**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

BIANCA MESSEMBERG PACHER

**HEPATITES CAUSADAS PELOS VÍRUS B e C ENTRE A POPULAÇÃO SURDA
DE RIBEIRÃO PRETO**

RIBEIRÃO PRETO

2014

BIANCA MESSEMBERG PACHER

**HEPATITES CAUSADAS PELOS VÍRUS B e C ENTRE A POPULAÇÃO SURDA
DE RIBEIRÃO PRETO**

Dissertação apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Afonso Dinis Costa Passos

RIBEIRÃO PRETO

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

P116 Pacher. Bianca Messenberg

Hepatites causadas pelos vírus B e C entre a população surda de Ribeirão Preto / Bianca Messenberg Pacher. – Ribeirão Preto, 2014.

58 f.: tab. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Afonso Dinis Costa Passos.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

Referências: p.44-51.

1. Pessoas com Deficiência Auditiva 2. Hepatite B 3. Hepatite C
4. Ribeirão Preto (São Paulo). I Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Bianca Messenberg Pacher. Hepatites causadas pelos vírus B e C entre a população surda de Ribeirão Preto

Dissertação a ser apresentada junto ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP – USP, para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha mãe, presente em todos os capítulos da minha vida, mesmo sem autorização.

Ao meu pai, grande incentivador e desatador dos inúmeros nós que queriam estabelecer residência na minha cabeça durante a escolha profissional.

À minha irmã, que deu-me de presente essa condição familiar e também as grandes recordações do passado, sempre muito divertidas, enfeitadas e coloridas.

Ao Wilsinho, que propicia inúmeras alegrias para a nossa família inteira, transformando os obstáculos diários em fumaça.

Para Clarice e Anita, por me ensinarem que todo o amor desse mundo se resume nessas duas crianças e que beijos, abraços e carinhos falam muito mais do que as próprias boquinhass ainda são capazes de dizer.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Afonso Dinis Costa Passos, meu querido orientador e chefe do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo – USP. Os dedos das mãos são insuficientes para mostrar o seu valor em relação à “alta definição” da orientação, grandes ensinamentos, múltiplas vivências e amizade sem igual.

À Profa. Maria Cecília de Moura, parceira de “pré à pós-pesquisa” e amiga de todas as horas. Inúmeras vezes ausentou-se de si mesma para me emprestá-la, sem reservas.

À Margarida Maria Pásseri do Nascimento pela realização da análise laboratorial de todas as amostras de sangue. Poderia dizer-lhe “mil vezes obrigada” e mesmo assim ainda seria muito pouco.

À Profa. Aldaísa Cassanho Forster pelos resultados encontrados durante as buscas feitas no sistema Hygia e, conseqüentemente, por desligar a sirene da ambulância que pairou no meu pensamento por semanas há fio.

À Rosane Aparecida Monteiro pela dedicação na elaboração do banco de dados. Quando dizia-lhe “preciso para agora”, ela tinha toda a paciência do mundo.

Ao Prof. Edson Zangiacomi Martinez pela mirada microscópica dada na etapa final do estudo e, conseqüentemente, encontrado e compartilhado uma dica mais valiosa que ouro em pó.

À Jeorgina Rodrigues Gentil por toda a revisão bibliográfica. Associado à sua pessoa vem sempre um desenho em formato de coração.

A todos os participantes surdos que proporcionaram a realização da presente pesquisa, um beijo para mostrar que gosto muito de vocês

RESUMO

PACHER, B. M. **Hepatites causadas pelos vírus B e C entre a população surda de Ribeirão Preto**. 2014. 58 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

As hepatites B e C constituem ainda importante problema de saúde pública no mundo, com cifras de portadores crônicos estimados em cerca de 350 milhões e de 170 milhões, respectivamente, fazendo com que número elevado de pessoas se encontrem sob risco de cronificação e evolução para cirrose hepática e hepatocarcinoma. Entre os fatores de risco mais conhecidos para hepatite B estão às transfusões de sangue e derivados, o contato com sangue e/ou com secreções, por relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas e/ou agulhas para uso de drogas injetáveis, tatuagem e *piercing* com material contaminado. A hepatite C é transmitida primordialmente por via parenteral e a sua prevenção faz-se de modo semelhante à hepatite B. Diversos fatores de risco para ambas parecem ser fazer presentes na população surda, a qual é historicamente marginalizada em termos de acesso a informações e serviços de saúde e sobre a qual não existem referências de investigações sobre hepatites virais. Esse trabalho teve como objetivos estimar a prevalência de sorologia positiva para hepatite B e C e investigar possíveis fatores de risco entre a população surda de Ribeirão Preto. Foram estudados 88 surdos, aos quais foi apresentado DVD explicativo sinalizado em Libras sobre características e riscos das hepatites B e C. Aos que concordaram em participar foi aplicado questionário padronizado e coletada uma amostra de sangue para realização de testes imunoenzimáticos para detecção dos marcadores HBsAg, anti-HBs, anti-HBc e anti-HCV, realizados no Laboratório de Sorologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. A análise sorológica revelou presença de infecção atual ou pregressa por hepatite B em sete participantes, correspondendo a 8% de prevalência total de marcadores (IC_{95%}: 2,3 – 13,7). Ao se analisar as possíveis variáveis de risco, encontrou-se associação entre a infecção e as variáveis: ser nascido em outra Unidade Federada que não São Paulo e antecedente de encarceramento. Os participantes mostraram grande desconhecimento sobre aspectos básicos relacionados à transmissão das hepatites virais, indicando necessidade de políticas de saúde pública voltadas para esta população, e que levem em consideração suas particularidades linguística e cultural.

Palavras-chave: Viroses, Hepatite B, Hepatite C, Pessoas com Deficiência Auditiva

ABSTRACT

PACHER, B. M. **Hepatitis caused by viruses B and C among the deaf population of Ribeirão Preto**. 2014. 58 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Hepatitis B and C are still an important public health problem in the world, with chronic carriers estimated at around 350 million and 170 million, respectively, causing a large number of people to be at risk of chronic forms and progression to liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Among the most well-known risk factors for hepatitis B are blood and derivatives transfusions, contact with blood and/or secretions by unprotected sex, sharing needles and/or syringes in injectable drug use, tattooing and piercing with contaminated material. Hepatitis C is transmitted primarily by parenteral way and its prevention is similar to hepatitis B. Several risk factors for both seem to be present in the deaf population, which is historically marginalized in terms of access to health information and services and on which there are no references to research on viral hepatitis. This work aimed to estimate the prevalence of positive serology for hepatitis B and C and to investigate possible risk factors among the deaf population of Ribeirão Preto. An explanatory DVD about the features and risks of hepatitis B and C was presented to them in Brazilian Sign Language. Eighty eight deaf agreed to participate, signed a free and informed consent form and were included in the investigation. A standardized questionnaire was applied and a sample of blood was collected. Immunoenzymatic tests for detection of HBsAg, anti-HBS, anti-HBC and anti-HCV markers were carried out at the Serum Laboratory of the University Hospital of the Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo. The serological analysis revealed the presence of current or previous infection by hepatitis B in seven participants, representing 8% of total prevalence of markers (CI_{95%}: 2,3 – 13,7). When analyzing the possible risk factors, it was found association between infection and the variables being born in another State other than São Paulo and past history of imprisonment. No positive samples for hepatitis C were found. The participants showed great ignorance about basic aspects related to the transmission of viral hepatitis, indicating need for public health policies directed to this population that takes into account their linguistic and cultural singularities.

Key words: Virus Diseases , Hepatitis B, Hepatitis C, Hearing Impaired Persons

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes segundo faixa etária e sexo. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	23
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes segundo faixa etária e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	24
Tabela 3 -	Distribuição dos participantes segundo sexo e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	25
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes segundo escolaridade e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	25
Tabela 5 -	Distribuição dos participantes segundo local de nascimento e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	26
Tabela 6 -	Distribuição dos participantes segundo estrato econômico e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	27
Tabela 7 -	Distribuição dos participantes segundo fatores de risco para transmissão parenteral e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	27
Tabela 8 -	Distribuição dos participantes segundo fatores de risco ligados à sexualidade e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	28
Tabela 9 -	Distribuição dos participantes segundo passagem pela prisão e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	29
Tabela 10 -	Distribuição dos participantes segundo uso passado e/ou atual de drogas e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	30
Tabela 11 -	Distribuição dos participantes segundo tipos de drogas não injetáveis e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	30

Tabela 12 -	Distribuição dos participantes segundo transfusão de sangue e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	31
Tabela 13 -	Distribuição dos participantes segundo consumo de álcool e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	31
Tabela 14 -	Análise de regressão logística referente à associação entre hepatite B e alguns fatores potencialmente de risco. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.....	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS.....	17
3. METODOLOGIA.....	18
3.1 Modelo de estudo.....	18
3.2 População de referência.....	18
3.3 População de estudo.....	18
3.4 Critérios de inclusão.....	18
3.5 Coleta de informações.....	19
3.6 Coleta de sangue.....	20
3.7 Análise laboratorial do sangue.....	20
3.8 Variáveis estudadas através do questionário.....	20
3.9 Organização e armazenamento das informações.....	22
3.10 Análise estatística.....	22
3.11 Aspectos Éticos.....	22
4. RESULTADOS.....	23
4.1 Descrição da população estudada.....	23
4.2 Resultados do estudo de associação entre os possíveis fatores de risco e positividade para hepatite B e C.....	24
5. DISCUSSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICE – A TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS –INFORMAÇÃO.....	53
APÊNDICE – B QUESTIONÁRIO.....	55
ANEXO - A COMITÊ DE ÉTICA.....	58

1. INTRODUÇÃO

Entre as doenças infecciosas que representam problemas importantes no panorama da saúde universal destacam-se as hepatites virais. Existem cinco tipos de hepatites de interesse humano (A, B, C, D e E), das quais as mais relevantes são as causadas pelos vírus B e C, uma vez que têm elevado potencial de cronificação e evolução para situações clinicamente graves¹.

A hepatite B é transmitida eficientemente por meio de transfusão de sangue e derivados, contato com sangue ou com secreções, e por relações sexuais desprotegidas. Assim, certas práticas podem representar fatores de risco, tais como compartilhamento de seringas e agulhas para uso de drogas injetáveis, tatuagem e *piercing* com material contaminado. A prevenção é feita utilizando-se preservativos nas relações sexuais e não fazendo o uso de materiais cortantes ou agulhas inadequadamente esterilizadas².

O tratamento da hepatite B ainda é um desafio, mesmo com o desenvolvimento de novas medicações antivirais³. Como medida de uso coletivo, existe uma vacina de alta eficácia. A vacinação contra a hepatite B de recém-nascidos já foi implantada com sucesso nos serviços básicos de saúde do nosso país. É administrada em três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses). Essa vacina também é utilizada para toda a população menor de 20 anos de idade e para pessoas e grupos populacionais com risco acrescido para a hepatite B.

“O vírus da hepatite B é um vírus DNA, e o período de incubação da doença varia de 40 a 180 dias. Quando adquirido em fases mais precoces da vida, aumenta significativamente o risco de cronificação, que atinge cerca de 90% em neonatos, em contraste com uma faixa de 5% a 10% de indivíduos na fase adulta”, como cita Sabrina de Brito Ramalho Luz Ferrão em sua dissertação de mestrado em população rural do interior do Estado de São Paulo⁴. Os portadores crônicos são infectantes pelo resto da vida⁵.

A hepatite C é transmitida primordialmente por meio da via parenteral e a sua prevenção faz-se de modo semelhante à hepatite B. Infelizmente, não existe vacina para essa doença, o que representa um problema significativo de saúde pública em todo o mundo, pois, a exemplo da causada pelo vírus B, produz grande número de casos que evoluem para a forma crônica, elevando o risco de cirrose hepática e hepatocarcinoma.

Com o diagnóstico precoce em mãos existem ações simples que reduzem a chance de progressão dessas doenças, modificando ou desacelerando a sua história. “São essenciais o não

consumo de bebidas alcoólicas, a prevenção da coinfeção com HIV e o controle de distúrbios metabólicos como a hiperlipidemia, a obesidade e a diabetes”⁶.

