,2
Todas as vezes	3	2,1
Nenhuma das vezes	10	6,9
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	119	82,6
Já teve relação sexual com parceiro do mesmo sexo?		
Sim	21	14,6
Não	92	63,9
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	31	21,5

A maioria dos participantes (76) nunca fez exames diagnósticos para hepatite B, grande parte também não o fez para hepatite C (62) e a minoria relatou ter tido alguma DST na vida (30). Em relação à vacinação para hepatite B, a maioria dos participantes (65) não respondeu ou desconhece seu estado vacinal.

Tabela 6. Análise da situação de saúde dos usuários de drogas entrevistados, Anápolis, 2016

Variável	N	%
Já fez exame para Hepatite B?		
Sim	41	28,5
Não	76	52,8
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	27	18,7
Você já fez exame para Hepatite C?		
Sim	34	23,6
Não	62	43,1
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	48	33,3
Você já teve alguma DST na vida?		
Sim	30	20,8
Não	77	53,5
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	37	25,7
Você já foi vacinado para hepatite B?		
Sim	39	27,1
Não	40	27,8
Outras respostas, não sabe responder, não respondeu	65	45,1

Observou-se relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre hepatite C e a variável “usou cachimbo, lata ou copo para fumar crack e/ou similares”. Não foi constatada relação entre a doença e os demais fatores de risco (tabela 7).

Tabela 7. Análise dos fatores de riscos para Hepatite C entre os usuários de drogas entrevistados, Anápolis, 2016.

Fatores de exposição	Resultados da Hepatite C				Total		p*	
	Positivo		Negativo		N	%		
	N	%	N	%				
Alguma vez injetou droga?	Sim	2	50	12	14	14	15,6	0,097
	Não	2	50	74	86	76	84,4	
	Total	4	100	86	100	90	100	
Já usou cachimbo, lata ou copo para fumar crack e/ou similares...?	Sim	1	25	64	75,3	65	73	0,040
	Não	3	75	21	24,7	24	27	
	Total	4	100	85	100	89	100	
Você já foi preso alguma vez?	Sim	2	50	53	63,1	55	62,5	0,603
	Não	2	50	31	36,9	33	37,5	
	Total	4	100	84	100	88	100	
Relação sexual com parceiros fixos nos últimos 6 meses?	Sim	3	75	59	76,6	62	76,5	0,941
	Não	1	25	18	23,4	19	23,5	
	Total	4	100	77	100	81	100	
Relação sexual com parceiros eventuais, últimos 6 meses?	Sim	3	75	61	70,1	64	70,3	0,832
	Não	1	25	26	29,9	27	29,7	
	Total	4	100	87	100	91	100	
Recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo, nos últimos 6 meses?	Sim	0	0	23	27,4	23	26,1	0,115
	Não	4	100	61	72,3	65	73,9	
	Total	4	100	84	100	88	100	

Continua

Continuação Tabela 7. Análise dos fatores de riscos para Hepatite C entre os usuários de drogas entrevistados, Anápolis, 2016.

Fatores de exposição	Resultados da Hepatite C				Total		p*	
	Positivo		Negativo		N	%		
	N	%	N	%				
Já teve relação sexual com parceiro do mesmo sexo?	Sim	1	25	20	26	21	25,9	0,966
	Não	3	75	57	74	60	74,1	
	Total	4	100	77	100	81	100	
Já fez transfusão de sangue?	Sim	2	50	17	20,2	19	21,6	0,199
	Não	2	50	67	79,8	69	78,4	
	Total	4	100	84	100	88	100	

6. DISCUSSÃO

O presente trabalho objetivou estimar a prevalência de hepatite B e C entre usuários de drogas ilícitas que se encontravam em tratamento em sete centros de reabilitação da cidade de Anápolis – GO, avaliar o perfil sócio demográfico desses participantes bem como o grau de conhecimento acerca dos fatores de risco, formas de prevenção e profilaxia das hepatites B e C, visando estabelecer o perfil soro-epidemiológico desses usuários. Os indivíduos considerados do grupo de risco de infecção para as Hepatites B e C foram os que relataram o uso de drogas injetáveis, e/ou a realização de transfusão de sangue (pelo menos uma vez na vida), e/ou múltiplos parceiros sexuais sem proteção e/ou parceiros sexuais do mesmo sexo.

Em relação aos dados sociodemográficos, no que se relaciona à faixa etária, encontrou-se uma população de adulto jovem. Resultados semelhantes foram descritos por Attilio et al. (2011), os quais encontraram a maioria dos participantes com idade entre 26 a 36 anos (44,9%). Ferreira (2008) encontrou uma menor média de idade (28,3 anos). Esses achados são compatíveis com os apontamentos de Batista, Batista e Constantino (2012), ao afirmarem que o consumo de drogas tem sido cada vez mais precoce e quanto mais cedo for a exposição às drogas, maior será a possibilidade de problemas relacionados à drogas e até dependência.

Quanto ao sexo, no presente estudo todos os participantes eram do sexo masculino, pois as instituições participantes só aceitavam indivíduos do sexo masculino para o

tratamento. Apesar disso, o sexo masculino predomina na maioria dos estudos relacionados a usuários de drogas. Em estudo realizado por Attilio et al. (2011), 98% dos participantes eram do sexo masculino, quase o mesmo encontrado por Cella et al. (2015) com 95,2%. Nesse sentido, Almeida e colaboradores (2014) relataram que população masculina é a mais atingida pela dependência de drogas, em função de exigências particulares de comportamento para os papéis sexuais impostos pela sociedade. Segundo Gonçalves e Nunes (2014), o pequeno percentual de participantes do gênero feminino em clínicas de reabilitação é explicado por questões culturais, como o preconceito, que leva o sexo feminino a retardar a procura por ajuda, resultando em menor adesão ao tratamento.

Quanto à cor da pele, a maioria dos internos se autodeclararam como pardos. À semelhança, em estudo realizado por Silva (2014) 61,5% dos participantes se autodeclararam como pardos. Em contraste, nas pesquisas realizadas por Attilio et al. (2011) e Rodrigues (2006), a maioria dos participantes se declararam como brancos, com 55,1% e 75%, respectivamente. Essas diferenças podem estar relacionadas à distribuição regional, já que a população parda predominou nos estudos realizados no estado de Goiás e a de cor branca no estado de Mato Grosso do Sul, dados que coincidem com Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes da presente pesquisa eram solteiros. Esse resultado corrobora com a maioria dos estudos realizados com usuários de drogas, como o de Silva (2014) e Attilio et al. (2011) que encontraram 66,5% e 59,2% de participantes solteiros, respectivamente. Esses resultados são compatíveis com os apontamentos de Gonçalves e Nunes (2014), os quais relataram que o uso de drogas está relacionado ao afastamento familiar.

Quanto ao nível de escolaridade, houve predomínio de participantes que cursaram apenas o ensino fundamental incompleto e de analfabetos, o que reflete um baixo grau de escolaridade desses participantes e acompanha os resultados descritos na literatura. Nesse sentido, resultados semelhantes foram encontrados por Marchesini e colaboradores (2007) que encontraram 80,4% dos indivíduos com um a quatro anos de estudo. Por outro lado, Silva (2014) encontrou uma média de nove anos e Ferreira (2008) oito anos de estudo entre os participantes. Segundo Batista, Batista e Constantino (2012), o uso de drogas pode prejudicar o desempenho escolar, devido à menor capacidade de julgamento, compreensão e cognição, favorecendo a perda do vínculo escolar.

Em relação à renda familiar, nesse estudo houve predomínio de ganho entre um e três salários mínimos mensais. Rendas maiores foram identificadas por Rodrigues (2006), onde 54% dos participantes possuíam entre dois e cinco salários mínimos. Também Attilio et al. (2011) e Ferreira (2008) encontraram a maioria participantes dentro dessa faixa de renda (2 a 5 salários mínimos), sendo essa maioria composta por 53,1% e 45,7%, respectivamente. Neste estudo, em segundo lugar, estão os participantes sem renda. Em concordância, Silva (2014) relatou 74% dos participantes sem emprego formal e Marchesini e colaboradores (2007) encontraram 47,8% dos participantes sem ocupação. Esses resultados estão de acordo com Batista, Batista e Constantino (2012) ao relatarem que as drogas geram dificuldades de permanência no emprego e preconceito no ambiente de trabalho. Ainda, segundo Gonçalves e Nunes (2014), o abandono do trabalho é comum entre os usuários de drogas devido à falta de concentração, alterações psicológicas e faltas frequentes, que geram distanciamento das atividades trabalhistas.

Ao correlacionar ocupação e idade de início de uso de drogas, encontrou-se a prevalência autônomo/ prestador de serviços para todas as idades. Resultados semelhantes foram encontrados por Ribeiro et al. (2012). Como o vício traz vulnerabilidade e inconstância entre os usuários, o trabalho fixo torna-se distante da sua realidade uma vez que os efeitos deletérios da droga impedem o indivíduo de cumprir a frequência necessária em um ambiente de trabalho.

