



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**ADESÃO DAS PUÉRPERAS COM A HEPATITE B. ASSISTIDAS NO
HOSPITAL GERAL DO BONGO, NO SEGUNDO SEMESTRE DE 2022**

Autor: Gaspar Capesse Gongá

Orientador: Prof. Victor Teca. Lic.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**ADESÃO DAS PUÉRPERAS COM A HEPATITE B. ASSISTIDAS NO
HOSPITAL GERAL DO BONGO, NO SEGUNDO SEMESTRE DE 2022**

Trabalho do fim do curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, Luanda, como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em enfermagem, sub orientação do Lic. Victor Teca.

Autor: Gaspar Capesse Gongga

Orientador: Prof. Victor Teca. Lic.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**ADESÃO DAS PUÉRPERAS COM A HEPATITE B. ASSISTIDAS NO
HOSPITAL GERAL DO BONGO, NO SEGUNDO SEMESTRE DE 2022**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

CLASSIFICAÇÃO: _____

DATA DA DEFESA ____/____/____

DEDICATÓRIA

A minha querida esposa Filomena Luamba, por acreditar sempre no meu potencial, pelo apoio incondicional pelo seu incentivo incansável e tudo que eu consegui hoje é resultado da persistência dela.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me ter dado força para chegar até aqui, me ajudando a superar cada obstáculo que surgia com muita sabedoria e por nunca permitir passar pela minha cabeça a vontade de desistir.

A minha família, Filomena Luamba, esposa aos meus filhos; Jacinto Luciano Gonga, Analtina Gonga, Mimi Gonga, Isabel Gonga, Márcia Gonga, Celso Gonga, Benilde Gonga e Mário Gonga (nosso Cassula).

Ao senhor Falua, por sempre estarem presente me apoiando e me incentivando em tudo sem dúvidas tudo que conquistei até hoje devo a eles.

Aos meus Professores, obrigado. Que com a sua sapiência souberam administrar tudo quando aprendi. José Rodrigues, Pedro Maurício, Ronaldo Nsumbo, Samuel Wassuca, Sebastião Maurício. Especialmente ao professor Victor Teca, meu orientado.

A todo pessoal administrativo do Instituto Superior de Angola (ISA), obrigado; Em especial ao departamento de saúde na pessoa de Yamilé Hernandez e ao DAC.

A Direcção do Hospital Geral do Bengo, e a equipa das parteiras obrigado pelo fornecimento de dados.

Aos colegas, da turma que ao longo dos anos batalhamos juntos nas pesquisas, debates, convívios, pelos conselhos e encorajamento que me foram dando, sendo o Kota da sala.

RESUMO

O estudo fez um enquadramento teórico sobre “Adesão das Puérperas com a hepatite B. assistidas no Hospital Geral do Bengo, no II. Semestre de 2022.”. As hepatites virais são doenças infecciosas que podem ocorrer com alguma frequência nas puérperas

Objectivo geral: Analisar adesão das puérperas com a hepatite B. assistidas no Hospital Geral do Bengo, no II semestre de 2022. Específicos: Caracterizar as puérperas segundo as variáveis sociodemográficas (faixa etária, nível académico, proveniência, e ocupação profissional. Avaliar os factores de riscos sobre a hepatite B. Metodologia: Foi realizado um estudo descritivo observacional e transversal, com abordagem quantitativa no Hospital Geral do Bengo/ Instituto Superior, em puérperas que foram atendidas na sala de puerpérios. A amostra foi constituída por 50 (100%). Resultados: A maioria das entrevistadas tinham uma faixa etária entre 22 – 29 anos, 21 (42,0%). A maioria das puérperas é proveniente do bairro do Porto Seco o que corresponde a 9 (18%). Nível de escolaridade com maior percentagem é o 2º Ciclo com 25 (50%). Período gestacional, predomina o período gestacional de mais de duas 26 (52%). Quanto ao início das consultas pré-natal, 46,0% das puérperas começaram depois do 3º mês (23 gestantes). Em relação o conhecimento da doença, 62,0% responderam que desconheciam a doença. Conclusão: conclui-se que a um desconhecimento geral das puérperas sobre a hepatite B, é uma das principais morbilidades que se não diagnosticar e tratada precocemente pode trazer consigo várias complicações no binómio mãe-filho; por isso é imperioso a tomada de medidas sobre educação para saúde e atenção pré- natal em gestantes e puérperas.

Palavras-chave: Adesão; Puérperas; Hepatite B.