Há também algumas orientações para evitar a transmissão domiciliar, tais como o não compartilhamento de utensílios e objetos de higiene contaminados com sangue (escova de dente, barbeadores). Assim como a hepatite B, a C pode levar à cirrose hepática progressiva e câncer do fígado⁷. Normalmente os sintomas são leves ou ausentes por um longo período de tempo, o que dificulta e atrasa o diagnóstico da doença, conferindo a essa virose importante causa de morbimortalidade.

A hepatite crônica é assintomática na maioria dos casos. De modo geral, as manifestações clínicas aparecem apenas em fases adiantadas de acometimento hepático. Não são raras às vezes em que o diagnóstico é feito ao acaso, a partir de alterações esporádicas de exames de avaliação de rotina ou de triagem em bancos de sangue¹. As formas crônicas das hepatites B e C têm protocolos terapêuticos específicos, disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, a estimativa de portadores de hepatite B crônica é de aproximadamente 600 mil pessoas e de hepatite C crônica, 1,5 milhão⁸. Britt⁹ considera que “os dados dos países em desenvolvimento ainda são escassos, mas que os obtidos no Brasil e na Índia são consistentes com os estudos em outras áreas”. Segundo El Khouiri e Santos¹⁰, “a prevalência mundial do vírus da hepatite B é estimada em cerca 350 milhões de infectados cronicamente, tendo distribuição bastante variada, com valores de 2% ou menos na Europa Ocidental, América do Norte, Nova Zelândia, Austrália e Japão, até 8% ou mais de infectados crônicos em regiões da África, Sudeste Asiático e China”. No Brasil¹¹, algumas áreas são de elevada endemicidade, como a região Amazônica, sul do Espírito Santo e oeste dos estados do Paraná e Santa Catarina, com prevalências que chegam a superar 7% de infectados crônicos. Com endemicidade intermediária¹² são apontadas as regiões nordeste, centro-oeste e sudeste, com valores entre 2 a 7%. Já a região sul é apontada como sendo de baixa endemicidade, com prevalência abaixo de 2%.

As condições de heterogeneidade socioeconômica, distribuição irregular dos serviços de saúde, incorporação desigual de alta tecnologia para diagnóstico e tratamento de enfermidades são importantes elementos a serem considerados na avaliação do processo endemo-epidêmico das hepatites virais. Admite-se que em adultos a infecção evolui para cura em 90% a 95% dos casos e para o estado de portador crônico nos restantes 5% a 10%; a infecção persistente pode resultar também em cirrose, insuficiência hepática e carcinoma hepatocelular¹². Portanto, a grande importância das hepatites virais não se limita somente ao

enorme número de pessoas infectadas, mas estende-se também às complicações das formas crônicas.

Apesar da sua gravidade e larga distribuição, as hepatites virais são pouco valorizadas e reconhecidas como problemas sanitários por parte da população. Isso deve ser ainda mais verdadeiro entre aqueles que têm algum tipo de limitação física que dificulte o seu acesso aos meios de comunicação. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) “para países em desenvolvimento em tempos de paz, 10% da população é formada por pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, sendo que, dessas, 15% têm deficiência auditiva”¹³. Para o Brasil, os dados mais recentes são do Censo de 2000 do IBGE¹⁴, “que aponta 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência. Desse total, estima-se que 17% (ao redor de 4.165.000) apresentem limitações auditivas”.

Interessante notar que estudos sobre surdez e hepatites são escassos na literatura internacional. Wilkerson, em 1999, fez alusão a cinco casos de hepatite tipo A em uma classe de surdos numa escola no Texas, EUA¹⁵. Também se pode citar o trabalho de Yom, Anh e Yee¹⁶ que avaliou os efeitos de um programa de educação sobre saúde em 46 surdos. O resultado mostrou que o grau de conhecimento sobre as hepatites virais aumentou significativamente com a intervenção realizada. Huang et al¹⁷, referiram um caso de surdez flutuante encontrado após vacinação contra hepatite B.

Os poucos trabalhos encontrados mostram a marginalização da comunidade surda em relação às doenças infectocontagiosas como as hepatites. Poucos pesquisadores se debruçam sobre essa população tentando entender o impacto da doença e de medidas preventivas que poderiam vir a ser adotadas. Todavia, verifica-se um razoável número de artigos envolvendo os surdos e seus conhecimentos/hábitos/práticas/comportamentos relativos à HIV/AIDS, bem como sobre o acesso limitado às questões relacionadas à saúde e a dificuldade de comunicação com os profissionais da área médica¹⁸.

Lembrando que os mecanismos de transmissão de HIV/AIDS são praticamente idênticos aos da hepatite B e muito semelhantes aos da hepatite C, a análise desses artigos pode levantar informações para o entendimento de aspectos importantes acerca dos riscos de hepatites virais a que estão submetidas às comunidades surdas. Tais trabalhos apontam comparações entre indivíduos surdos e ouvintes, destacando que os primeiros têm acesso desigual aos serviços de saúde e às práticas de ensino, alertando para o fato de que as políticas adotadas pelas escolas de surdos variam em diferentes locais e são muitas vezes insuficientes e inadequadas, com frequência fornecendo materiais com longos parágrafos e muitas páginas¹⁹, dificultando a compreensão. A importância de apresentar materiais audiovisuais que envolvam

a Língua de Sinais é relatada em várias pesquisas^{20,21}. É importante destacar que em diversos artigos os surdos mostram deficiências de entendimento sobre questões relativas à transmissão, prevenção e cuidados sobre HIV/AIDS²². Por extensão, pode-se inferir que o mesmo ocorra em relação às hepatites virais.

A desinformação não acontece apenas no Brasil, mas é relatada igualmente em países desenvolvidos. Como exemplo pode-se citar uma investigação feita em uma escola de Michigan, onde os surdos relataram que havia pouca probabilidade de contrair HIV/AIDS quando tinham contato sexual com usuários de drogas ou com múltiplos parceiros sexuais. Ainda mais, acreditavam que o uso de banheiros públicos, beijos na bochecha e visitas a um paciente com AIDS elevavam o risco de transmissão da doença²³. Outro estudo realizado em Nova York relata que os surdos acreditavam que a masturbação é fator de risco para a doença, enquanto que o contato sexual com prostitutas não é ²².

Infelizmente, os grandes avanços dos últimos 50 anos em termos de conhecimento da epidemiologia, prevenção e tratamento das hepatites parecem ter deixado de fora a comunidade surda, refletindo o desinteresse dos pesquisadores em relação a esses indivíduos. Demonstração cabal desse fato é a escassez de virtuais referências que envolvem pesquisas sobre as hepatites virais e a comunidade surda nas principais bases de dados, procuradas em diversas datas durante a realização desse estudo. Apesar da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)²⁴ ser oficialmente reconhecida no Brasil, ela é ainda pouco usada no sistema de saúde²⁵ fazendo com que a população de surdos fique praticamente à margem das atividades de disseminação de informações que orientem medidas preventivas.

A cidade de Ribeirão Preto não dispõe de nenhum dado ou publicação referente às hepatites virais na comunidade surda, porém, do contato com eles observam-se evidências que indicam presença de diversos fatores de risco, uso de drogas injetáveis, compartilhamento de agulhas e seringas e a prática do sexo desprotegido. Em decorrência disso, pode-se pensar que doenças como as hepatites virais dos tipos B e C, que se caracterizam por um longo período de evolução assintomática, possam ter uma distribuição elevada entre os surdos, o que motivou a presente proposta de trabalho.

2. OBJETIVOS

Este trabalho teve por objetivos:

1. Estimar a prevalência de pessoas infectadas pelos vírus das hepatites B e C em pacientes com idade igual ou superior a 18 anos completos, na população surda da cidade de Ribeirão Preto.
2. Analisar possíveis fatores de risco associados a essas infecções na população em estudo.

3. METODOLOGIA

3.1 Modelo de estudo

Neste estudo foi empregado o modelo descritivo-analítico observacional do tipo transversal.

3.2 População de referência

Pessoas surdas com idade igual ou superior a 18 anos moradores da cidade de Ribeirão Preto.

3.3 População de estudo

Pessoas surdas com idade igual ou superior a 18 anos que frequentam a Associação de Surdos de Ribeirão Preto.

3.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os surdos com idade igual ou superior a 18 anos completos que manifestaram interesse em participar da pesquisa após esclarecimentos sobre a doença e objetivos do estudo, por meio de consentimento escrito. Deve ser destacado que para os participantes que não têm nível de alfabetização que os capacita à leitura e interpretação do referido termo, as dúvidas foram dirimidas pela autora da pesquisa, mediante uso da Libras.

3.5 Coleta de informações

Inicialmente foi feita uma reunião com o presidente da Associação de Surdos de Ribeirão Preto (ASRP) e obteve-se a autorização para a realização da pesquisa na sede local. Foram feitas seis visitas na entidade, anunciadas através de cartazes e de contatos pessoais com os frequentadores da ASRP. Uma vez que a rodoviária da cidade era outro ponto de encontro dos surdos, foi feita a última coleta na Unidade Básica de Saúde (UBS) que se situa ao lado do terminal rodoviário. Foram seis coletas feitas na Entidade e uma na UBS Central, com inclusão de 78 e 10 participantes respectivamente, totalizando sete encontros e 88 sujeitos. Dentre os contatados ocorreu apenas uma recusa.

O primeiro contato com os participantes foi feito pela autora da pesquisa, que apresentou a eles um material audiovisual explicativo (DVD sinalizado) acerca das hepatites virais B e C, confeccionado especialmente para essa pesquisa. Através da apreciação deste DVD os surdos puderam ter contato com dois profissionais atuando simultaneamente: metade da tela mostrava o médico e orientador desse trabalho esclarecendo oralmente sobre a doença, importância do diagnóstico, suas possíveis complicações futuras e a viabilidade de tratamento, enquanto a outra metade da tela mostrava a autora da pesquisa interpretando essas informações para Libras.

Após a apreciação desse material feita de forma individualizada, as dúvidas foram sanadas e os indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Em seguida, foi aplicado um questionário individual contendo informações demográficas, socioeconômicas e relativas a fatores de risco para hepatites B e C (APÊNDICE B). A sua aplicação foi feita pela autora da pesquisa, que trabalha há doze anos com os frequentadores da ASRP e tem total domínio de Libras, em ambiente fechado e que garantisse privacidade. Em sala anexa foi feita a coleta das amostras de sangue por enfermeira com longa experiência em punção venosa. Nos dois estabelecimentos em que a pesquisa foi realizada manteve-se a mesma padronização em relação à apresentação do material e abordagem dos participantes.

Na fase final da pesquisa, quando se tornou clara a impossibilidade de acesso à carteira de vacinação de diversos participantes, foi realizada busca no Sistema Hygia visando levantar a informação relativa à imunização contra hepatite B nos participantes com presença isolada do marcador anti-HBs.

3.6 Coleta se sangue

Foi coletada uma amostra de 10 ml de sangue, obtida por punção venosa e com utilização de material descartável. Os tubos foram identificados pelas iniciais dos nomes dos participantes seguindo o número de ordem correspondente ao questionário aplicado. As amostras foram armazenadas em caixa de isopor refrigerada com barras de gelo, por no máximo 6 horas. Ao final do dia de trabalho, as amostras de sangue foram conduzidas ao Laboratório de Sorologia (LS) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, onde foram centrifugadas e fracionadas. Os soros foram e estocados em tubos Eppendorf e mantidos em *freezer* a -20°C .

3.7 Análise laboratorial do sangue

As amostras de sangue foram submetidas à pesquisa dos marcadores sorológicos HBsAg, anti-HBc, anti-HBs e anti-HCV, por técnicas imunoenzimáticas. A única amostra duvidosa para anti-HCV foi submetida a técnicas de biologia molecular (PCR). Todos os exames foram executados por uma única funcionária do LS, com larga experiência na execução dessas técnicas.