No presente estudo, verificou-se início precoce do uso de drogas. Em estudo semelhante, Batista, Batista e Constantino (2012) observaram que 39,74% dos indivíduos pesquisados iniciaram o uso entre 13 a 15 anos. Mastroianni et al. (2016) encontraram idade ainda menor, relatando que a maioria dos indivíduos iniciaram antes dos 13 anos de idade. Segundo Capistrano et al. (2013) a adolescência é uma fase de descobertas em que o indivíduo busca formar sua identidade, ter autonomia e tende a desafiar os responsáveis, sendo o uso de drogas uma forma para esse desafio.

Dentre as drogas mais utilizadas, vários estudos corroboram com o álcool sendo a principal droga utilizada, como mostraram Capistrano et al. (2013), Almeida et al. (2014) e Lacerda et al. (2015) que encontraram uma frequência de uso de 54,9%; 79,46%; 86,2%, respectivamente. Segundo Capistrano et al. (2013), as drogas lícitas fazem parte do convívio social e de comemorações em geral, portanto são de fácil acesso. Quanto às demais drogas, Almeida e colaboradores (2014) também encontraram o tabaco como sendo a segunda mais

utilizada (59,77%). Por outro lado, Capistrano e colaboradores (2013) encontraram em segundo lugar o crack (43,7%).

A maioria dos entrevistados declararam-se poliusuários e utilizavam até 4 drogas diferentes. Capistrano e colaboradores (2013) relataram que 78,3% dos participantes usaram mais de uma droga e para Mastroianni et al. (2016) esse percentual foi de 55,5%. Em estudos de Almeida et. al. (2014) e Batista, Batista e Constantino (2012), 34,42% e 33,44%, respectivamente, utilizavam apenas duas drogas. Um dado importante no presente estudo foi que 9,7% dos indivíduos referiram já ter feito uso de nove tipos de drogas, dado não encontrado em nenhum outro trabalho analisado. Almeida e colaboradores (2014) relataram que 8,41% de sua amostra faziam uso de mais de cinco tipos de drogas, sendo que nenhum consumia mais de oito tipos. No presente estudo, houve uma concordância entre o consumo de álcool e o uso de outras drogas lícitas e ilícitas, fato também observado por Carvalho (2013) e Cella et al. (2015).

Segundo Oliveira e Nappo (2008), o uso múltiplo de drogas é uma das características marcantes do atual padrão de consumo do crack, sendo o álcool, a maconha e o cloridrato de cocaína as drogas mais associadas.

De fato, os indivíduos que fizeram uso de drogas ilícitas por mais de 10 anos mostraram alto valor preditivo, já que no presente estudo todos os indivíduos com resultados positivos que usaram drogas ilícitas fizeram seu uso por mais de 10 anos, à semelhança dos resultados encontrados por Ferreira (2008) e Rodrigues (2006).

O percentual de uso de drogas injetáveis encontrado foi relativamente baixo, mas esperado já que se sabe que o consumo de drogas injetáveis tem reduzido no Brasil e em muitos outros países (BRASIL, 2014). Corroborando com esses resultados, números próximos (9,21%) foram publicados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014). Esse resultado possivelmente relaciona-se ao alto custo das drogas injetáveis quando comparado a outras drogas, como o crack.

No presente estudo não foi encontrada associação entre uso de drogas injetáveis e infecção pela hepatite B, pois não houve nenhum teste positivo entre os usuários. Bhatte e colaboradores (2015) também não observaram relação entre uso de drogas injetáveis e infecção pelo HBV em estudo realizado em uma vila rural da Índia. Já Rodrigues (2006), encontrou 9,4% de positividade de HBV entre usuários de drogas não-injetáveis contra 14,7% nos usuários de drogas injetáveis em Campo Grande- MS, demonstrando correlação entre as duas variáveis. Tais diferenças podem estar relacionadas às diversidades socioeconômicas e

culturais das regiões estudadas. Attilio e colaboradores (2011) afirmaram que 50 a 70% dos usuários de drogas injetáveis adquirem a hepatite B após cinco anos de uso, sendo que tal variável não foi averiguada neste estudo, o que também pode estar relacionado às diferenças de prevalências encontradas.

Não houve associação entre o uso de drogas injetáveis e a positividade. Entretanto, essa associação foi encontrada nos estudos de Rosa et al. (2012) e Santos, Santana e Franca (2011) e estão de acordo com Brasil (2011), que aponta o uso de drogas injetáveis como a principal forma de transmissão da doença. Esse resultado possivelmente relaciona-se ao pequeno número de soropositivos identificados no presente estudo.

Em relação ao compartilhamento de seringas e agulhas, sabe-se que esse é um comportamento de risco para qualquer doença de transmissão sanguínea, inclusive as hepatites. Nessa pesquisa poucos internos relataram esta prática, contudo, estes relataram com frequência o hábito compartilhar seringas e agulhas. Resultados semelhantes foram descritos por Brasil (2014), no qual 29,23% participantes relataram compartilhar esses aparatos. Santos, Santana e Franca (2011) e Pechansky e colaboradores (2000), encontraram resultados ainda mais alarmantes, 32,6% e 53%, respectivamente. A ausência de recursos financeiros suficientes para adquirir tanto a droga quanto os seus aparatos pode ser um dos fatores relacionados ao compartilhamento dos materiais, assim como o uso constante da droga, a fim de evitar os efeitos que sucedem o manejo da mesma (CINTRA, 2006)

O compartilhamento de aparatos para uso de drogas não-injetáveis representa fator de risco para aquisição de hepatites B e C, ainda que a eficiência desses modos de transmissão continue a ser objeto de debate na literatura internacional (MCMAHON; TORTU, 2003). De acordo com Brasil (2014), mais de 70% dos usuários de crack e/ou similares compartilham latas, copos, ou cachimbos para o uso destas drogas. No presente estudo, a maioria já compartilhou cachimbos e houve associação estatística para esse hábito e a ser portador de hepatite C (Tabela 7). Esse resultado aponta que existe relação entre essas variáveis. Entretanto, estudos são necessários para maiores esclarecimentos acerca dessa temática.

Antes de 1990 não havia teste anti-HCV e, portanto, sangue e hemoderivados não eram testados quanto à presença desse vírus (BRASIL, 2014), predispondo os indivíduos que necessitavam de transfusão sanguínea, a um risco 10 vezes maior de adquirir a doença (KVITKO; BASTOS; PINTO, 2013). Na presente pesquisa, houve relatos de transfusão, antes e após essa data, sem correlação desse procedimento a ser positivo para hepatite C. Bedoya e colaboradores (2012), detectaram soropositividade de 0,6% para HCV e de 0,2% para o HBV

em um banco de sangue na Colômbia. Oliveira e colaboradores (2015) encontraram correlação positiva entre prevalência de hepatite C e histórico de transfusão.

No presente estudo, não foi encontrado nenhum caso positivo de HBV, e, portanto, não houve associação entre transfusão e infecção pelo HBV. Esse resultado se assemelha ao descrito por Bhat e colaboradores (2015), os quais encontraram apenas um indivíduo submetido à transfusão positivo para hepatite B contra 15 transfundidos que não desenvolveram a doença.

De acordo com Rodrigues (2006), histórico de prisão constitui fator de risco para infecções por hepatites. Nessa pesquisa, verificou-se que quase metade dos indivíduos e não houve associação deste fator com ser portador de hepatite C (Tabela 7). Esse resultado pode ser reflexo de uma amostra constituída por carcerários que fizeram pouco uso de drogas injetáveis, já que esse é o principal fator de risco para a doença, e que esses indivíduos tiveram como principal motivo de detenção outros fatores não relacionados às drogas. Ainda, podem estar relacionadas ao tempo que esses detentos permaneceram presos, à reincidência de carceragem, entre outros.

A prevalência de HCV na presente pesquisa foi baixa. Resultados semelhantes foram encontrados por Santos, Santana e Franca (2011), ao realizar estudo com detentos do Sergipe, os quais verificaram que 3,1% da sua amostra foi positiva para o anti-HCV. Resultados díspares foram descritos por Rosa e colaboradores (2012), os quais relataram que 9,7% dos 195 detentos avaliados em uma prisão do Rio Grande do Sul foram reagentes para HCV. Também, Guimarães et al. (2001) encontraram positividade para HCV em 41% de sua amostra, composta por 756 detentos da Casa de Detenção de São Paulo. Tal divergência pode estar associada às diferenças no uso de drogas injetáveis entre os detentos, ao tempo de detenção e à reincidência de carceragem.

Em relação à infecção pela hepatite B em detentos, não foi encontrado nenhum caso no presente estudo. Resultados divergentes foram descritos por Coelho et al. (2009), em Ribeirão Preto no qual verificaram a presença de soropositividade para HBV de 19,5% na sua amostra. Essa divergência pode estar relacionada ao diferente perfil dos internos e devido ao fato de não ter sido encontrado nenhum caso positivo para hepatite B no presente estudo, o que justifica a ausência de correlação.