3.8 Variáveis estudadas através do questionário

- Nome: fornecido pelo (a) entrevistado (a)
- Endereço: fornecido pelo (a) entrevistado (a)
- Área de residência: rural ou urbana
- Data de nascimento e idade completa em anos
- Sexo
- Escolaridade do participante da pesquisa
- Escolaridade do chefe da família

- Local de nascimento
- Tempo de moradia, em anos, em Ribeirão Preto
- Situação domiciliar, classificada como domicílio próprio, alugado ou cedido
- Classificação econômica – foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)²⁶, que atribui pontos ao grau de instrução do chefe da família, à posse de eletrônicos, automóveis e à existência de empregada mensalista. As categorias de classificação foram: A1, A2, B1, B2, C, D e E. Com base na classificação citada acima, nessa pesquisa foram feitos os seguintes agrupamentos: A1 + A2 = elevado; B1 + B2 + C1 = intermediário; C2 + D + E = baixo
- Contato com antecedentes que apresentam presença de marcadores sorológicos
- Contato domiciliar ou sexual com pessoas infectadas pelo vírus das hepatites B e C
- Transfusão de sangue
- Profissão de risco: foram considerados os profissionais da área da saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), tatuadores, manicures/pedicures e profissionais do sexo.
- Trabalho em contato com fluidos orgânicos (sangue, urina ou fezes)
- Acidente perfuro-cortante
- Hemodiálise: prévia ou atual
- Tatuagem
- *Piercing*: presença atual ou prévia
- Internações em instituições: FEBEM ou prisão
- Contato com múltiplos parceiros sexuais, atualmente ou no passado
- Uso de preservativo nas relações sexuais
- Antecedente de doença venérea e tratamento médico
- Uso passado ou atual de drogas não injetáveis e/ou injetáveis e compartilhamento de agulhas ou seringas, atualmente ou no passado
- Sexo com usuário de drogas injetáveis
- Consumo de álcool
- Vacina de hepatite B

3.9 Organização e armazenamento das informações

As informações referentes aos participantes e aos resultados sorológicos foram codificadas e digitadas em um banco de dados utilizando-se o pacote Epi-Data. Posteriormente, foram transferidas para um pacote estatístico (Stata 9.0), para as análises cabíveis.

3.10 Análise estatística

A partir das variáveis de interesse foram calculados os valores de prevalência da infecção e seus respectivos intervalos de confiança. Possíveis associações entre as variáveis foram estudadas, inicialmente, mediante a aplicação do teste exato de Fisher. Fatores de risco foram investigados mediante a aplicação de um modelo de regressão logística em que os odds ratios das diferentes variáveis foram ajustados por sexo e idade.

3.11 Aspectos Éticos

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa HCRP – USP em sua 332^a. Reunião Ordinária, realizada em 12/09/2011 (ANEXO A - processo n. 9492/2011). A busca no Sistema Hygia de informações sobre o estado vacinal dos participantes com presença de anti-HBs isolado foi objeto de novo pedido de aprovação ao mesmo Comitê.

4. RESULTADOS

4.1 Descrição da população estudada

A idade média dos participantes foi 38,6 anos, com desvio padrão de 14,5, mediana de 35 e amplitude de variação de 19 a 78 anos.

Ocorreu predomínio do sexo masculino sobre o feminino, com valores respectivamente iguais a 50 (56,8%) e 38 (43,2%).

Em relação à faixa etária, a tabela 1 mostrou que o predomínio dos indivíduos entre 25 e 34 anos (33,0%), com valores percentuais menores entre os mais jovens (13,6%) e entre os mais idosos (18,2%). Comparando-se os dois sexos, verificou-se predomínio percentual masculino na faixa de 19 a 24 anos (18,0% contra 7,9%) e feminino na faixa acima de 55 anos de idade (21,1% contra 16,0%, respectivamente).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo faixa etária e sexo. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Faixa etária	Sexo						
	Masculino		Feminino		Total		
	n	%	n	%	n	%	% ac
19 – 24	9	18,0	3	7,9	12	13,6	13,6
25 – 34	15	30,0	14	36,8	29	33,0	46,6
35 – 44	12	24,0	8	21,1	20	22,7	69,3
45 – 54	6	12,0	5	13,2	11	12,5	81,8
55 e +	8	16,0	8	21,1	16	18,2	100,0
Total	50	100,0	38	100,0	88	100,0	100,0

4.2. Resultados do estudo de associação entre os possíveis fatores de risco e positividade para hepatite B e C

A análise sorológica revelou presença de infecção atual ou pregressa por hepatite B em sete participantes, correspondendo a 8% de prevalência total de marcadores (IC_{95%}: 2,3 – 13,7). Em dois deles observou-se presença concomitante de HBsAg e anti-HBc, indicativos de provável infecção atual. Em quatro indivíduos ocorreu presença simultânea dos marcadores anti-HBs e anti-HBc, classificando-os como tendo sido infectados no passado, com posterior recuperação. O outro participante mostrou presença do marcador anti-HBs isoladamente e o exame da sua carteira de imunização evidenciou ausência de vacina contra hepatite B ao longo da vida.

A tabela 2 mostrou que o maior percentual de positividade ocorreu na faixa entre 45 e 54 anos (27,3%), não tendo sido observada presença de marcadores nos participantes mais jovens. Nas demais faixas os percentuais se mostraram próximos entre si, variando entre 5% e 6,9%.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo faixa etária e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Faixa etária	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	N	%
19 – 24	-	-	12	100,0	12	100,0
25 – 34	2	6,9	27	93,1	29	100,0
35 – 44	1	5,0	19	95,0	20	100,0
45 – 54	3	27,3	8	72,7	11	100,0
55 e +	1	6,3	15	93,8	16	100,0
Total	7	8,0	81	92,0	88	100,0

Conforme visto na tabela 3, a distribuição dos marcadores sorológicos mostrou-se muito semelhante nos dois sexos, com valores de 8,0% e 7,9%, respectivamente entre homens e mulheres ($p = 1,000$).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo sexo e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Sexo	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	4	8,0	46	92,0	50	100,0
Feminino	3	7,9	35	92,1	38	100,0
Total	7	8,0	81	92,0	88	100,0

A tabela 4 mostrou que aproximadamente 10% dos participantes (9) têm um nível de escolaridade máxima de um ano, percentual que atinge 38,6% quando se considera frequência à escola de até quatro anos incompletos (34 indivíduos). A categoria mais frequentemente relatada (43,2%) corresponde aos que completaram o curso colegial (38), restando apenas 9,1% de pessoas que tiveram acesso a curso universitário. Marcadores sorológicos de hepatite B se fizeram presentes entre os participantes com até 4 anos de escolaridade e entre os que referiram colegial completo.

Agrupando-se as categorias que correspondem a até 10 anos de escolaridade e as que referiram colegial completo e curso universitário, a análise estatística não revelou diferenças na distribuição dos marcadores.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo escolaridade e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Escolaridade	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até um ano incomp.	1	11,1	8	88,9	9	100,0
1 a 4 anos	2	8,0	23	92,0	25	100,0
5 a 10 anos	-	-	8	100,0	8	100,0
Colegial completo	4	10,5	34	89,5	38	100,0
Universitário	-	-	8	100,0	8	100,0
Total	7	8,0	81	92,0	88	100,0

Conforme visto na tabela 5, a maioria dos participantes referia ter nascido na própria cidade de Ribeirão Preto (39, ou 44,3%), seguida de pessoas oriundas de outros estados da Federação (25, ou 28,4%) e de nativos da região ou de outro município de São Paulo (12, correspondendo a 13,6% cada um). Presença de marcadores ocorreu predominantemente entre os nascidos em outros estados, atingindo 20,0%. Agrupando-se todos os que nasceram em São Paulo e cotejando-os com os provenientes de outras regiões, a análise estatística mostrou associação com a presença de marcadores de hepatite B ($p = 0,018$)

Tabela 5 - Distribuição dos participantes segundo local de nascimento e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Local de nascimento	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ribeirão Preto	1	2,6	38	97,4	39	100,0
Região de Ribeirão Preto	1	8,3	11	91,7	12	100,0
Outra cidade de São Paulo	-	-	12	100,0	12	100,0
Outra Unidade Federada	5	20,0	20	80,0	25	100,0
Total	7	8,0	81	92,0	88	100,0

Para construção da tabela 6 foram feitos os seguintes agrupamentos com base na Classificação Econômica Brasil: A1 + A2 = elevado; B1 + B2 + C1 = intermediário; C2 + D + E = baixo. Observou-se predomínio do estrato socioeconômico intermediário, representado por 50 participantes (56,8%). Apenas quatro indivíduos (4,5%) foram classificados como pertencentes ao estrato elevado, com os demais 34 (38,6%) enquadrados no nível mais baixo da escala. Agrupando-se os estratos elevado e intermediário e cotejando-os com o estrato baixo, a análise estatística revelou um valor de $p = 0,103$.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo estrato econômico e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Estrato econômico	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Elevado	-	-	4	100,0	4	100,0
Intermediário	2	4,0	48	96,0	50	100,0
Baixo	5	14,7	29	85,3	34	100,0
Total	7	8,0	81	92,0	88	100,0

Conforme visto na tabela 7, prática de uso de *piercing* foi relatada por apenas cinco indivíduos (5,7%), nenhum dos quais mostrou positividade para hepatite B.

Presença de tatuagem foi relatada por nove participantes (10,2%), sendo que dois deles mostraram presença de anticorpos (22,2%). Acidentes perfuro-cortantes ocorreram em 7 indivíduos (8%), com marcadores presentes em apenas um (14,3%). A análise estatística não revelou associação entre essas variáveis e marcadores sorológicos de hepatite B.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes segundo fatores de risco para transmissão parenteral e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Fatores de risco	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	P
Piercing						
Sim	-	-	5	100,0	5	
Não	7	8,4	76	91,6	83	1,000
Tatuagem						
Sim	2	22,2	7	77,8	9	
Não	5	6,3	74	93,7	79	0,149
Ac. perf. cortante						
Sim	1	14,3	6	85,7	7	
Não	6	7,4	75	92,6	81	0,934
Total	7	8,0	81	92,0	88	

Conforme visto na tabela 8, existência de mais de um parceiro sexual ao longo da vida foi relatada por 64 participantes, perfazendo 72,7% do total. O percentual de positividade nesse grupo (7,8%) foi muito semelhante ao mostrado pelos 24 indivíduos que referiam apenas um parceiro em toda sua existência (8,3%). Todavia, ao se investigar a existência de mais de um parceiro sexual nos últimos seis meses, dois dos nove participantes com resposta positiva mostraram marcadores sorológicos (22,2%), contra apenas cinco entre os 79 não expostos (6,3%). A análise estatística não mostrou associação entre essas variáveis.

Utilização constante de preservativo foi relatada por 17 participantes, aos quais foram acrescentados outros dois que referiam utilização com grande frequência. Entre eles, não se verificou positividade para hepatite B. Os que referiram nunca utilizar preservativos somaram 39, aos quais se acrescentaram 30 pessoas cujas respostas corresponderam a uso eventual, perfazendo 69 indivíduos. Entre esses, sete mostraram presença de marcadores sorológicos (10,1%). A análise estatística não mostrou associação entre as variáveis.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo fatores de risco ligados à sexualidade e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Fatores de risco	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	P
	n	%	n	%	n	
>1 parc. sexual na vida						
Sim	5	7,8	59	92,2	64	
Não	2	8,3	22	91,7	24	1,000
2 ou + nos últimos 6 m						
Sim	2	22,2	7	77,8	9	
Não	5	6,3	74	94,2	79	0,149
Uso de preservativo						
Sempre/quase sempre	-	-	19	100,0	19	
Às vezes/nunca	7	10,1	62	89,9	69	0,333
Total	7	8,0	81	100,0	88	

A tabela 9 revelou histórico de passagem por presídios em quatro participantes (4,5%), dois dos quais se mostraram com presença de marcadores (50,0%). Quando essa informação foi detalhada no que diz respeito ao tempo decorrido no interior desses estabelecimentos,

constatou-se se que dois o fizeram por períodos de um a três dias, ao passo que os outros dois permaneceram reclusos por tempo acima de três meses. Entre esses últimos se encontram os dois com presença de marcadores, assim distribuídos: um com positividade para HBsAg e anti-HBc, ou seja forte evidência de hepatite B crônica; um com presença de anti-HBs e anti-HBc, evidência de infecção pregressa com desenvolvimento de imunidade. A análise estatística revelou associação entre hepatite B exposição a presídio por qualquer período ($p = 0,030$), de modo particular nas situações de duração mais longa ($p = 0,005$).

Tabela 9 - Distribuição dos participantes segundo passagem pela prisão e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Exposição a presídios	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	p	
Prisão						
Sim	2	50,0	2	50,0	4	
Não	5	6,0	79	94,0	84	0,030
Prisão longa						
Sim	2	100,0	-	-	2	
Não	5	5,8	81	94,2	86	0,005
Total	7	8,0	81	92,0	88	

Conforme visto na tabela 10, uso atual ou passado de drogas não injetáveis foi referido por 14 participantes (15,9%), dos quais apenas um mostrou presença de marcadores (7,1%), sem associação entre as variáveis. Entre os quatro indivíduos que referiram exposição atual ou pregressa a drogas injetáveis (4,5% do total) ocorreu positividade em um, equivalente a 25,0% deles. A análise igualmente não demonstrou associação com hepatite B ($p = 0,286$).

Tabela 10 - Distribuição dos participantes segundo uso passado e/ou atual de drogas e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Fatores de risco	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	P
	n	%	n	%	n	
Drogas não injet.						
Sim	1	7,1	13	92,9	14	1,000
Não	6	8,1	68	91,9	74	
Drogas injetáveis						
Sim	1	25,0	3	75,0	4	0,286
Não	6	7,1	78	92,9	84	
Total	7	8,0	81	92,0	88	

A combinação de maconha com cocaína foi a mais frequentemente referida pelos consumidores de drogas não injetáveis (oito participantes, ou 9,1% do total), como pode ser visto na tabela 11. Consumo isolado dessas drogas foi relatado por cinco indivíduos (5,7%) em relação à maconha e por apenas um referente à cocaína (1,1%). Entre os sete positivos para marcadores de hepatite B apenas um referiu utilização de drogas não injetáveis, representado por um usuário de maconha.

Tabela 11 - Distribuição dos participantes segundo tipos de drogas não injetáveis e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Drogas não injetáveis	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	
Maconha	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Cocaína	-	-	1	100,0	1	100,0
Maconha e Cocaína	-	-	8	100,0	8	100,0
Nenhum	6	8,1	68	91,9	74	100,0
Total	7	8,0	81	92,0	88	100,0

A tabela 12 mostrou que dois participantes referiram história pregressa de transfusão sanguínea dos quais um revelou presença de marcadores de infecção (50,0%). Entre os 86 não expostos a esse evento ocorreu positividade em seis (7,0%). A análise estatística mostrou valor de “p” igual a 0,154.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes segundo transfusão de sangue e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Transfusão de sangue	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Não/não sabe	6	7,0	80	93,0	86	100,0
Total	7	8,0	81	92,0	88	100,0

Pela tabela 13 percebeu-se um elevado percentual de pessoas que declararam não ser consumidoras de álcool (53/88, ou 60,2%) ou que o fazem apenas esporadicamente (30/88, ou 34,1%). Positividade para hepatite B ocorreu apenas nessas categorias (3,8% e 16,7%, respectivamente).

Tabela 13 - Distribuição dos participantes segundo consumo de álcool e positividade para hepatite B. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Consumo de álcool	Hepatite B					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mais de uma vez ao dia	-	-	1	100,0	1	100,0
Pelo menos 3 vezes/semana	-	-	4	100,0	4	100,0
Esporadicamente	5	16,7	25	83,3	30	100,0
Nunca	2	3,8	51	96,2	53	100,0
Total	7	8,0	81	92,0	88	100,0

A tabela 14 revela o resultado do modelo de regressão logística aplicado às variáveis que haviam mostrado valor de *p* igual ou inferior a 0,30 na análise univariada. Ajustando-se

cada uma delas, isoladamente, para as variáveis sexo e idade, percebe-se que antecedente de prisão e ter nascido em outro estado da federação que não São Paulo mostraram associação significativa com ocorrência de marcadores sorológicos de hepatite B ($p = 0,02$).

Tabela 14 – Resultado da análise de regressão logística referente à associação entre hepatite B e alguns fatores potencialmente de risco. Associação de Surdos de Ribeirão Preto, SP, 2013.

Variável	Total	+ (%)	OR bruto (IC 95%)	p	OR ajustado (IC 95%)	p
Sexo						
M	50	4 (8,0%)	Ref.			
F	38	3 (7,9%)	1,1 (0,2 – 5,2)	0,99		
Idade						
19 – 34	41	2 (4,9%)	Ref.			
35 e mais	47	5 (10,6%)	2,3 (0,4 – 25,5)	0,32		
Transfusão						
Não	86	6 (7,0%)	Ref.			
Sim	2	1 (50,0%)	13,3 (0,1 – 1059)	0,02	16,7 (0,7 – 370)	0,075
Tatuagem						
Não	79	5 (6,3%)	Ref.			
Sim	9	2 (22,2%)	4,2 (0,3 – 31,9)	0,09	4,3 (0,7 – 27,6)	0,122
Drogas injet.						
Não	84	6 (7,1%)	Ref.			
Sim	4	1 (25,0%)	4,3 (0,7 – 63,3)	0,23	3,3 (0,3 – 40,4)	0,354
Prisão						
Não	84	5 (5,9%)	Ref.			
Sim	4	2 (50,0%)	15,8 (1,8 – 242)	0,01	18,6 (1,5 – 240)	0,025
Estrato						
A2 a C1	54	2 (3,7%)	Ref.			
C2 e D	34	5 (14,7%)	4,5 (0,7 – 48,9)	0,06	4,1 (0,7 – 22,7)	0,111
Área de nasc.						
Est. de SP	63	2 (3,2%)	Ref.			
Outras UF	25	5 (20,0%)	7,6 (1,1 – 83,6)	0,01	7,2 (1,3 – 40,7)	0,026
Promiscuidade						
Não	79	5 (6,3%)	Ref.			
Sim	9	2 (22,2%)	4,2 (0,3 – 31,9)	0,09	4,3 (0,7 – 27,6)	0,122

5. DISCUSSÃO

Estima-se que a surdez seja condição presente em mais de quatro milhões de brasileiros na atualidade¹⁵. Dado que inúmeras referências dão conta da marginalização desses indivíduos em questões relativas à saúde, com os consequentes riscos de doenças cujos mecanismos de transmissão se assemelhem aos das hepatites virais, torna-se interessante estudar a possível presença dessas infecções em tais populações^{2,3,8,10,18}.

A Associação de Surdos de Ribeirão Preto – ASRP situa-se na cidade de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo, a aproximadamente 350 quilômetros da capital. É Instituição de Utilidade Pública Municipal (nº 2996, de 16/04/1975), Utilidade Pública Estadual (nº 7559, de 19/11/1991) e Utilidade Pública Federal (nº 305, de 03/04/2001). Sua inauguração aconteceu em 27 de maio de 1972, e desde então oferece algum tipo de apoio para a comunidade surda, sendo a única com tais características na cidade de Ribeirão Preto. Sua clientela inclui ainda surdos de cidades vizinhas.

Desde a fundação a Entidade manteve-se aberta com pouquíssimos recursos doados pelos próprios surdos, desempenhando funções muito limitadas. Em razão das suas dificuldades financeiras, funcionava no máximo duas vezes por semana, tendo como objetivo propiciar apenas o encontro dos surdos. A partir de julho de 2002, a ASRP conquistou grandes avanços, desencadeado pelo trabalho de uma ouvinte voluntária que assumiu diversos afazeres de responsabilidade da Entidade e iniciou os contatos entre os surdos e a sociedade majoritária, ou seja, os ouvintes. Junto com ela, o presidente da Associação, ele próprio surdo, também passou a se envolver inteiramente com o trabalho em questão. A primeira conquista foi um repasse mensal de verba por parte da Prefeitura Municipal, utilizado para a compra de material pedagógico, produtos de limpeza, pagamento de contas mensais (luz, água e telefone) e alimentação. Com disponibilidade de recursos, a Associação passou a patrocinar alguns cursos ministrados por surdos voluntários, tais como pintura, bordado, bijuteria, costura e culinária. Com o passar do tempo o trabalho passou a ser mais conhecido, atraindo novos frequentadores e tornando-se objeto de atenção da mídia escrita, falada e televisada. Iniciou-se a oferta de curso de Libras para ouvintes e professores interessados, familiares dos surdos e para os próprios surdos que desconheciam a língua de sinais.

Uma deficiência importante da ASRP diz respeito ao registro da população surda atendida, uma vez que o cadastro se encontra desatualizado e as anotações são feitas unicamente em papel, sem qualquer tipo de informatização. Com base nos registros existentes, na fase

inicial de planejamento dessa pesquisa previa-se a inclusão de aproximadamente 200 participantes, número estimado de frequentadores da Entidade. Entretanto, o total de incluídos na investigação não ultrapassou 88, representando 44% da população inicialmente estimada. Explicações para isso incluem: óbitos de indivíduos cujas fichas continuam a fazer parte do arquivo; números de telefones desatualizados, impedindo contato com potenciais participantes; pouca assiduidade da parte de muitos surdos, que não compareceram nos seis dias de coleta na Associação. Como tentativa de contornar parcialmente esse obstáculo, agendou-se um sétimo dia de coleta de sangue, que foi levado a efeito na Unidade Básica de Saúde Central, local estratégico para a inclusão de surdos que costumam reunir-se na Estação Rodoviária de Ribeirão Preto, uma vez que se localiza a não mais de 50 metros desse terminal. Outro fato que contribuiu para redução da amostra estudada foi à recusa por parte de surdos pertencentes aos Testemunhas de Jeová, que representavam cerca de 30 potenciais participantes. Em relação a esses últimos, merece destaque o fato de que suas lideranças foram contatadas e, após discutir o assunto, optaram pela não participação devido a questões religiosas.

Sabe-se que a questão da comunicação é uma grande barreira enfrentada pelos surdos²⁷, dificultando o seu acesso às informações²⁸. Como consequência, dúvidas envolvendo questões referentes à saúde são imensas, externadas pela frequência de perguntas acerca de aspectos a ela relacionados. Isto também foi observado na ASRP, o que contribuiu para a decisão de implementar a presente pesquisa.

Assim, muitos surdos que participaram desse estudo desconheciam o que eram as hepatites virais, seus fatores de risco e formas de prevenção. Nenhum estava ciente da transmissão materno-fetal e poucos possuíam algum tipo de informação sobre as formas de transmissão sexual e sanguínea. Muitos também desconheciam a informação que a vacina contra a hepatite B é a principal forma de prevenção da doença e está disponível no SUS, conforme padronização do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

A deficiência de informações em relação a doenças por parte da comunidade surda não é fenômeno observável somente no nosso país. Lembrando que não foram encontradas referências na literatura sobre hepatites em surdos, lançou-se mão de estudos sobre HIV/AIDS – esses sim bastante presentes em trabalhos internacionais –, como base para inferência da desinformação sobre doenças que tem mecanismos de transmissão muito similares. Uma pesquisa realizada no estado americano do Colorado relatou que os participantes surdos disseram acreditar que a lavagem vaginal após a prática de sexo diminuía o risco para a contração de HIV/AIDS. Durante o mesmo estudo observou-se que um elevado percentual de surdos respondeu incorretamente ou demonstrou dúvidas quando colocados frente a questões

simples, tais como: se a relação sexual é a única forma de contrair a doença; se as pílulas anticoncepcionais impedem a contaminação; se o compartilhamento de copo, uso de assento sanitário ou dormir ao lado de alguém infectado os deixariam mais suscetíveis a contrair HIV/AIDS²⁹.