Quanto à relação sexual, a maioria teve relação sexual com parceiros fixos nos últimos seis meses, não tendo o hábito de uso de preservativo (Tabela 5). Silveira e colaboradores (2011) descreveram que dos portadores de hepatites B ou C, 68,1% declararam ser casados ou

estar e união estável. Schuelter-Trevisol e colaboradores (2013) trabalharam com prevalência de hepatite C entre contactantes domésticos e concluiu que 43,8% tinham relação sexual com parceiros portadores de hepatite C e que 28,5% não usavam preservativo, mesmo sabendo do diagnóstico do parceiro, enquanto o restante iniciou o uso após o diagnóstico do parceiro, que demorou, em média, 53,2 meses ($DP \pm 50,3$ e mediana de 36 meses). Assim, torna-se evidente que o fato de estar em relação estável não é um fator protetor. Um dos fatores atribuídos a essa realidade é a infidelidade conjugal, principalmente a masculina (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002). Nesse sentido, Pinheiro, Schuelter-Trevisol e Vinholes (2011) evidenciou que 67,4% dos policiais (todos homens) referiram ter prática de relações sexuais extraconjugais e menos da metade disse usar preservativo todas as vezes.

Estudo realizado por Zylberbeg et al. (1999) destacou que nem todos os casais possuem o mesmo genoma viral. Tal fato pode ser explicado pela transmissão parenteral em pessoas com práticas inseguras (compartilhamento de seringas, transfusão de sangue e compartilhamento de objetos) ser mais frequente e se sobrepor à transmissão sexual. Por outro lado, Cavalheiro e colaboradores (2009) relataram haver relação entre o genoma dos cônjuges, porém não conseguiram determinar o tempo de exposição ou a principal via de transmissão entre os cônjuges: se sexual ou por compartilhamento de itens de higiene.

A maioria relatou ter tido relação sexual com parceiros eventuais nos últimos seis meses, sendo predominante o não uso do preservativo (Tabela 5). O maior número de parceiros e o uso irregular de preservativos são fatores de risco para transmissão de hepatite C (MARTINS; NARCISO-SCHIAVON; SCHIAVON, 2011). Rodrigues Neto e colaboradores (2012) relataram que 96,2% dos portadores de hepatite C tem ou já tiveram relação sexual e apenas 13,4% utilizaram preservativos. Em pacientes HCV positivos, 27,8% declararam ter mais de um parceiro sexual por ano e 33,3% referiram não usar preservativo nas relações sexuais (PINHEIRO; SCHUELTER-TREVISOL; VINHOLES, 2011). Lopes et al. (2009), em análise de fator de risco associado à infecção por vírus da hepatite C, em usuários de drogas injetáveis, verificou a positividade de 9,1% para hepatite C em indivíduos com mais de 10 parceiros sexuais, enquanto 5,3% eram positivos e tinham tido 10 ou menos parceiros sexuais.

Ter recebido dinheiro ou drogas em troca de sexo nos últimos seis meses não foi um comportamento recorrente, sendo baixo o uso do preservativo em todas as relações sexuais (Tabela 5). Sá et al. (2013), Passos; Figueiredo (2004) e Carvalho (2013) relataram a existência de práticas pouco seguras como receber dinheiro ou drogas por sexo entre usuários

de drogas. Pelegrini, Barbanera e Gonçalves (2007), encontrou associação estatisticamente significativa entre co-infecção entre hepatites B e C e prostituição. Apesar dos preservativos estarem disponíveis nos serviços de saúde gratuitamente, apenas 2,1% dos participantes que receberam dinheiro ou drogas em troca de sexo fizeram o uso em todas as relações sexuais, segundo Sá et al. (2013) o uso de substâncias psicoativas pode tornar os usuários menos conscientes ou preocupados com doenças sexualmente transmissíveis.

Dos participantes da presente pesquisa, houveram relatos de relação sexual com indivíduos do mesmo sexo, sem haver associação significativa entre relação sexual com o mesmo sexo e hepatite C (Tabela 5). Em concordância, Silveira e colaboradores (2011) relataram que apenas 0,8% dos positivos para hepatite C praticavam coitos homossexuais, não estando, portanto, esse fator associado. Em contrapartida diversos estudos relacionam a prática de sexo anal ao risco de contrair hepatite C (MARTINS; NARCISO-SCHIAVON; SCHIAVON, 2011; SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013; VILLAR et al., 2015). Em pesquisa realizada por Tengan (1998), homossexualidade foi considerado fator de risco independente para infecção de hepatite C (OR: 5,56; IC 95%: 1,60-10,39). Essa associação pode ser justificada por ser o sexo anal uma relação mais traumática, gerando soluções de continuidade.

Quanto à situação de saúde dos participantes do presente estudo, observou-se que um percentual muito baixo de internos haviam feito exames para Hepatite B e C. Mesmo com campanhas, executadas pelo Ministério da Saúde, que incentivam a realização de testes diagnósticos gratuitos, observa-se que a adesão e procura ainda é baixa. A campanha intitulada “Hepatite C- o teste pode salvar sua vida” levou o governo a distribuir mais de 5,5 milhões de testes rápidos para hepatite C nos anos de 2014 e 2015 (BRASIL, 2016). De acordo com Souza et al. (2004), a baixa procura por exames diagnósticos deve-se a ausência de sintomatologia nas fases iniciais das doenças, levando a diagnósticos tardios ou “acidentais” quando se realiza exames de triagem. De acordo com Kunrath et al. (2014), uma dificuldade relatada pelos próprios entrevistados foi a dificuldade encontrada pelos usuários do SUS em realizar exames complementares ao diagnóstico, que avaliem a extensão da doença e tratamento.

No que se refere à cobertura vacinal contra hepatite B, poucos internos relataram terem completados o esquema vacinal (Tabela 6). Resultados superiores (33%) foram encontrados por Attilio (2010), em pesquisa destinada a usuários de drogas injetáveis na cidade de Dourados-MS. Resultados inferiores foram descritos por Carvalho (2013) ao

encontrar 11,1% de indivíduos vacinados em estudo realizado com usuários de crack no Estado do Piauí e por Rodrigues (2006) ao relatar 9,7% de indivíduos, usuários de drogas ilícitas, vacinados em Campo Grande- MS.

Sabe-se que ter uma DST é fator de risco para adquirir outra (BRASIL, 2006). No presente estudo, quatro internos foram soropositivos para hepatite C, e destes, dois já tiveram alguma DST previamente. Referente ao total dos indivíduos estudados 20,8% disseram já ter tido alguma DST (Tabela 6). Resultados inferiores foram descritos por Guimarães et al. (2015) [23,2%], em usuários de crack do Estado de Goiás e os por Carvalho (2013) que encontrou 31,2%. Essa taxa de indivíduos que já tiveram DST talvez seja explicada pelos comportamentos de risco presentes na população estudada, como relações sexuais desprotegidas, múltiplos parceiros, ter sido preso, e consumo de álcool e drogas antes das relações.

No que se refere à prevalência das hepatites foi encontrada uma taxa de soropositividade para hepatite C e não foi encontrado nenhum caso positivo de hepatite B. A prevalência de hepatite C do presente estudo foi maior que a de 2,4% encontrada por Cella et al. (2015) em Erechim- RS, assim como a de 1,4% de positividade para Anti-HCV e 1,1% para o RNA-HCV vista por Sá et al. no Estado do Piauí (2013). No entanto foi inferior aos 7,1% observados por Lopes et al. (2009) nas cidades de Goiânia e Campo Grande. Segundo o boletim epidemiológico do Brasil dos casos de hepatite C notificados no ano de 2015, 26,7% eram usuários de drogas e essa foi a provável fonte de infecção, taxa maior do que a encontrada em todos os trabalhos citados. A baixa prevalência desse estudo pode estar relacionada ao pequeno percentual de indivíduos que se declararam usuários de drogas injetáveis.

No presente trabalho não foi encontrado nenhum caso de hepatite B. À semelhança, Cella e colaboradores (2015) realizaram pesquisa de HbsAg em 42 indivíduos de comunidades terapêuticas de dependentes químicos e usuários de álcool e também não encontraram nenhum caso de soropositividade para a doença.

Apesar de todo o cuidado que os pesquisadores tiveram em explicar o questionário aos participantes da pesquisa, de ter sido utilizado um questionário validado, específico para usuários de drogas, o presente estudo apresentou perda de dados em diversas partes. O instrumento de coleta de dados utilizado foi baseado no livro Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, que é resultado da parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) e a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), o qual traz uma ampla investigação e

foi utilizado para delinear o perfil dos usuários de crack no Brasil. A pesquisa segundo o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) é considerada a maior do mundo sobre o assunto. Outros autores também se basearam o no questionário supracitado (SILVA, 2014).