Quando se lida com informações de caráter íntimo, que envolvem aspectos comportamentais socialmente estigmatizados, eleva-se a probabilidade de respostas menos confiáveis. Muito possivelmente isso ocorreu em algum grau na presente investigação, particularmente na questão relativa ao uso de drogas ilícitas, uma vez que a longa convivência da entrevistadora com a maioria dos participantes pode ter imposto barreiras à livre informação relativa a esta variável. Isso foi sentido em alguns momentos, quando indivíduos reconhecidamente usuários de drogas ilícitas por parte da comunidade negaram tal exposição por ocasião da aplicação do questionário.

A população estudada é constituída de indivíduos predominantemente jovens (mediana de 35 anos) e do sexo masculino (56,8%). Uma possível explicação para esse achado seja o fato de que, aos sábados, a ASRP serve como opção de lazer para os membros da comunidade, que para lá se dirigem com a finalidade de encontrar seus amigos e compartilhar jogos de salão. Por outro lado, esse dia é normalmente utilizado pelas mulheres para afazeres domésticos deixados para trás durante os dias de semana, o que reduziria sua frequência à Instituição.

A prevalência revelada no presente estudo relativa a todos os marcadores de hepatite B foi igual a 8% (IC_{95%}: 2,3 – 13,7). Particularizada para o anti-HBc, seu valor foi de 6,8% (IC_{95%}: 4,1 – 9,5), próxima do encontrado para todas as capitais brasileiras (7,4%: IC_{95%}: 6,8 – 8,0) em recente estudo de base populacional conduzido no País³⁰. Portanto, mesmo com todas as dificuldades que os levam a um menor grau de informação sobre questões de saúde e a despeito da presença de fatores de risco entre seus membros, a comunidade surda não mostrou diferença de infecção pelo vírus da hepatite B quando comparada à população das capitais brasileiras. Todavia, merece registro que o encontro de dois portadores crônicos, correspondendo à positividade de 2,3% (IC_{95%}: 0,7 – 3,9) mostra-se superior ao descrito para o conjunto dos habitantes das capitais estaduais (0,37%: IC_{95%}: 0,25 – 0,50). Entretanto, o reduzido número de participantes do presente estudo torna difícil qualquer tentativa de comparação entre os dados.

O achado de tendência de elevação dos marcadores de hepatite B de acordo com o aumento da idade é compatível com as descrições da literatura e traduzem a maior exposição a que estão sujeitos os indivíduos à medida que se tornam mais longevos. Boa parte são

sexualmente ativos e resistentes ao uso de preservativo, o que amplia o risco de contrair a infecção³¹. Por esse motivo a Sociedade Brasileira de Imunizações recomenda a prevenção da doença por meio de vacinas, principalmente para as pessoas acima dos 50 anos de idade³².

Confirmando achados epidemiológicos descritos amplamente em múltiplos locais, a maioria das vítimas de hepatites B e C no país são homens, segundo levantamento feito pelo Ministério da Saúde³³. Isto se deve aos comportamentos de risco mais frequentemente presentes no sexo masculino, como uso de drogas, multiplicidade de parceiros e prática de sexo desprotegido. Todavia, chama atenção que no presente estudo as distribuições de marcadores de hepatite B foram iguais nos dois sexos, fato esse para o qual não foi encontrada explicação satisfatória.

Muito embora tenha ocorrido inclusão de alguns participantes de reduzido nível educacional, observa-se que mais da metade deles tinha ao menos o curso colegial completo. Apesar de se esperar que melhor escolaridade esteja associada a mais conhecimento acerca de doenças, suas formas de prevenção ou contaminação, isto parece não ter ocorrido com esta população, o que corrobora a conhecida precariedade do sistema educacional com relação à população surda³⁴. Fica evidente que esse grupo minoritário possui menos informações e mais dúvidas sobre as doenças quando comparado aos ouvintes, portanto seus representantes ficam mais expostos e vulneráveis. Estudo desenvolvido em uma universidade americana aponta para tais dados, ao comparar uma amostra de surdos e ouvintes que se assemelhavam em relação a sexo, etnia e nível educacional dos pais, entre outros fatores. Os alunos surdos mostraram pontuações significativamente mais baixas que os ouvintes em relação ao tema HIV/AIDS. Apenas 41,0% deles responderam nove ou 10 itens corretamente, em comparação com 91,0% dos alunos ouvintes. A diferença mais marcante entre os grupos foi a dependência de amigos e familiares como fontes de informação (surdos 88% e ouvintes 51%). Os resultados desse estudo mostraram que, apesar dos participantes surdos terem níveis muito mais elevados de escolaridade do que a maioria dos membros da sua comunidade, mostravam menos conhecimentos sobre HIV/AIDS que os estudantes ouvintes²⁰. No presente estudo não se observou associação entre grau de escolaridade e distribuição de marcadores de hepatite B, apesar do maior número deles estar situado no grupo que concluiu o curso colegial.

A positividade de 20,0% de marcadores entre os participantes nascidos em outros estados do Brasil contrasta com os menores valores observados nos nascidos em Ribeirão Preto e em outros locais de São Paulo ($2/63 = 3,2\%$), tendo essa diferença se mostrado significativa do ponto de vista estatístico quando a análise foi ajustada para as variáveis sexo e idade. Devido a localização geográfica da cidade de Ribeirão Preto, distante cerca de 90 km da divisa com

Minas Gerais, compreensivelmente o maior número de participantes oriundos de fora de São Paulo provém dessa Unidade Federativa. Entre os 11 mineiros componentes da população de estudo ocorreu positividade em 2 (18,2%); esses valores corresponderam a 33,3% entre os seis oriundos do Rio Grande do Sul e 100,0% no único indivíduo proveniente do Distrito Federal. O número muito reduzido de positivos em uma população igualmente pequena de participantes dificulta a interpretação desses achados, impedindo extrapolação com as prevalências encontradas nas diferentes partes do território brasileiro.

É possível que a associação acima descrita tenha a ver mais com o nível econômico dos indivíduos de outros estados que buscam atendimento no Hospital das Clínicas e daqueles que migram de outras regiões, na maioria das vezes pessoas desprovidas de recursos materiais e que fazem da migração para áreas mais ricas uma estratégia de sobrevivência. Com efeito, mesmo sem atingir significância estatística na análise ajustada por sexo e idade, observou-se valor mais elevado de positividade para hepatite B nos indivíduos localizados nos estratos econômicos considerados como baixos^{2,35,36}.

Existem inúmeras referências na literatura acerca dos possíveis riscos de infecção pela hepatite B em indivíduos que são submetidos a tatuagens e a *piercings*, uma vez que tais procedimentos, quando realizados em condições inadequadas do ponto de vista de segurança, têm potencial de promover o contato do vírus com o indivíduo^{2,36,37}. Além disso, o uso desses acessórios estéticos é em algumas vezes relacionado a um comportamento social mais *underground*, o que inclui outros fatores potencialmente de risco para hepatite B, tais como alcoolismo e dependência de drogas^{4,38}. Em presidiários do estado de Goiás observou-se percentual de indivíduos tatuados da ordem de 16%, tendo essa variável sido considerada preditora independente do risco de hepatite B nessa população³⁹. No presente trabalho, ocorreu diferença nos percentuais de infectados pelo VHB entre portadores e não portadores de tatuagem (22,2% e 6,3%, respectivamente), todavia o reduzido número de participantes deve ter sido determinante para que não se alcançasse significância estatística nessa comparação.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁴⁰ “destaca o importante papel de acidentes perfuro cortantes na possível transmissão de mais de 20 patógenos diferentes, sendo que, entre eles, os agentes infecciosos mais envolvidos são os vírus causadores da hepatite B, AIDS e hepatite C”. Dos sete participantes do presente trabalho, com histórico desse risco, apenas um mostrou marcadores de infecção (14,3%). Embora esse percentual tenha correspondido ao dobro do verificado entre os que não referiam esse antecedente, também aqui não se verificou associação significativa entre o fator e presença de marcadores de hepatite B.

Há uma grande quantidade de referências na literatura médica apontando para a via sexual como uma das mais eficientes na transmissão do vírus da hepatite B, haja vista que este agente é encontrado em abundância nas secreções dos infectados, particularmente vaginais e no sêmen^{5,13,41}. A isso, acrescenta-se a possibilidade de transmissão por contato com sangue durante práticas sexuais, envolvendo microtraumatismos e, eventualmente, período menstrual da parceira^{37,38}. Em decorrência disso, entende-se facilmente que promiscuidade sexual se constitua fator de elevado risco para transmissão do VHB, conforme pode ser atestado em diversos trabalhos envolvendo populações com essa prática^{4,42,43,44}.

Quando perguntados sobre relacionamento sexual com mais de um parceiro ao longo da vida, constatou-se na presente pesquisa que os percentuais de positividade foram muito semelhantes entre os indivíduos que referiam esse fator de risco e os que não se expunham a essa prática (7,8% e 8,3%). Esse fato não causa surpresa em virtude da pouca capacidade discriminatória da pergunta, uma vez que, ao considerar apenas uma resposta binária (sim ou não), não separa os que tiveram dois parceiros daqueles que mantiveram relacionamentos com um número mais elevado de pessoas. Ao se refinar a questão, perguntando-se o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses, os valores de positividade mostraram-se diferentes entre expostos e não expostos (22,2% e 6,3%), todavia o reduzido número de participantes deve ter contribuído para que não se observasse associação estatística entre as variáveis.

Apesar da utilização rotineira de preservativos ser medida universalmente recomendada para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, pouco mais de 20% dos participantes desse estudo referiram uso constante ou frequente. Esse resultado assemelha-se ao obtido em 1996 pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada pela Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BENFAM) em diferentes partes do país, onde 24,0% das jovens de 15 a 19 anos do sexo feminino relatavam utilização de preservativo pelos seus parceiros⁴⁵. De lá para cá, contudo, campanhas de saúde pública intensas e prolongadas têm contribuído para uma mudança desse cenário na população brasileira. Evidência disso pode ser verificada já em estudo conduzido em 2006 com adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, que revelou uso de preservativo por aproximadamente 70% deles, em ambos os tipos de escolas⁴⁶, refletindo, muito provavelmente, a ênfase que tem sido dada na divulgação do papel protetor desse instrumento na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de gestações não desejadas. A comparação desses valores com os encontrados na população surda pode ser prejudicada em parte pelo fato dessa última apresentar pessoas de idades mais elevadas, com média superior a 38 anos. Outro possível fator envolvido refere-se

à marginalização a que está exposta a população de surdos no que diz respeito ao acesso a informações relativas à prevenção de doenças.

Histórico de encarceramento mostrou-se independentemente associado com risco de hepatite B entre os surdos de Ribeirão Preto. Genericamente falando, o histórico de risco dos presidiários tem início em fase anterior à exposição a prisões, demonstrando comportamentos inadequados e contato com o mercado clandestino de drogas, entre outros. De acordo com Orlando Gomes de Castro⁴⁷, em sua monografia realizada com detentos em Curitiba, “introduzidos no cárcere, os presos são iniciados em um processo transformador da índole e do caráter, e são ‘contaminados’ pela cultura institucionalizada nele existente... O significado da vida no cárcere não se resume aos muros e grades, celas e trancas: a penitenciária constitui verdadeira ‘sociedade’ dentro de uma sociedade em cuja cultura institucionalizada, ao longo dos anos, foi inserido o preso”. A inserção nessa nova sociedade expõe o indivíduo a risco elevado de doenças de transmissão sexual e/ou por contato com sangue, seja através de práticas sexuais promíscuas seja por tatuagens e por violências de toda ordem, em convivência próxima com grupos socialmente marginalizados⁴⁸. É fácil supor-se que a duração da internação implique elevação de risco, o qual se acumula à medida que o indivíduo passa maior tempo exposto ao ambiente de confinamento. Isso pode ser verificado na população surda aqui estudada, na qual, dos quatro indivíduos com histórico de prisão, foram observados marcadores de hepatite B apenas nos dois que permaneceram confinados por períodos superiores a três meses. Apesar do número reduzido de pessoas com esse antecedente, a variável em questão mostrou-se associada ao risco mais elevado de hepatite B na presente população, mesmo após ajuste pelas variáveis sexo e idade.