De acordo com Nunes, Kluck e Fachel (2009) um problema comum que pode ocorrer em estudos na área da Saúde e das Ciências Sociais é a ocorrência perda de dados. Essa perda pode acontecer devido à livre escolha do participante na hora de responder aos questionamentos. A substituição do questionário por entrevista possivelmente não seria adequada, pois poderia causar constrangimento, por se tratarem de perguntas da vida pregressa dos participantes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os aspectos sociodemográficos dos participantes, esses foram constituídos de indivíduos do sexo masculino com predominância de goianos, adultos jovens, solteiros, de cor parda, com baixo nível de escolaridade e renda familiar média de R\$ 2.131,80.

Em relação ao perfil adctivo, constatou-se que a maioria dos internos iniciou o uso de drogas ilícitas antes dos 14 anos. Além disso, verificou-se que quanto mais jovem o indivíduo inicia o uso de drogas, mais drogas diferentes ele tende a experimentar. Isso reforça a necessidade de investimento em campanhas contra uso de drogas voltada para jovens.

As drogas mais utilizadas foram álcool, seguido do tabaco, cocaína/crack e apenas uma minoria (10,4%) dos entrevistados já injetou droga alguma vez na vida. Esses dados elucidam os tipos de drogas que devem ser enfatizados nas campanhas.

Quanto à vacinação para hepatite B, a taxa vacinal encontrada foi baixa (27,1%), se comparada à preconizada pelo Ministério da Saúde. Assim, mais uma vez reforça-se a necessidade, por parte do governo, em investir em educação sobre as formas de prevenção da doença.

Neste estudo foram encontrados quatro casos de hepatite C e nenhum de hepatite B. Esses dados podem ser utilizados pelos gestores de saúde da cidade de Anápolis e pelos donos das clínicas de reabilitação como um incentivo à vacinação contra hepatite B (pois presume-se sua eficiência ao não encontrar casos positivos na amostra) e como um alerta para os fatores de risco da hepatite C.

Foram realizadas palestras educativas, pelos próprios pesquisadores, em todas as clínicas visitadas. Foram abordados conceito das doença, sinais e sintomas, diagnóstico, prevenção, tratamento e prognóstico. Notou-se que os internos tinham muitas dúvidas e todas foram esclarecidas, cumprindo o objetivo de promover educação sobre hepatite B e Centre os usuários de drogas.

7. REFERÊNCIAS

AIRES, Rodrigo Sebba. **Infecção pelo vírus da hepatite B em pacientes com tuberculose em hospital de referência em Goiânia – Goiás**. 2011. 101 f. Tese (Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública) - Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3646>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

ALMEIDA, O. P. Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 56, n 3-B, p. 605-612, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n3B/1774.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

ALMEIDA, Rosilene Alves de et al. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Rev. Centro Brasileiro De Estudos De Saúde**, Rio de Janeiro v.38, n.102, p.526-538, 2014. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34885456/Meta_aval_Cebes_set_14.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1479137581&Signature=Byebk7h1zCO2tVhAgoT154cyV0g%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DParticipacao_e_interdisciplinaridade_uma.pdf#page=120>. Acesso em: 11 nov. 2016.

ALVES, Venâncio Avancini Ferreira; MELLO, Evandro Sobroza de. Fígado e Vias Biliares. In: BOGLIOLO, Luigi; BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Patologia**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap.21, p.767-828.

AMON, Joseph J. et al. Prevalence of hepatitis C among injection drug users in the United States, 1994–2004. **Clin. Infect. Dis.**, v.46, n.12, p.1852–1858, 2008. Disponível em: <<http://cid.oxfordjournals.org/content/46/12/1852.long>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

ATTILIO, Juliana Santos et al . Cobertura vacinal contra hepatite B entre usuários de drogas ilícitas. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.24, n.1, p.101-106, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002011000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2016.

BASTOS, João Luiz Dornelles; DURQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Sci. Med.**, Porto Alegre, v.17, n.4, p.229-232, 2007. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjEkoTpw9rLAhUGqx4KHcY6D88QFggcMAA&url=http%3A%2F%2Frevistaseletronicas.pucrs.br%2Ffojs%2Findex.php%2Fscientiamedica%2Farticle%2Fdownload%2F2806%2F2634&usg=AFQjCNF2b-tGdGsUeaJzZZyhTHc29NxvdKg&bvm=bv.117604692,d.dmo>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

BATISTA, Luciana de Sousa Siqueira; BATISTA, Manoel; CONSTANTINO, Patrícia. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do CAPS AD em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev. Perspectivas Online: Biológicas & Saúde, Campos dos Goytacazes** v.2, n.7, p.23-38, 2012. Disponível em: <http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/download/195/10>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BEDOYA, Jair Alberto Patino et al. Infections in blood bank. **Rev. Saúde Pública**. Escuela de Microbiología. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. v.46, n.6, p. 950-959, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/04.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2016.

BHATE, Prasad et al. Cross sectional study of prevalence and risk factors of hepatitis B and hepatitis C infection in a rural village of India. **Arq Gastroenterol.**, São Paulo, v. 52, n.4, p. 321-324. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032015000400321&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. **Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. Disponível em:

<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-306-de-7-de-dezembro-de-2004>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde – Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack. Rio de Janeiro, RJ** 2014. Disponível em <<http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico- Hepatites Virais**, Ano IV - n.1, p. 9-24. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58210/_p_boletim_hepatites_final_web_pdf_p__16377.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha Hepatite C**. 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/hepatite/>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_aconselhamento.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis DST**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_dst_tratamento.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,

Departamento de DST/AIDS e Hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2013/12/manual_para_capitacao_de_tr_para_as_hepatites_b__17745-1.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58551/manual_tecnico_hv_pdf_75405.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/07/prot_clinico_diretrizes_terapeuticas_hep_B.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRASIL. 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**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4502878/4114726/anexo6_PDF.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2016.

BRUCKI, Sonia M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v.61, n.3B, p.777-781, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2016.

CAPISTRANO, Fernanda Carolina et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc. Anna Nery Revista Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.17, n 2, p. 234-241, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200005>. Acesso em: 20 abr. 2017.

CARVALHO, Sângela Medeiros de Lima. Título: **Prevalência da infecção pelo vírus da hepatite b em usuários de crack no Piauí**. 2013. 72f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2013. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/15930889-Prevalencia-da-infeccao-pelo-virus-da-hepatite-b-em-usuarios-de-crack.htm>> Acesso em: 08 nov. 2016.

CAVALHEIRO, Norma de Paula et al. Hepatitis C: sexual or intrafamilial transmission? Epidemiological and phylogenetic analysis of hepatitis C virus in 24 infected couples. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 42, n. 3, p. 239-244, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2016.

CELLA, Willian Róger et al. Prevalência de hepatite B e C em comunidades terapêuticas de dependentes químicos e usuários de álcool. **Perspectiva**, Erechim, v.39, n.145, p.109-120, 2015. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/145_486.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2016.

CINTRA, Ana Maria de Oliveira. **Perfil sócio-demográfico epidemiológico dos usuários de drogas injetáveis e características de mulheres e homens do Projeto AJUDE -Brasil II**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais - pós-graduação em saúde pública. UFMG, 2006. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/ECJS-74UMZJ>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

COELHO, Harnoldo Colares et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. **Ver Bras Epidemiol.**, São Paulo, v.12, n.2, p. 124-31, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2016.

COSTA JUNIOR, Paulo Roberto da Silva et al. Infecção por hepatites B e C em um município do estado do Pará. **Rev. Para. Med.**, Belém, v.27, n.2, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n2/a3673.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

CRUZEIRO, Ana Laura Sica et al. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Rev. Ciênc. Saúde**

Colet., Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1149-1158, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/023.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

FERREIRA, Cristina Targa; SILVEIRA, Themis Reverbelda. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.7, n.4, p.473-487, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000400010>. Acesso em: 18 mar. 2016.

FERREIRA, Francisco Augusto Porto. **Impacto do diagnóstico das hepatites B e C na qualidade de vida em doadores voluntários de sangue**. 2010. Tese (Doutorado em Distúrbios do Crescimento Celular, Hemodinâmicos e da Hemostasia) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5167/tde-01092010-122559/pt-br.php>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

FERREIRA, Renata Carneiro. **Infecção pelo vírus da hepatite b em usuários de drogas ilícitas na Região Centro-Oeste do Brasil: aspectos epidemiológicos e moleculares**. 2008. 112f. Tese (Doutorado em Medicina Tropical) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008. Disponível em: <<https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/up/59/o/TeseRenataCarneiroFerreira.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

GAZE, Rosangela et al. Das hepatopatias e icterícias às hepatites virais: configuração de um caleidoscópio. **Rev. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.47, n.1, p.116-122, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100015>. Acesso em: 02 mar. 2016.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Controle das Hepatites Virais. **Boletim Informativo e Situação Epidemiológica das hepatites B e C em Goiás – 2010 a 2014**. Goiás, 2015. Disponível em: <<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2015-07/boletim-informativo-e-situacao-epidemiologica-das-hepatites-b-e-c-em-goias---2010-a-2014.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

GONÇALVES, Tatiane Santiago; NUNES, Marilene Rivany. Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD. **Rev. Perquirere**, Patos de Minas, v.2,

n.11, p.169-178, 2014. Disponível em: <http://perquirere.unipam.edu.br/documents/23456/612187/Perfil+dos+++usu%C3%A1rios+d+o+centro+de+aten%C3%A7%C3%A3o+psicossocial+%C3%A1lcool+e++drogas+_+CAPS+AD.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.