O papel do encarceramento como fator de risco para hepatite B já foi extensamente estudado e detalhado em investigações realizadas em diferentes locais. Em estudo com 201 prisioneiros do sexo masculino detidos no Centro Penitenciário de Atividades Agroindustriais de Goiás (CEPAIGO), foram observadas prevalências de HBsAg e do total de marcadores respectivamente iguais a 2,1% e 26,4%³⁹. Em Penitenciária de Ribeirão Preto observou-se prevalência total de marcadores de HBV em 19,5% da população masculina, e em três presídios de Campo Grande, envolvendo populações de ambos os sexos no total de 409 participantes, detectou-se prevalência global para infecção pelo HBV de 17,8%, ou seja, em 73 indivíduos⁴⁹. Referências internacionais igualmente apontam para o encontro de infecção pela hepatite B em valores elevados entre presidiários. Exemplos disso podem ser encontrados em descrições de presídios franceses⁵⁰, onde se observou 32,0% de presença de um ou mais marcadores e de

1,3% de HBsAg, e em Gana⁵¹, onde detentos mostraram prevalência de portadores crônicos da ordem de 17,4%.

Muito embora a utilização de drogas ilícitas não injetáveis não seja vista por alguns como fator de risco direto para hepatite B, há que se considerar que o seu uso pode, em muitos casos, se associar a alguns padrões de comportamento que contribuem para elevar a probabilidade de infecção. Entre eles podem ser mencionados exposição sexual de risco, contato com usuários de drogas injetáveis, compartilhamento de artigos de higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha) e não utilização de preservativos⁴⁹. Entre os surdos de Ribeirão Preto, contudo, apenas um usuário de drogas não injetáveis mostrou-se com sinais de infecção, praticamente o mesmo valor verificado naqueles que declararam não uso de tais substâncias (7,1% e 8,1%). Maconha, isoladamente ou associada à cocaína inalada por aspiração, foi a droga mais frequentemente relatada entre os 14 participantes que referiram utilização de drogas não injetáveis na população de participantes.

Utilização de drogas ilícitas injetáveis é um dos fatores de risco para hepatite B mais frequentemente descrito em diferentes partes do mundo, o que se deve a uma combinação de comportamentos e práticas que propiciam contato com o vírus^{2,4,8}. Destaca-se aqui, de modo especial, o compartilhamento de seringas e agulhas, infelizmente muito comum em usuários dessas substâncias^{2,46}. Além disso, contribuem também para a elevação do risco outros fatos associados ao consumo de drogas, tais como práticas sexuais inseguras, tatuagens, *piercings* e uso abusivo de álcool, entre outros^{2,4,41}.

No Brasil, estudo realizado com 609 usuários de drogas injetáveis, no período de 1999 a 2001, mostrou prevalência para os marcadores da infecção pelo HBV de 27,1%, com 3,4% de positivos para HBsAg e 0,8% para anti-HBs. Aproximadamente 50,0% a 70,0% desses usuários tornaram-se infectados com HBV em cinco anos de uso, com positividade ao anti-HBc da ordem de 35% a 70%⁵².

Embora na presente investigação os percentuais de infecção tenham sido iguais a 25,0% e 7,1%, respectivamente entre os que se declararam usar drogas injetáveis e entre os que negaram tal prática, a análise estatística não revelou associação entre as variáveis. Embora isso possa ser parcialmente devido ao reduzido tamanho amostral, não pode ser esquecida possibilidade de um viés de informação decorrente da dificuldade associada à revelação do estado de usuário de drogas ilícitas injetáveis, prática ilegal e socialmente mal vista. Ainda mais se considerando a proximidade da entrevistadora com os participantes, resultado de um convívio semanal de mais de 10 anos. Esse fato certamente ocorreu em alguns casos em que a comunidade e a entrevistadora tinham evidências muito fortes da presença dessa prática, a qual,

entretanto, foi negada na entrevista. Interessante notar que um estudo realizado na Universidade de Gallaudet apontou para o fato que os surdos estão mais expostos do que os ouvintes a contraírem HIV/AIDS, pois fazem uso de drogas e compartilham as agulhas com maior frequência. Na mesma publicação, estima-se que essas práticas ocorrem na proporção de 1/10 entre os ouvintes e de 1/7 entre os surdos²⁰.

Segundo o Manual Técnico para Investigação da Transmissão de Doenças pelo Sangue⁵³, “por volta de 1985 essa era uma questão crítica no Brasil, passando a adquirir notoriedade em decorrência do aparecimento de HIV/AIDS. Merece menção que até 1987 a categoria de exposição por transfusão sanguínea foi responsável por 8,8% dos casos de AIDS notificados”. Diante desse quadro e da relevância dos serviços de hemoterapia, o Ministério da Saúde “estabeleceu medidas rigorosas no sentido de oferecer maior segurança aos doadores e receptadores de sangue e hemoderivado”⁵². Outro manual elaborado pela Comissão de Hemovigilância, juntamente com a preceptoria do Serviço de Hematologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), alertava que, “para garantir a segurança na prática transfusional faz-se necessário o uso de técnicas rigorosas, assim como o treinamento da equipe de saúde responsável pela prescrição, preparo e administração do hemocomponente, no intuito de possibilitar o reconhecimento dos riscos das infecções virais e a adoção de medidas de segurança que evitem ou minimizem os efeitos adversos que são inerentes à transfusão sanguínea”⁵⁴. A efetiva implementação de práticas rigorosas de controle de hemoderivados em todo o país promoveu sensíveis melhorias na qualidade do sangue transfundido, fazendo com que hoje seja extremamente reduzido o risco de transmissão de agentes infecciosos através dessa via. Apesar disso, na presente investigação o percentual de infecção por hepatite B entre os expostos à transfusão foi superior ao mostrado pelos não expostos (50,0% e 7,0%, respectivamente), muito embora o reduzido número de participantes e de expostos dificultem a interpretação. Outra limitação refere-se ao fato de não se ter certeza quanto à data em que as transfusões foram implementadas, tornando possível que tenham acontecido em período anterior à adoção das medidas rigorosas de controle.

Consumo exagerado de bebidas alcoólicas pode favorecer a transmissão de hepatite B em função de se associar a comportamentos inadequados e potencialmente de risco, tais como envolvimento em brigas, ferimentos e contato com sangue. Outra consideração importante que envolve o consumo de álcool e as hepatites virais diz respeito ao papel deletério exercido pelo primeiro sobre a evolução da doença⁵⁵. Entre os surdos estudados não se observou associação entre as variáveis, todavia merece ser mencionado que 60,2% deles referiram nunca fazer uso de bebidas alcoólicas. Considerando-se ser o álcool uma substância de venda legal e

socialmente aceitável, bem como a sua larga utilização na população em geral, esse achado levanta suspeitas acerca da fidedignidade da informação prestada pelos participantes.

O achado de dois participantes com presença do marcador HBsAg obriga que lhes sejam ofertados todos os recursos de complementação diagnóstica e de acompanhamento/tratamento que se façam necessários. Conforme acertado com os participantes por ocasião do primeiro contato antes do início da pesquisa, a avaliação/acompanhamento/tratamento lhes seria oferecido no Ambulatório de Hepatites Virais (AHV) do Hospital das Clínicas, aonde teriam garantido acesso imediato. Devido à grande proximidade da pesquisadora com os participantes e visando preservá-los de uma eventual identificação da sua condição de infectados por parte dos demais membros da comunidade caso a notícia lhes fosse transmitida por essa pessoa, optou-se por chama-los através de telegrama assinado pelo orientador da investigação. Nele, os dois positivos eram solicitados a ligar para o seu número telefônico pessoal, para que fossem orientados sobre os procedimentos necessários para inclusão no Ambulatório de Hepatites. Muito embora o aviso de recebimento emitido pelo Serviço dos Correios tenha demonstrado que os telegramas atingiram seus destinatários ou pessoas com os quais dividem o mesmo domicílio, não houve qualquer manifestação da parte deles. Cerca de 30 dias após, novos telegramas foram emitidos em nome do orientador, ressaltando a necessidade de acompanhamento especializado com vistas ao esclarecimento diagnóstico e à redução de danos futuros, os quais igualmente não foram respondidos. O mesmo desfecho ocorreu com uma terceira tentativa, feita aproximadamente 30 dias após. Esse fato denota a reduzida relevância que a população geral atribui às hepatites virais, via de regra consideradas doenças pouco importantes e incapazes de produzir consequências que mereçam preocupação. Esse mesmo fenômeno já havia sido observado em extensa pesquisa de campo sobre hepatites B e C realizada entre profissionais do sexo de Ribeirão Preto⁵⁶, onde não houve qualquer resposta aos repetidos e insistentes esforços iniciais de chamamento dos 30 indivíduos onde foi detectada presença dos marcadores HBsAg e/ou anti-HCV. Interessante notar o contraste com o temor representado pela AIDS, essa sim capaz de despertar rápida resposta daqueles que são chamados para retestagem em situações similares.

O único soro com resultado duvidoso para hepatite C revelou-se negativo no teste de biologia molecular, resultando em ausência de positivos entre todos os indivíduos incluídos nessa pesquisa. Embora altamente auspicioso, o não achado de pessoas infectadas pelo vírus da hepatite C constituiu, de alguma maneira, algo não previsto no início dos trabalhos e ao longo da sua execução. Isso porque já se sabia de antemão da existência de algumas pessoas com comportamentos e práticas de alto risco para essa doença, conhecimento que foi se

consolidando à medida que as entrevistas iam sendo realizadas. De modo particular a utilização de drogas ilícitas endovenosas, fortemente associadas à hepatite C, foi relatada por quatro participantes (4,5%) e, quase que certamente, sonogada por alguns outros. No plano das hipóteses, talvez isso tenha se devido à ausência ou baixa frequência de compartilhamento de seringas e agulhas, prática negada pelos participantes quando da aplicação do questionário.

Há que se reconhecer as potenciais fragilidades de uma investigação dessa natureza, algumas delas – relacionadas à confiabilidade de informações mais íntimas –, já mencionadas anteriormente. Merecem destaque as próprias dificuldades de se estabelecer comunicação com alto grau de confiabilidade com uma população surda sobre assunto acerca do qual a esmagadora maioria não tinha sequer conhecimentos básicos. Conforme já mencionado, diversos cuidados foram tomados no sentido de reduzir as possíveis consequências dessa dificuldade de comunicação. Em primeiro lugar, a decisão de que as entrevistas seriam feitas exclusivamente por profissional altamente capacitado na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e já conhecida da maioria dos frequentadores da ASRP. Para atenuar as dificuldades relacionadas ao entendimento dos conceitos básicos sobre hepatites virais foi preparado um material audiovisual produzido especificamente para essa investigação. A preparação dessa filmagem foi minuciosamente pensada para abranger os surdos que fazem leitura orofacial, através da explicação oral, e também os que são usuários da Língua de Sinais, através da intérprete. A produção fez-se em linguagem oral – gravada por médico sanitарista com grande conhecimento sobre epidemiologia e controle das hepatites B e C –, e sua tradução simultânea em Libras, gravada pela mesma pessoa que realizaria posteriormente as entrevistas. A tela foi dividida em duas partes iguais para que a imagem fosse amplamente compreendida por quem o assiste, uma vez que a janela pequena, que normalmente aparece nos programas de televisão ao lado direito da tela, dificulta o entendimento de quem precisa visualizar os sinais. Com o objetivo de garantir que o material fosse plenamente compreensível pela comunidade, sem margem de dúvidas, tomou-se o cuidado de se incluir nessa fase a participação de um surdo, grandemente engajado na comunidade local. Tal pessoa é vice-presidente da Associação de Surdos de Ribeirão Preto e instrutor/agente multiplicador de Libras, capacitado pelo Grupo de Pesquisa de Libras e Cultura Surda Brasileira (GPLIBRAS) da Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos – FENEIS. Desse modo, está apto a atuar no ensino dessa língua para ouvintes e para surdos e também na capacitação de outros surdos como instrutores. Além disso, é formado no curso de licenciatura em Letras/Libras da Universidade Federal de Santa Catarina, que tem como objetivo a formação de professores para atuar no ensino da Língua de Sinais. A sua participação na elaboração do material audiovisual consistiu no