GUERRIERO, Iara; AYRES, José Ricardo CM; HEARST, Norman. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 36, n. 4, supl. p. 50-60, Ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15: 15 Mai 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000500008>.

GUIMARÃES, Mark Drew Crosland et al. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p.43-47, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n1/a11v31n1.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

GUIMARÃES, Rafael Alves et al. Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Goiânia, v. 23, n. 4, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00628.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2016.

GUIMARAES, Thaíz et al. High Prevalence of Hepatitis C Infection in a Brazilian Prison: Identification of Risk Factors for Infection. **Braz J InfectDis.**, Salvador, v.5, n.3, p.111-118, 2001. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702001000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2016.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo Demográfico 2010- **Características da população e dos domicílios Resultados do universo**. Disponível em:<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.

KUNRATH, Ângela Antônia Ferreira; JUNGES, José Roque; LÓPEZ, Laura Cecilia. Vulnerabilidades e subjetividades de pessoas com diagnóstico e tratamento de hepatite C. **Rev. Saúde Debate.**, Rio de janeiro, v. 38, n. 101, 2014. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0225.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2016

KVITKO, David Timm; BASTOS, Gisele Alsina Nader; PINTO, Maria Eugênia Bresolin. PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR HEPATITIS C AND ASSOCIATED FACTORS: a population-based study in southern Brazil. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 117-122, Jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032013000200117&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032013000200020>.

LACERDA, Bruno Moura et al. Perfil de usuários de drogas em centros terapêuticos do estado do Rio Grande do Norte. **Revista Ciênc. Saúde Nova Esperança**. João Pessoa, v. 13, n.1, p. 54-65, 2015.

LEVINSON, Warren. **Microbiologia médica e imunologia**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 296-297.

LOPES, Carmen et al. Prevalência, fatores de risco e genótipos da hepatite C entre usuários de drogas. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.43, n.1, p.43-50, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800008>. Acesso em: 11 mar. 2016.

LOPES, Thais Gardenia Santos Lemos; SCHINONI, Maria Isabel. Aspectos gerais da hepatite B. **Rev. Ci. Med. Biol.**, Salvador, v.10, n.3, p.337-344, 2011. Disponível em:<<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/5899/425>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

MARCHESINI, Angela Mattos et al. Hepatites B e C em usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV em São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.41, n.2, p.57-63, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/en_5950.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

MARTINS, Tatiana; NARCISO-SCHIAVON, Janaína Luz; SCHIAVON, Leonardo de Lucca. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 107-112, Fev. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2017.

MASTROIANNI, Fábio de Carvalho et al. Perfil sociodemográfico de um CAPSad e sua funcionalidade segundo os usuários. **Revista Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v. 8, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/371/pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

MATOS, Marcia Alves Dias De et al. Occult hepatitis B virus infection among injecting drug users in the Central-West Region of Brazil. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v.108, n.3, p.386-389, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762013000300386>. Acesso em: 29 abr. 2016.

MCMAHON, James M., TORTU, Stephanie., A potential hidden source of Hepatitis C infection among non-injecting drug users. **Journal of Psychoactive Drugs**, Nova York, v. 35, n. 4, p. 455-460, 2003. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14986874>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MORAIS, André; MAGNO, Luiz André; GOMIDE, Geisa Perez Medina. Impacto da hepatite C sobre o consumo de recursos e custos de pacientes com cirrose hepática no SUS. **J. Bras. Econ. Saúde**, v.7, n.2, p.116-121, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n2/a4975.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

NJAI, Harr Freeya et al. Validation of rapid point-of-care (POC) tests for detection of hepatitis B surface antigen in field and laboratory settings in the Gambia, Western Africa. **J. Clin. Microbiol.**, v.53, n.4, 2015. Disponível em: <<http://jcm.asm.org/content/53/4/1156.full.pdf+html>>. Acesso em: 11 mai. 2016.

NUNES, Luciana Neves; KLUCK, Mariza Machado; FACHEL, Jandyra Maria Guimarães. Uso da imputação múltipla de dados faltantes: uma simulação utilizando dados epidemiológicos. **Cad. Saúde Pública**, Porto Alegre. v. 25, n. 2, p.268-278. 2009. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200005>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

OLIVEIRA, Cássio Vieira de et al. Prevalence of the hepatitis C virus among university employees in São Paulo, Southeastern Brazil: predictive factors and geoprocessing spatial analysis. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 9-13, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032015000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2016.

OLIVEIRA, Lúcio Garcia.; NAPPO, Solange Aparecida. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista de Psiquiatria Clínica.** São Paulo, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008.

OLIVEIRA, Maria de Lourdes Aguiar et al. "The first shot": the context of first injection of illicit drugs, ongoing injecting practices, and hepatitis C infection in Rio de Janeiro, Brazil. **Rev. Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.861-870, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000400024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2016.

PAGE, Kimberly et al. Injection Drug Use and Hepatitis C Virus Infection in Young Adult Injectors: Using Evidence to Inform Comprehensive Prevention. **Clin. Infect. Dis.**, v.57, n.2, p.32-38, 2013. Disponível em: <http://cid.oxfordjournals.org/content/57/suppl_2/S32.full.pdf+html>. Acesso em: 29 abr. 2016.

PASSOS, Afonso Dinis Costa; FIGUEIREDO, José Fernando de Castro. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, v. 16, n. 2, p. 95-101, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2016.

PECHANSKY Flávio et al. Estudo sobre as características de usuários de drogas injetáveis que buscam atendimento em Porto Alegre, RS. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Porto Alegre –RS, v.22, n.4, p.164-71, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n4/3430.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

PELEGRINI, Andréia; BARBANERA, Érica Evangelista; GONÇALVES, Flávio Buratt. Incidência da infecção e de fatores de risco para os vírus das hepatites B e C em diferentes

populações e a associação com diagnóstico sorológico, bioquímico e molecular. **Rev. Panam. Infectol.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 32-38, 2007. Disponível em:<<http://www.revistaapi.com/wp-content/uploads/2014/02/mat-067.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

PINHEIRO, Flávia K. B; SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana; VINHOLES, Daniele B. Risco de Doenças Sexualmente Transmissíveis entre Policiais Militares. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 23, n. 3, p. 134-137, 2011. Disponível em:<<http://www.dst.uff.br/revista23-3-2011/5.%20Risco%20de%20Doencas%20Sexualmente%20Transmissiveis%20entre%20Policiais%20Militares.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

PROVAZZI, Paola Jocelan Scarin. **Caracterização da estrutura da serino-protease NS3 em pacientes infectados com o vírus da hepatite C do genótipo 3**. 2008. 167 f. Tese (Doutorado em Biociências) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas, 2008. Disponível em:<<http://acervodigital.unesp.br/handle/unesp/175257?mode=full>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

RIBEIRO, Itajaciara Ferreira et al. Perfil dos usuários com dependência química atendidos em instituições especializadas na Paraíba. **Rev. Cien. Saúde Nov. Esp.**, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 47-60, 2012. Disponível em: < <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Revista-2012-N.2-COMPLETA.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

RODRIGUES NETO, João et al. Prevalência da hepatite viral C em adultos usuários de serviço público de saúde do município de São José dos Pinhais - Paraná. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 627-638, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2016.

RODRIGUES, Fabiana Peres. **Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite B em usuários de drogas ilícitas em Campo Grande, MS**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006. Disponível em:

<<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/726/1/dissertacao%20fabiana.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

ROSA Fernanda da et al. Prevalência de anti-HCV em uma população privada de liberdade. **Rev. Assoc. Med Bras.**, Santa Cruz do Sul, RS, v.58, n., p.557-560, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n5/v58n5a12.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2016.

ROSA, Ligia Da. **Avaliação do desempenho de testes rápidos para a detecção do anti-hcv.** 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em:

<<https://snt153.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgq5ekUOoK5hGWpQAIzMKAUg2&folderid=flinbox&attindex=1&cp=-1&attdepth=1&n=1062953>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

SÁ, Laís Carvalho et al. Soroprevalência da Hepatite C e fatores associados em usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1195-1202, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01195.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2016.

SANTOS, Bruno Fernandes de Oliveira; SANTANA, Nathalie Oliveira e FRANCA, Alex Vianey Callado. Prevalence, genotypes and factors associated with HCV infection among prisoners in Northeastern Brazil. **World Journal of Gastroenterology**, Pleasanton, Califórnia, v.17, n.25, p. 3027-3034, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3132254/>>. Acesso em: 06 nov. 2016.

SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana et al. HIV, hepatitis B and C, and syphilis prevalence and coinfection among sex workers in Southern Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 46, n. 4, p. 493-497, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822013000400493&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2016

SILVA, Ágabo. **Genotipagem do vírus da hepatite C e avaliação da resposta ao tratamento em Goiânia – Goiás, com ênfase no polimorfismo relacionado ao gene IL28B.** 2014. 118f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical e Saúde Pública) - Programa de

pós-graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/up/59/o/%C3%81gabo_Mac%C3%AAdo2014_vers%C3%A3o_final.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

SILVA, Alessandro Lisboa Da et al. Hepatites virais: B, C e D: atualização. **Rev. Bras. Clin. Med. São Paulo**, São Paulo, v.10, n.3, p.206-218, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2889.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

SILVA, Leandro Nascimento Da. **Prevalência da infecção pelo vírus da hepatite B e situação vacinal em usuários de crack institucionalizados em Goiânia–Goiás**. 2014. 109f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4111>>. Acesso em: 07 mar. 2016.

SILVEIRA, Luciana da et al. Clinical and epidemiological profile of blood donors with positive serology for viral hepatitis in southern Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44, n. 3, p. 269-273, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2016.

SOUZA, Francisco Carlos de et al. Aspectos clínicos da hepatite c crônica: experiência do ambulatório de hepatites virais/instituto alfa de gastroenterologia/hospital das clínicas da UFMG. **Rev. Med. Minas Gerais.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/exportar-pdf/1481/v14n3a02.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

TENGAN, Fátima Mitiko. Risk factors associated to hepatitis C virus infection. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 31, n. 5, p. 499, 1998. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/a57b4ad891192cc75318de628df9eb60/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=1796426>> Acesso em: 08 nov. 2016.

UNIVERSIDADE DO PERNAMBUCO. **Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil**. Pernambuco: 2010.

VILLAR, Livia M. et al. Prevalence of hepatitis B and C virus infections among military personnel. **Braz. J. Infect. Dis.**, Salvador, v. 19, n. 3, p. 285-290, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702015000300285&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Hepatitis B. 2012a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Scoping document: A review of viral hepatitis in injecting drug users and assessment of priorities for future activities. 2009.

WHO -WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Hepatitis C. 2012b. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

ZATTI, Cassio Adriano et al. **Hepatite B: Conhecendo a Realidade Brasileira.** **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v.4, n.1, p.05-11, 2013. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130731_225833.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

ZYLBERBERG, H et al. Epidemiological and virological analysis of couples infected with hepatitis C virus. **Int. J. Epidemiol.**, Oxyford, v. 34, n. 3, p. 112-116, 1999. Disponível em: <<http://gut.bmj.com/content/45/1/112.full>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

9. ANEXO 1. Questionário.

Projeto: Prevalência de infecções pelos vírus das hepatites B e C em uma população de usuários de drogas de Anápolis, Goiás

Questionário nº: _____ Nome do entrevistador: _____

Data da entrevista: __/__/____

Seção I - Dados Pessoais

- 1) Instituição de internação: _____
- 2) Cidade que morava antes da internação: () Anápolis () outra: _____
- 3) Iniciais do nome: _____
- 4) Sexo: () Masculino () Feminino
- 5) Data de nascimento: __/__/____
- 6) Idade _____
- 7) Estado que nasceu: _____
- 8) Há quanto tempo vive em Anápolis (anos ou meses): _____

- 9) Como você se classifica quanto à cor de pele: ()branco; ()negro/preto;
 ()amarelo/asiático; ()pardo/moreno/mulato; () indígena; () não sabe; () recusou
- 10) Estado civil: ()casado/união consensual; ()separado/divorciado; ()solteiro; ()viúvo;
 ()não sabe; () recusou
- 11) Profissão/ocupação (atividade principal de renda antes da internação): _____
- 12) Renda Familiar MENSAL (em reais): _____
- 13) Você estudou até que série (anos de estudo): _____
- 14) Qual era o município da sua última residência fixa? _____

Seção II – Uso de drogas

- 15) Com que idade começou o uso de drogas ilícitas pela primeira vez? _____
- 16) Depois que iniciou uso: a) Já ficou mais de um mês sem usar: ()sim ()não
 c) Qual a duração máxima de dias que ficou sem usar? _____
 d) Quantas vezes na vida já ficou mais de um mês sem usar? _____
- 17) Se já ficou mais de 1 mês sem usar, o que causou a interrupção:
 ()recuperar a saúde ou tratar alguma doença
 ()evitar perseguição policial
 ()religião (crença e/ou amparo religioso de qualquer forma)
 ()evitar problemas relacionados ao ambiente de uso
 ()dívidas
 ()chegou à conclusão de que não compensa
 () conseguir emprego/coisa para fazer que ajuda a sobreviver
 ()tratamento para dependência química
 ()Outro, qual? _____
 () não sabe
 ()recusou
- 18) Se parou, o motivo de voltar ao uso:
 ()preço barato
 ()conseguiu a droga de graça
 ()sentiu vontade de ter o efeito da droga
 () sentiu dificuldade de ficar sem usar a droga
 ()perdas afetivas
 ()problemas familiares (perdas ou brigas)
 ()vida ruim, sem perspectivas
 ()outro motivo. Qual? _____
 () não sabe
 () recusou

19) Responder tabela abaixo:

Droga	Uso nos últimos 12 meses	Uso nos últimos 30 dias	Número de dias que usou nos últimos 30 dias	Principal via de administração (resposta única)	Valor gasto em reais nos últimos 30 dias	Fonte principal
1 –Álcool	()Sim	()Sim		()oral		

	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada	X	X
2 – Tabaco	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada	X	X
3 – Maconha/ haxixe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada		<input type="checkbox"/> traficante <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> comércio <input type="checkbox"/> outra
4 – anfetaminas, remédio para emagrecer, metanfetaminas, ritalina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada	X	<input type="checkbox"/> traficante <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> comércio <input type="checkbox"/> outra
5 – ectasy, MDMA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada		<input type="checkbox"/> traficante <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> comércio <input type="checkbox"/> outra

Droga	Uso nos últimos 12 meses	Uso nos últimos 30 dias	Número de dias que usou nos últimos 30 dias	Principal via de administração (resposta única)	Valor gasto em reais nos últimos 30 dias	Fonte principal
6 – Cocaína, Crack, Merla, Pasta base, oxi	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada		<input type="checkbox"/> traficante <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> comércio <input type="checkbox"/> outra
7 – Benzodiazepínico, Diazepan, etc.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada		<input type="checkbox"/> traficante <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> comércio <input type="checkbox"/> outra

8 – Heroína, Metadona, dolantina, morfina ou outro opióide que não a codeína.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada		<input type="checkbox"/> traficante <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> comércio <input type="checkbox"/> outra
9 – Tylex ou outra forma de codeína	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada	X	<input type="checkbox"/> traficante <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> comércio <input type="checkbox"/> outra
10 – LSD	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada		<input type="checkbox"/> traficante <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> comércio <input type="checkbox"/> outra
11 – “Mistura”: listar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada		<input type="checkbox"/> traficante <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> comércio <input type="checkbox"/> outra
12 – Outra. Qual?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> fumada <input type="checkbox"/> injetada		<input type="checkbox"/> traficante <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> comércio <input type="checkbox"/> outra

Seção III – Risco de doenças infecciosas

- 20) Alguma vez na vida já injetou alguma droga? sim não não sabe recusou
- 21) Se sim, você já compartilhou seringa/ agulhas para o uso de drogas injetáveis? sim não não sabe recusou
- 22) Já usou cachimbo, lata ou copo para fumar crack e/ou similares que já tenham sido usados por outras pessoas? sim não não sabe recusou
- 23) Já recebeu transfusão de sangue? sim não não sabe recusou
- 24) Caso já tenha recebido transfusão: antes de 1994 depois de 1994 não sabe recusou
- 25) Você já foi preso alguma vez? sim não não sabe recusou

Seção IV – Comportamento Sexual

- 26) Você teve relação sexual com parceiros fixos nos últimos 6 meses? sim não não sabe recusou
- 27) Você usou camisinha com seus parceiros fixos, nos últimos 6 meses? nenhuma das vezes Em menos da metade das vezes Em mais da metade das vezes todas as vezes não sabe responder recusou
- 28) Você teve relação sexual com parceiros eventuais/casuais nos últimos 6 meses? sim não não sabe recusou . Quantos? _____
- 29) Você usou camisinha com esses parceiros eventuais/casuais com teve relações sexuais nos últimos 6 meses? nenhuma das vezes Em menos da metade das vezes Em mais da metade das vezes todas as vezes não sabe responder recusou