acompanhamento de todo o processo, tendo feito críticas e sugestões no sentido de torná-lo completamente compreensível pela comunidade surda. A utilização do DVD foi feita após a sua aprovação final, quando foi considerado satisfatório e suficientemente claro para os objetivos da investigação. Contudo, deve-se ter claro que mesmo esse conjunto de cuidados não dá garantia absoluta de que o entendimento de todas as questões por parte de alguns participantes tenha se feito de modo ideal, o que constitui uma potencial limitação intrínseca a esse tipo de investigação. A dificuldade de abordagem de surdos poderia servir de justificativa para um fato intrigante observado ao longo da realização dessa pesquisa: a absoluta ausência na literatura médica de referências a trabalhos epidemiológicos sobre hepatites virais em populações surdas. De fato, buscas levadas a efeito nas bases de dados Medline e Scielo resultaram negativas para estudos dessa natureza, quando solicitadas para os termos: *viral hepatitis, hepatitis B, hepatitis C, epidemiology AND deaf/deafness, hard of hearing*. As pouquíssimas referências resultantes dos cruzamentos dessas variáveis eram sempre associadas a surdez como efeito colateral de drogas utilizadas no tratamento, nunca estudos objetivando esclarecer a situação epidemiológica, estimar prevalências e definir fatores de risco. Contudo, a hipótese de que as dificuldades de abordagem das populações surdas pudessem estar na raiz da carência de trabalhos de investigação entre eles é desmentida quando o foco passa a ser a AIDS, para a qual existe número razoável de referências de natureza epidemiológica. Algumas delas, inclusive, serviram de fontes de informação para a presente pesquisa, uma vez que existe grande similaridade entre os fatores de risco para AIDS e para as hepatites virais, de modo particular a causada pelo vírus B. Tendo-se em conta que as hepatites B e C têm sido extensivamente estudadas do ponto de vista epidemiológico em diferentes grupamentos populacionais em inúmeros países, permanece como curiosidade sem resposta a razão da sua completa ausência entre as populações surdas de todo o mundo.

Outra dificuldade encontrada foi referente ao acesso à carteira de imunização dos 20 participantes que tiveram o anti-HBs como único marcador sorológico presente no seu sangue. Sabendo-se que essa condição se associa, na maioria das vezes, à vacinação prévia, torna-se crítica a informação sobre o estado vacinal dos indivíduos, para diferenciar positivos devido à vacina daqueles eventualmente decorrentes de uma infecção prévia no qual o marcador anti-HBc tenha caído abaixo do limiar de detecção. A busca pelas referidas carteiras, apesar de intensa e constante, revelou baixo rendimento porque a maioria dos participantes não se lembrava da sua existência e/ou não conseguia localizá-la, além de desconhecer se havia recebido vacina contra hepatite B em algum momento da vida. Isso motivou nova solicitação ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas para que autorizasse a realização de

uma busca através do Sistema HYGIA⁵⁷, que integra eletronicamente todos os prontuários de pacientes atendidos em qualquer serviço público de saúde da cidade de Ribeirão Preto. Essa busca foi realizada por funcionária do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto que habitualmente o acessa na rotina do Serviço, a partir do nome, idade e filiação dos surdos nas quais a pesquisa se fazia necessária.

A investigação sobre hepatites virais em surdos de Ribeirão Preto revelou-se experiência instigante, com inúmeros desafios e aprendizados. Apesar de suas limitações, representou um avanço no conhecimento de aspectos epidemiológicos dessas doenças em uma população que pelas suas próprias limitações vive socialmente marginalizada, com dificuldades de acesso a informações e serviços de saúde e com grande vulnerabilidade sanitária. Dada a surpreendente falta de informações sobre o assunto na literatura médica mundial, esse trabalho reveste-se também de importância por ser, aparentemente, o primeiro a descrever aspectos epidemiológicos das hepatites em comunidade de surdos. Espera-se que venha a abrir portas para novos estudos que possam lançar mais luz sobre a situação de saúde desses indivíduos, bem como contribuir para sua melhoria.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites virais: o Brasil está atento. 3. ed. Brasília, DF : Editora MS; 2008. [acesso em 14 set. 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/brasil_atento_3web.pdf
- 2 Passos, ADC. Aspectos epidemiológicos das hepatites virais. Medicina, Ribeirão Preto. 2003;36:30-36.
- 3 Trépo C, Zoulim F. [Treatment of hepatitis B: new perspectives]. Gastroenterol Clin Bio. [Internet]. 2009 [acesso em 14 set. 2010];33(8-9):811-7. Disponível em: http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/19560888/Treatment_of_hepatitis_B_new_perspectives
- 4 Ferrão, SSBRL. Estudo epidemiológico em população rural do interior do estado de São Paulo com elevada prevalência de hepatite C. [dissertação mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
- 5 Ferreira CT, Silveira TR. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Rev Bras Epidemiol. 2004;7:473-87.
- 6 Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual técnico para investigação da transmissão de doenças pelo sangue. Brasília, DF: Editora MS; 2005.
- 7 Lemon SM. Induction and evasion of innate antiviral responses by hepatitis C virus. J Biol Chem. 285(30):22741-7.
- 8 Ciacchia, MCC. Aspectos epidemiológicos, sorológicos e moleculares das hepatites A, B e C em crianças e adolescentes matriculados em creches e escolas do ensino infantil e fundamental da rede municipal na cidade de Santos. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2012.

- 9 Britt WJ. Determinants of maternal infection associated with virus infection of the fetus and newborn infant. *Retrovirology* [Internet]. 2008 [acesso em 14 set. 2010]; 5(Sup1):L3. Disponível em: <http://www.retrovirology.com/content/5/S1/L3>

- 10 El Khouri M, Santos VA. Hepatite B: considerações epidemiológicas, imunológicas e sorológicas com ênfase em mutação. *Rev Hosp Clin*. [Internet]. 2004 [acesso em 14 set. 2010];59(4):216-224. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>

- 11 Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2007. [acesso em 14 set. 2010]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro6a.pdf

- 12 Ferreira MS. Diagnóstico e tratamento da hepatite B. *Rev Soc Bras Med Trop*. [Internet]. 2000 Aug [acesso em 14 set. 2010]; 33(4):389-400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822000000400010&lng=en.

- 13 Portal Deficientes em Ação [Internet]. Mogi Mirim, SP. [acesso em 14 set. 2010]. Deficiência física. Disponível em: <http://www.deficientesemacao.com/deficiencia-fisica>

- 14 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000: características gerais da população: resultados da amostra [Internet]. Rio de Janeiro; 2003. [acesso em 14 set. 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.

- 15 Wilkerson WD Jr. Possible occupational exposure to hepatitis among deaf education teachers. *Disease Prevent News*. Aug 1999 [acesso em 14 set. 2010];59(16). Disponível em: <http://www.dshs.state.tx.us/idcu/health/dpn/issues/dpn59n16.pdf>

- 16 Yom YH, Ahn SY, Yee J. [The effects on health information education for the deaf] [abstract] . Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2003 Dec;33(7):965-71. PubMed PMID:15314374.

- 17 Huang C-C, Lin W-B, Chang P-H, Chang K-C, Lee T-J. Sudden deafness as a presenting symptom of chronic hepatitis B with acute exacerbation. *Otolaryngol Head Neck Surg.* Nov 2009;141(5): 659-660. DOI: 10.1016/j.otohns.2009.05.006
- 18 Mallinson R K. Perceptions of HIV/AIDS by deaf gay men. *JANAC.* 2004;15: 27-36.
- 19 Heuttel KL, Rothstein WG. HIV/AIDS: knowledge and information sources among deaf and hearing college students. *Am Ann Deaf.* Jul 2001;146(3):280-6. DOI: 10.1353/aad.2012.0067
- 20 Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial. Saberes e práticas da inclusão: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos surdos. 2. ed. Brasília, DF; 2006 (Série : Saberes e práticas da inclusão).
- 21 Woodroffe T, Gorenflo D W., Meador, HE., Zazove P. Knowledge and attitudes about AIDS among deaf and hard of hearing persons. *AIDS Care.* Jun 1998;10(3):377-86.
- 22 Peinkofer JR. HIV education for the deaf, a vulnerable minority. 1994 May-Jun;109(3):390-6.PMCID: PMC1403503
- 23 Woodroffe T, Gorenflo DW, Meador HE, Zazove P. Knowledge and attitudes about AIDS among deaf and hard of hearing persons. *AIDS Care.* 1998 Jun;10(3):377-86.
- 24 Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. [Internet]. Brasília, DF. [acesso em 14 set. 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm
- 25 Pereira PCA. Percepção de surdos adultos sobre o atendimento em saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.
- 26 ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [internet]. Critério de Classificação Econômica Brasil; 2008 [acesso em 21 jan. 2014]. Disponível em: www.abep.org/

- 27 Moura MC. Uma história cíclica: o surdo e as imposições sociais. In: *Acessibilidade e Linguagens*. Fortaleza: INESP; 2013. p 109-136 (Cadernos tramas da memória, 3)
- 28 Pereira PCA. Percepção de surdos adultos sobre o atendimento em saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.
- 29 Luckner JL, Gonzales RB. What deaf and hard-of-hearing adolescents know and think about AIDS. *Am Ann Deaf*. Oct 1993;138(4): 338-342. DOI: 0.1353/aad.2012.0390
- 30 Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. Hepatites virais no Brasil 2012 [acesso em 21 jan.2014].Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/51820/dadoshepatites_2012_pdf_25807.pdf
- 31 SBIM - Sociedade Brasileira de Imunizações [Internet]. Especialistas alertam: “Idosos sexualmente ativos estão no grupo de maior risco para hepatite B”. [acesso em 21 dez. 2013]. Disponível em: <http://www.svim.org.br/noticias-svim/svim-faz-alerta-no-dia-mundial-de-combate-as-hepatites/>”
- 32 São Paulo (Estado). Secretaria de Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças [Internet]. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) recomenda vacinação para a Terceira Idade.[acesso em 21. dez 2013]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/homepage/noticias/sociedade-brasileira-de-imunizacoes-svim-recomenda-vacinacao-para-a-terceira-idade>
- 33 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites virais: o Brasil está atento. 3. ed. Brasília, DF; 2008 (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 34 Barroso MGT, Aguiar MIF, Oliveira KF. Educação na prevenção das DST com familiares de portadores de deficiência auditiva. *DST J Bras Doenças Sex Transm*, 2001; 13(2):18-22.

- 35 Brasil LM, Fonseca JCF, Souza RB, Braga WSM, Toledo LM. Prevalência de marcadores para o vírus da hepatite B em contatos domiciliares no Estado do Amazonas. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004; 37(5):391-39.
- 36 Souza MG, Passos ADC, Machado, AA, Figueiredo JFC, Esmeraldino LE. Co-infecção HIV e vírus da hepatite B: prevalência e fatores de risco. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004;37(5):391-395.
- 37 Laumann AE, Derick AJ. Tatuagens e piercings nos Estados Unidos: um conjunto de dados nacional. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 55:413-21.
- 38 Destra AS, Angelieri DB, Bakowski E, Sassi SJG, Medeiros EAS (Coord). risco ocupacional e medidas de precauções e isolamento: modulo 5[Internet]. São Paulo: Anvisa, Unifesp; 2004[acesso em 25 nov 2013]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/iras/M%F3dulo%205%20-%20Risco%20Ocupacional%20e%20Medidas%20de%20Precau%E7%F5es%20e%20Isolamento.pdf>
- 39 Martelli MT et al. Soroprevalência e fatores de risco para a infecção pelo vírus da hepatite B pelos marcadores AgHBs e anti-HBs em prisioneiros e primodoadores de sangue. *Rev Saude Publ.*1990;24(40):270-276.
- 40 Feijão AR, Martins LHFA , Marques MB. Condutas pós-acidentes perfurocortantes: percepção e conhecimento de enfermeiros da atenção básica de Fortaleza. *Rev Rene* 2011; 12(n. esp.):1003-10.
- 41 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de aconselhamento em hepatites virais. Brasília, DF; 2005 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 42 Passos ADC, Figueiredo JF de C. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(2):95–101.