- 30) Recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo, nos últimos 6 meses? ()sim ()não ()não sabe ()recusou. De quantas pessoas? _____
- 31) Nas situações em que recebeu dinheiro ou droga em troca de sexo, nos últimos 6 meses, com que frequência usou camisinha? ()nenhuma das vezes () Em menos da metade das vezes () Em mais da metade das vezes () todas as vezes () não sabe responder () recusou
- 32) Você já teve relação sexual com parceiro do mesmo sexo: ()sim ()não ()recusou

Seção V – Situação de Saúde

- 1) Você já fez exame para Hepatite B? ()sim ()não ()não sabe ()recusou
- 2) Você já fez exame para Hepatite C? ()sim () ()não sabe ()recusou
- 3) Você já teve alguma DST na vida? ()sim ()não ()não sabe ()recusou
- 4) Você possui cartão vacinal? ()sim ()não ()não sabe ()recusou
- 5) Você já foi vacinado para hepatite B? ()sim ()não ()não sabe ()recusou
- 6) Se já foi vacinado, quantas doses de vacina recebeu? () 1 dose () 2 doses () 3 doses () não sabe ()recusou
- 7) Se não foi vacinado, aceitaria receber a vacina de hepatite B? ()sim ()não ()não sabe ()recusou
- 8) Caso não aceitaria receber a vacina de hepatite B, por quê? ()medo de injeção ()medo de pegar alguma doença () acha desnecessária () não sabe ()recusou

Nome do entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

10. ANEXO 2.Exame do Estado Mental Mini-Mental.

ORIENTAÇÃO:

- Dia da Semana (1 Ponto) ()
- Dia do mês (1 Ponto) ()
- Mês (1 Ponto) ()
- Ano (1 Ponto) ()
- Hora Aproximada (1 Ponto) ()
- Local Específico (apartamento ou setor) (1 Ponto) ()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 Ponto) ()
- Bairro ou Rua próxima (1 Ponto) ()
- Cidade (1 Ponto) ()
- Estado (1 Ponto) ()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não correlacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3

palavras.Ex: ABACAXI, CAMINHÃO, LIXEIRA.

Dê um ponto para cada resposta correta (___)

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (80-7) Sucessivos, 5 vezes sucessivamente (ex: $80-7=73-7=66-7=59-7=52-7=45$) (1 ponto para cada cálculo correto) (___)

EVOCAÇÃO

- Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) (___)

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) (___)
- Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá) (1 ponto) (___)
- Comando: Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) (___)
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto) (___)
- Escrever uma frase (1 ponto) (___)
- Copiar um desenho (1 ponto) (___)

SCORE (___/ 30)

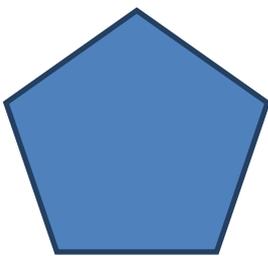
Fonte: FOLSTEIN et al. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatry Research, v. 12, n. 3, p.189-198, 1975.

LER E OBEDECER:

➔ FECHER OS OLHOS

ESCREVA UMA FRASE:

COPIE O DESENHO:



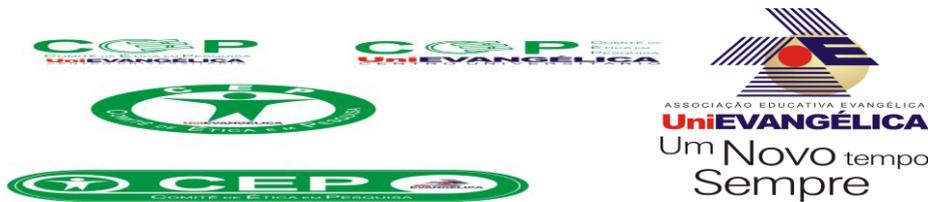
ESCORE _____

Pontuação mínima 8 anos escolaridade = 24

Com 4 anos de escolaridade = 22

Analfabetos = 18

11. ANEXO 3. Declaração de instituição coparticipante



Declaração da Instituição coparticipante (Nome da Clínica)

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada “**PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES PELOS VÍRUS DAS HEPATITES B E C EM UMA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS DE ANÁPOLIS, GOIÁS**” desenvolvida pelos alunos: Priscilla de Paula Gusmão, Rayssa Ferreira Diniz Fernandes, Rhávila Cristina Rezende, Rodrigo de Souza Bonfim, Yuri Viktor Porto, matriculados no curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Léa Resende Moura e co-orientação da Prof^a. Msc. Ângela Alves Viegas, telefone de contato (62) 81002045, a fim de desenvolver Trabalho de Curso, para obtenção do título de graduação em medicina, sendo esta uma das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo estimar a prevalência de hepatite B e C entre usuários de drogas ilícitas da cidade de Anápolis - GO, fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados, inicialmente convidaremos todos os homens, com idade igual ou superior a 18 anos, a participar da pesquisa. Neste momento, serão explicadas todas as informações sobre a natureza, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do voluntário para fins acadêmicos, assegurando o anonimato e sigilo das informações. Mediante o esclarecimento e consentimento, será obtida a assinatura do TCLE. Em seguida o pesquisado responderá as perguntas do Exame do Estado Mental Mini-Mental e os que atingirem a pontuação mínima responderão ao questionário da pesquisa, que está dividido em cinco seções, sendo elas: seção I- dados pessoais (idade, cor, sexo, estado civil e residência), seção II- uso de drogas (início e tempo de uso, tipos de drogas usadas, entre outros), seção III- risco de doenças infecciosas (compartilhamento de objetos, transfusões sanguíneas) seção IV- comportamento sexual (parceiros fixos, uso de preservativo) e seção V- situação de saúde (realização de exames, vacinas, doenças pregressas).

O nome do sujeito participante do questionário será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa, entretanto o nome do participante será necessário no exame, cujo resultado será entregue a alguns participantes incluídos nessa etapa da pesquisa, como contrapartida.

Os critérios de inclusão para participação na primeira etapa da pesquisa são ser homem, com idade igual ou superior a 18 anos, ser usuário de drogas, consentir em participar do estudo mediante assinatura do TCLE e ter capacidade cognitiva (Mini-Mental) para responder aos

questionários. Para o recrutamento, aplicação do Mini-Mental, aplicação do questionário, coleta da amostra de sangue e realização dos testes rápidos é necessário à disponibilização de uma sala da instituição, de acordo com os dias e horários mais adequados para a clínica e de acordo com a rotina da internação/tratamento de reabilitação, e que será preparada pelos pesquisadores seguindo as normas de biossegurança para os procedimentos laboratoriais. Após a aplicação do questionário, serão adotados critérios de inclusão para a realização dos testes rápidos para hepatite B e para hepatite C, que incluem pessoas com comportamento de risco para a infecção pelos vírus da hepatite B e hepatite C, como uso de drogas injetáveis e/ou ter realizado transfusão de sangue e/ou ter/tido múltiplos parceiros sexuais sem proteção e/ou parceiros do mesmo sexo. Serão excluídos da pesquisa os indivíduos que não atenderem às condições de inclusão, ou que se sentirem constrangidos ou mesmo não quiserem, ainda que não exponham os motivos. Caso haja algum resultado de teste rápido positivo, o pesquisador responsável passará esse resultado para o (cargo, nome do responsável, nome da clínica), o qual será orientado a encaminhar o voluntário para assistência médica o mais breve possível, onde, somente a partir da avaliação médica, o voluntário obterá as orientações referentes ao tratamento específico, se necessário.

O levantamento das informações se destina somente a fins de pesquisa científica apresentando como risco o possível constrangimento do voluntário de falar sobre suas experiências e a preocupação de que os dados e informações sejam utilizados de forma indevida. Visando minimizar tais riscos, o investigador conduzirá uma conversa informal a fim de estabelecer um ambiente agradável e profissional para que a coleta das informações seja tranquila a todos os envolvidos. Além disso, existem riscos associados à coleta de sangue como, dor ou desconforto no local da coleta e, raramente, desmaio ou infecções. Para minimizar estes riscos a coleta de sangue será realizada por acadêmicos treinados, com o emprego de técnica segura e cientificamente comprovada, além da utilização de material estéril, descartável e que será aberto somente na presença do voluntário.

Será destacada a importância e necessidade de que as respostas sejam verdadeiras e, em casos de dúvidas, solicita-se que o participante peça esclarecimentos ao pesquisador antes de responder. Além disso, será garantido que os dados confidenciais serão mantidos em sigilo quando os resultados da pesquisa forem divulgados. Os dados do estudo serão utilizados somente para fins de trabalho de conclusão de curso, podendo, contudo, serem utilizados para publicações em artigos científicos bem como apresentados em congressos e similares, os quais serão guardados por 5 (cinco) anos em poder dos pesquisadores, e após esse período serão destruídos.

Os benefícios diretos aos participantes envolvem a entrega do resultado do exame aos participantes que obedecerem aos critérios de inclusão, assim como esclarecimentos a todos os internos sobre os diversos riscos do hábito adictivo, assim como possíveis dúvidas sobre a transmissão de doenças entre usuários de droga, incluindo a hepatite B e C. Abordar-se-á temas como vacinação, terapias medicamentosas e não medicamentosas, transmissão de doenças por injetáveis e via sexual, manifestações da hepatite e perdas sociais. Para isso, será realizada uma palestra educativa e motivacional, que deverá acontecer após a aplicação do questionário, para evitar vieses. Esse esclarecimento tem o intuito de minimizar os

comportamentos de risco bem como de indicar as possibilidades existentes e benefícios com o tratamento.

Ainda, envolvem a obtenção de informações atualizadas e relevantes para pacientes, médicos, outros profissionais do hospital e sociedade, sobre o perfil epidemio-sorológico da população estudada.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS nº. 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a aplicação do TCLE, Mini-Mental, questionário, realização da palestra educativa, bem como a disponibilização de sala adequada para coleta do sangue e realização dos testes rápidos para detecção de hepatite B e C.

Anápolis, _____ de _____ de _____.

(Nome do Responsável)

(Cargo, Nome da Clínica)

(Assinatura e Carimbo)

12. ANEXO 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº _____

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES PELOS VÍRUS DAS HEPATITES B E C EM UMA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS DE ANÁPOLIS, GOIÁS**” desenvolvida pelos alunos: Priscilla de Paula Gusmão, Rayssa Ferreira Diniz Fernandes, Rhávila Cristina Rezende, Rodrigo de Souza Bonfim, Yuri Viktor Porto, do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, sob a orientação da Prof^ª. Dra. Léa Resende Moura e co-orientação da Prof^ª. Msc. Ângela Alves Viegas.

Telefone para contato: 9090 – 81002045. **Email para contato:** lea_vet@hotmail.com **Endereço para contato:** Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75070-290.

CEP-UniEVANGÉLICA: 3310 6736 (email: cep@unievangelica.edu.br), caso se sinta lesado ou prejudicado (qualquer dúvida entre em contato conosco a qualquer momento nestes telefones – antes, durante e após o estudo e tire todas as suas dúvidas, mesmo em ligações a cobrar).

Objetivo central:

Estimar a prevalência de hepatite B e C entre usuários de drogas ilícitas da cidade de Anápolis – GO

Por que você está sendo convidado (a)?

O convite a sua participação se deve à necessidade de mais estudos sobre o número de casos de infecções por hepatites em Anápolis. Mas a sua participação é voluntária, isto é, ela não é

Rúbrica - pesquisador
Rúbrica - participante

obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Mecanismos para garantir o sigilo e a privacidade

Não constará seu nome no questionário. Um dos pesquisadores-discentes, não acompanhará a coleta de dados e ficará responsável por selecionar os participantes que realizarão o exame e repassar os nomes dos mesmos aos demais pesquisadores, para realização dos testes rápidos. Após a entrega do resultado do exame aos pesquisados que se enquadrarem nos critérios de inclusão para a realização do mesmo, o TCLE de todos os participantes serão guardados em urna lacrada, aos cuidados do docente pesquisador, para garantir que o nome dos pesquisados não sejam correlacionados com os resultados, no momento de tabulação dados, visando preservar o participante da pesquisa.

Além disso, os alunos e a docente pesquisadora montará o banco de dados no computador com as informações coletadas. Isso garantirá, uma maior confidencialidade dos dados, inclusive entre os pesquisadores, restringindo o acesso e a identificação das informações colhidas ao longo do trabalho.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa

Após a assinatura do TCLE, se você aceitar participar da pesquisa, para avaliar sua capacidade em responder corretamente o questionário será aplicado um exame de estado mental (Mini-Mental), que terá duração de dez minutos.

Em seguida, será aplicado um questionário que está dividido em cinco seções, sendo elas: seção I- dados pessoais (idade, cor, sexo, estado civil e residência), seção II- uso de drogas (início e tempo de uso, tipos de drogas usadas, etc), seção III- risco de

doenças infecciosas (compartilhamento de objetos, transfusões sanguíneas) seção IV- comportamento sexual (parceiros fixos, uso de preservativo) e seção V- situação de saúde (realização de exames, vacinas, doenças pregressas). A aplicação do questionário será realizada em uma sala ampla onde haja pelo menos três metros de distância entre um participante e outro, para evitar que um visualize as respostas do outro, e terá duração de aproximadamente 40 minutos. Aos participantes analfabetos, serão feitas as perguntas oralmente e suas respostas serão respondidas e/ou assinaladas pelo pesquisador-discente. Para reduzir o risco de constrangimento, essas perguntas serão feitas em uma sala reservada, individualmente.

Um dos pesquisadores-discentes, que não acompanhará o recrutamento selecionará os participantes que realizarão o exame e repassará os nomes dos mesmos aos demais pesquisadores, para realização dos testes rápidos, de forma a evitar constrangimentos.

A coleta de sangue será feita em local reservado para tal procedimento da própria instituição, será realizada por acadêmicos treinados, com o emprego de técnica segura e cientificamente comprovada, além da utilização de material estéril, descartável e que será aberto somente na presença do voluntário. Será coletada apenas uma gota de sangue do dedo da mão.

Você não terá nenhum custo em nenhuma das etapas do projeto.

Guarda dos dados e materiais coletados na pesquisa e divulgação dos resultados

Os questionários ficarão guardados em urna, sob os cuidados da professora-docente e somente terão acesso aos mesmos os pesquisadores designados para esta função e sua orientadora. Em relação a sua amostra de sangue, logo após a realização dos testes rápidos, será descartada e, desta forma não haverá a possibilidade de reutilização da sua amostra para nenhum outro fim.

Todos os dados coletados serão usados para elaboração de trabalho de Iniciação Científica da UniEvangélica e para publicação em artigos científicos. O sigilo dos dados será mantido e os dados permanecerão armazenados em local seguro e privativo durante cinco anos, onde após esse período serão destruídos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

Benefícios da pesquisa

Você poderá esclarecer qualquer dúvida sobre comportamentos de risco, transmissão, prevenção, quadro clínico e tratamento das hepatites e, além disso, os participantes que se enquadrarem nos critérios de inclusão receberão os resultados dos exames, sem nenhum custo.

Página 3 de 6 a alteração nos testes rápidos, o responsável pela clínica será orientado pelos pesquisadores a encaminhar o(s) participante(s) para unidade de saúde o mais breve possível, para confirmação do diagnóstico e tratamento, se necessário.

Os pesquisadores irão oferecer, em cada instituição, palestras sobre as doenças, enfatizando suas formas de prevenção, manifestações clínicas e complicações, logo após a realização do teste rápido. Todos os internos serão convidados a participar desta etapa na pesquisa, independentemente dos critérios de inclusão e exclusão.

Há ainda o benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa para a sociedade e para a classe médica, permitindo que sejam obtidas informações epidemiológicas atualizadas em Anápolis.

Previsão de riscos ou desconfortos

Há a possibilidade de você se sentir constrangido diante do universitário-pesquisador durante a aplicação do questionário e/ou ao entregar o questionário com o receio que os seus dados sejam identificados por quem está aplicando o questionário. Ressaltando que a identidade dos sujeitos será preservada, de acordo com o explicitado na metodologia, e que vocês poderão desistir da pesquisa em qualquer etapa. Isto é importante para que você se sinta confortável e entenda que é extremamente importante que as respostas sejam verdadeiras e se houverem dúvidas peça esclarecimentos ao pesquisador antes de responder.

Além disso, existem riscos associados à coleta de sangue como, dor, hematoma ou desconfortos no local da coleta e, raramente, desmaio ou infecções. Para minimizar estes riscos a coleta de sangue será realizada por acadêmicos treinados, com o emprego de técnica segura e cientificamente comprovada, além da utilização de material estéril, descartável e que será aberto somente na presença do voluntário.

Esclarecimentos finais

Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo e ser responsável, assine ao final desse documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Durante a pesquisa, ou posteriormente,

Rúbrica - pesquisador	Dr
Rúbrica - participante	:e

você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados no início deste Termo.

Agradeço desde já a sua participação na pesquisa.

Anápolis, ____ de _____ de 20____,

_____.

Pesquisador Responsável

DECLARACÃO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Nº _____

Eu, _____,

RG: _____, órgão expedidor: _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo “Prevalência de infecções pelos vírus das hepatites b e c em uma população de usuários de drogas de Anápolis, Goiás”. Declaro ter sido devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador(a) Léa Resende Moura sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos em minha participação. Foi-me concedida a oportunidade de fazer perguntas e recebi números de telefones para entrar em contato a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado (a) a entrar em contato com o CEP – Uni Evangélica (fone 62 3310 6611), caso me sinta lesado (a) ou prejudicado (a). Foi-me garantido que não sou obrigado (a) a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 20____,

_____.

Assinatura do Participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Página 6 de 6

13. ANEXO 5. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.