- 43 Pereira GS, Souza GE, Teles AS. Avaliação do conhecimento, comportamentos de risco e adesão à vacina contra hepatite B em reeducandos da cidade de Goiânia, GO. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2005; 4(3): 250-258.

- 44 Brito GMS, Brito JC, Lins S Â, Lins PV. Principais aspectos a serem considerados nas hepatites [Internet]. *Anais do Fórum de Iniciação Científica da Funec*. 2010 [acesso em 21 dez. 2013];1(1). Disponível em: <http://www.funecsantafe.edu.br/SeerFunec/index.php/forum/article/view/69/58>

- 44 Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde: 1996. Rio e Janeiro: BENFAM; 1997.

- 45 Martins LBM, Costa-Paiva LHS Osis MJ, Sousa MH, Pinto-Neto A M., Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(2): 315-323.

- 46 Castro OG. A ressocialização de detentos da prisão provisória de Curitiba estimulada pela arte-educação: relato de experiência. [monografia de especialização]. Curitiba: Faculdade de Artes do Paraná; 2004.

- 47 Prevalência de hepatite está em queda entre presidiários da Austrália [Internet]. 30 set 2011. [acesso em 25 nov 2013]. Disponível em: <http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/21322/geral/prevalencia-de-hepatite-esta-em-queda-entre-presidiarios-da-australia>.

- 48 Coelho H C, Oliveira SAN, Miguel JC, Oliveira ALA, Figueiredo JFC, Perdoná GC, Passos ADC et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(2):_124-131.

- 49 Rotily M, Vernay-vaissé C, Bourlière M, Galinier-Pujol A, Rousseau SO. HBV and HIV screening and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France. *Int J STD AIDS* 1997; 8: 753-9.

- 50 Adjei AA, Armah HB, Gbagbo F, Ampofo WK, Quaye IKE, Hesse IFA et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among

prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. J Med Microbiol 2006; 55: 593-7.

- 51 Stief ACF. Estudo soroepidemiológico e molecular da infecção pelo vírus da hepatite B em população encarcerada de Campo Grande – MS [dissertação de mestrado] Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2009

- 52 Attilio JS, Rodrigues FP, Renovato R D, Sales CM, Alvarenga M RM, Moreira MT et al . Cobertura vacinal contra hepatite B entre usuários de drogas ilícitas. Acta paul. enferm. [Internet]. 2011 [acesso em 30 jan. 2013] ; 24(1): 101-106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

- 53 Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual técnico para investigação da transmissão de doenças pelo sangue. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

- 54 Lélis ARA , Pinheiro RF. Manual de Hemotransfusão Fortaleza: HUWC/UFC; 2007.

- 55 Passos ADC. Hepatite B entre profissionais do sexo de Ribeirão Preto, SP, Brasil.[tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP; 2002.

- 56 Hygia - Gestão da Saúde Pública em Municípios e Estados [Internet].c2010-2013[acesso em 25 nov.2013]. Disponível em: www.techne.com.br/produtos.asp?id=18

APÊNDICE – A
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Universidade de São Paulo
Faculdade de medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

PESQUISA:

**HEPATITES CAUSADAS PELOS VÍRUS B e C ENTRE A POPULAÇÃO SURDA
DE RIBEIRÃO PRETO**

Pesquisadora responsável: Bianca Messenberg Pacher

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Prezado(a) senhor(a):

Sou aluna de mestrado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e convido você a participar de uma pesquisa envolvendo todos os freqüentadores, maiores de 18 anos de idade, da Associação de Surdos de Ribeirão Preto. Essa pesquisa tem como objetivos verificar quais pessoas tem ou já tiveram hepatites virais (tipos B e C).

Os vírus das hepatites B e C podem estar no sangue de uma pessoa sem que ela sinta nada de anormal. Entretanto, depois de anos essas infecções podem causar complicações muito graves, como cirrose e câncer do fígado. Por este motivo é importante saber se você tem algum desses vírus no sangue, pois, se descoberta a tempo, essas infecções podem ser tratadas.

A melhor maneira de saber se você já teve ou tem hepatites virais é através de um exame de sangue. Se você quiser participar da pesquisa terá que concordar com a retirada de 10 mililitros de sangue (1 colher de sopa), para que o exame possa ser feito. Os resultados dos exames serão devolvidos a você, sem que nenhuma outra pessoa fique sabendo deles. Além da coleta de sangue, você terá que responder a algumas perguntas que serão feitas, e as suas respostas também serão mantidas em segredo. Caso o exame mostre que você tem alguma infecção ou doença que necessite de atendimento e seguimento médico especializado, você terá garantido acesso a esse atendimento nos ambulatórios especializados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Se não quiser participar da pesquisa, você tem toda a liberdade de recusar e isso não lhe causará nenhum problema se algum dia você precisar de atendimento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

A retirada do sangue produzirá uma dor passageira no local, sem oferecer nenhum risco à sua saúde. As informações que você der serão mantidas em segredo e nunca serão fornecidas a ninguém, a não ser a você. O seu nome nunca aparecerá em nenhum relatório ou trabalho resultantes dessa pesquisa.

Se você concordar em participar, por favor assine o termo abaixo

Eu, _____, após receber informações sobre o projeto “HEPATITES CAUSADAS POR VÍRUS B e C ENTRE A POPULAÇÃO SURDA DE RIBEIRÃO PRETO” concordo em participar da investigação. Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no estudo em aulas, jornais ou outros meios de divulgação, desde que o meu nome não seja revelado a ninguém.

Ribeirão Preto, ____/____/____ _____
Assinatura

Pesquisadores responsáveis:

- 1) Orientador Prof. Dr. Afonso Dinis Costa Passos (contato: 3602.2433)
- 2) Mestranda Bianca Messenberg Pacher (contato: 3972.3664)

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Avenida Bandeirantes, 3900
CEP 14049-900
Fones: 016 3602-2433; 016 3602-3070

APÊNDICE - B

QUESTIONÁRIO

Universidade de São Paulo
Faculdade de medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

QUESTIONÁRIO

1. Nº NOME: _____

ENDEREÇO: _____ 2. ÁREA: ☐ 1 = rural; 2 = urbana

3. DATA ___/___/___ 4. IDADE 5. SEXO: ☐ 1 = M ; 2 = F

6. ESCOLARIDADE:

1 = nenh.; 2 = <1ano; 3 = 1 a 2 anos; 4 = 2 a 4 anos; 5 = prim. comp. 6 = 4 a 8 anos; 7 = 1ºgr. compl.; 8 = col. incomp.; 9 = col. compl.; 10 = univ. incomp; 11= univ. compl.

7. ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA: (idem anterior; 99= NA)

8. LOC. NASC.: ☐ 1 = RP; 2 = região de RP; 3 = outra cidade de SP; 4 = outra UF. 9. QUAL

10. TEMP. RESID. EM RP: ☐ = <1ano; 2 = 1 a 5 a; 3 = 6 a 10 a; 4 = > 10 a; 5 = temporário.

11. DOMICÍLIO: ☐ 1 = próprio; 2 = alugado; 3 = cedido.

POSSE DE ITENS (ASSINALAR O NÚMERO DE CADA UM DELES):

12. TV COR ☐ 13. RÁDIO ☐ 14. BANHEIRO ☐ 15. AUTOM. ☐ 16. EMPR. MENSAL. ☐

17. MÁQ. LAVAR ☐ 18. VÍDEO CASSETE ou DVD ☐ 19. GELADEIRA ☐

20. FREEZER ☐

21. ANT. HEPAT.: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = NS 22. DIAG. MÉD: ☐ =sim; 2 = não; 3 = NA

23. CONTATO DOMICILIAR COM CASO DE HEPATITE: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = não sabe

24. CONTATO SEXUAL COM CASO DE HEPATITE: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = não sabe

☐

25. TRANSFUSÃO SANGUE: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = não sabe.
26. ANTES DE 1993: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = não sabe
27. TRABALHO COMO PROFISSIONAL DA SAÚDE: ☐ 1 = sim; 2 = não
28. TRABALHO EM CONTATO COM FLUIDOS ORGÂNICOS: ☐ 1 = sim; 2 = não
29. ACIDENTE PÉRFURO-CORTANTE: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = não sabe
30. PACIENTE DE HEMODIÁLISE: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = não sabe
31. TATUAGEM: ☐ 1 = sim; 2 = não; 32. PIERCING: ☐ 1 = sim; 2 = não;
33. INTERN. FEBEM: ☐ 1 = sim; 2 = não. 34. TEMPO: _____ ☐
35. PRISÃO: ☐ 1 = sim; 2 = não. 36. TEMPO PRESO: _____ ☐
37. HIST. ATUAL OU PASSADA DE MÚLT. PARCEIROS SEXUAIS NA VIDA: ☐
1 = sim; 2 = não
38. NÚMERO DE MÚLT. PARCEIROS SEXUAIS NOS ÚLTIMOS 6 MESES: _____
39. USO DE PRESERVATIVO NESSAS RELAÇÕES: ☐ 1 = sempre; 2 = quase sempre; 3 = às vezes; 4 = nunca
40. ANTEC. DE DOENÇA VENÉREA: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = não sabe
41. TRATAMENTO MÉDICO: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = não sabe; 4 = NA
42. USO PASSADO OU ATUAL DE DROG. NÃO INJET.: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = não sabe
43. DROGA(S) NÃO INJETÁVEL(EIS) USADA(S): _____
44. USO PASSADO OU ATUAL DE DROGAS INJETÁVEIS: ☐ = freqüentemente; 2 = às vezes; 3 = uma vez; 4 = nunca
45. USO DE DROGAS INJETÁVEIS NO ÚLTIMO MÊS: ☐ 1 = sim; 2 = não
46. COMPARTILHAMENTO PASSADO OU ATUAL DE AGULHAS OU SERINGAS: ☐
1 = freqüentemente; 2 = às vezes; 3 = uma vez; 4 = nunca
47. SEXO COM USUÁRIO DE DROGA INJETÁVEL: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = não sabe
48. HIST. DE USO DE DROGAS INJ. EM PRÁT. ESPORTIVAS: ☐ 1 = sim; 2 = não
49. COMPARTILHAMENTO DE SERINGAS/AGULHAS: ☐ 1 = sim; 2 = não; 3 = NA

50. CONSUMO DE ÁLCOOL: ☐ 1 = mais de uma vez ao dia, todos os dias; 2 = uma vez ao dia, todos os dias; 3 = pelo menos 3 vezes/semana; 4 = esporadicamente; 5 = nunca

51. VAC. HEP B: ☐ 1 = nunca; 2 = não sabe; 3 = 1 dose; 4 = 2 doses; 5 = 3 doses ou +

52. ESTRATO ECONÔMICO (CCEB/ANEP): ☐ 1 = A1; 2 = A2; 3 = B1; 4 = B2; 5 = C; 6 = D; 7 = E; 9 = Prejudicado

RESULTADOS LABORATORIAIS: 1 = posit.; 2 = negat.; 3 = duvidoso; 4 = não realizado:

53. ☐ HBsAg 54. ☐ anti-HBs 55. ☐ anti-HBc IgM 56. ☐ anti-HBc IgG
 57. ☐ HBeAg 58. ☐ anti-Hbe 59. ☐ HBV - PCR 60. ☐ Genotipagem HBV ☐
 61. ☐ anti-HCV (Elisa) ☐ 62. HCV – PCR ☐ 63. Genotipagem HCV

ANEXO A COMITÊ DE ÉTICA

Ribeirão Preto, 14 de setembro de 2011

Ofício nº 3342/2011
CEP/RCC

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“HEPATITES CAUSADAS POR VÍRUS B E C ENTRE A POPULAÇÃO SURDA DE RIBEIRÃO PRETO”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 332ª Reunião Ordinária realizada em 12/09/2011, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 9492/2011.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Atenciosamente.

PROF. DR. RICARDO DE CARVALHO CAVALLI

Vice-Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
BIANCA MESSEMBERG PACHER
PROF. DR. AFONSO DINIS COSTA PASSOS
Depto. de Medicina Social