ABSTRACT

The study made a theoretical framework on “Adherence of puerperal women with hepatitis B. assisted at the General Hospital of Bengo, in the II. Semester of 2022.”. Viral hepatitis are infectious diseases that can occur with some frequency in puerperal women Objective: To evaluate the adherence of puerperal women with hepatitis B. assisted at the General Hospital of Bengo, in II. semester of 2022. Methodology: A descriptive, observational and cross-sectional study was carried out, with a quantitative approach at the Hospital General do Bengo/ Instituto Superior, in postpartum women who were attended in the postpartum room. The sample consisted of 50 (100%). Results: Most of the interviewees were aged between 22 – 29 years old, 21 (42.0%). Most mothers come from the Porto Seco neighborhood, which corresponds to 9 (18%). Level of education with the highest percentage is the 2nd Cycle with 25 (50%). Gestational period, the gestational period of more than two 26 (52%) predominates. As for the start of prenatal consultations, 46.0% of the mothers started after the 3rd month (23 pregnant women). Regarding knowledge of the disease, 62.0% responded that they did not know the disease. Conclusion: it is concluded that the general lack of knowledge of postpartum women about hepatitis B is one of the main morbidities that, if not diagnosed and treated early, can bring with it several complications in the mother-child binomial; therefore.

Keywords: Adhesion; postpartum women; Hepatitis B.

LISTA DE ABREVIATURAS

AgHbs - antígeno de superfície do VHB.

DNA- ácido desoxirribonucleico

Anti-HBs – Anticorpo contra o antígeno de superfície do VHB

Anti-HBc-anticorpo correspondente ao AgHBc vírus do core do VHB.

CHC- Carcinoma hepatocelular

HBsAG – antígeno de superfície da Hepatite B

HBeAg – antígeno e do vírus da hepatite B

HPB- Hospital Provincial do Bengo

VHB- Vírus da hepatite B.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 01. Distribuição das puérperas segundo a faixa etária.....	33
Tabela nº 02. Distribuição das puérperas segundo a proveniência.....	34
Tabela nº 03. Distribuição das puérperas segundo o nível de escolaridade.....	35
Tabela nº 04. Distribuição das puérperas segundo a ocupação profissional.....	36
Tabela nº 05. Distribuição das puérperas segundo o número gestacional.....	37
Tabela nº 06. Distribuição das puérperas segundo o tempo do início das consultas pré-natal.....	38
Tabela nº 07. Qual é adesão das Puérperas com a hepatite B. assistidas no Hospital Geral do Bengo.....	39
Tabela nº 08. Distribuição das puérperas segundo os factores de risco da doença....	40
Tabela nº 09. Distribuição das puérperas segundo a prevenção da doença.....	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 01. Distribuição das puérperas segundo a faixa etária.....	33
Gráfico nº 02. Distribuição das puérperas segundo a proveniência.....	34
Gráfico nº 03. Distribuição das puérperas segundo o nível de escolaridade.....	35
Gráfico nº 04. Distribuição das puérperas segundo a ocupação profissional.....	36
Gráfico nº 05. Distribuição das puérperas segundo o número gestacional.....	37
Gráfico nº 06. Distribuição das puérperas segundo o tempo do início das consultas pré-natal.....	38
Gráfico nº 07. Qual é adesão das Puérperas com a hepatite B. assistidas no Hospital Geral do Bengo.....	39
Gráfico nº 08. Distribuição das puérperas segundo os factores de risco da doença.....	40
Gráfico nº 09. Distribuição das puérperas segundo a prevenção da doença.....	41

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
1.1. Definição de termos e conceitos	4
1.4. Perspectiva histórica dos primeiros casos	8
1.5. Etiologia	8
1.6. Epidemiologia	9
1.7. No Brasil	9
1.8. Em Portugal	9
1.9. Na África	10
1.10. Em Angola	10
1.11 Forma de transmissão	10
1.15 Pacientes em imunossupressão	13
1.16. Manifestações clínicas	14
1.17. Diagnóstico	14
1.19. Tratamento	18
1.20. Profilaxia	19
1.21. A hepatite B na gestante	20
1.23. Factores de riscos da hepatite b na gravidez	21
1.24. Tratamento da hepatite b na gravidez	22
1.25. Cuidados de enfermagem	25
CAPÍTULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA	28
2.1. Tipos de pesquisas	28
2. 2. Modelo de abordagem	28
2.3. Níveis de estruturação de métodos	29
2. 4. Técnica de recolha de dados	30
2. 5. Instrumentos e procedimento de recolha de dados	

2. 6. População e Amostra.....	31
2.7. Dificuldades encontradas.....	31
CAPÍTULO III. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados	33
3.2. Discussão dos resultados.....	33
CONSIDERAÇÕES.....	41
SUGESTÕES.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O estudo fez um enquadramento teórico sobre “Adesão das Puérperas com a hepatite B. assistidas no Hospital Geral do Bengo, no Segundo Semestre de 2022.”. As hepatites virais são doenças infecciosas que podem ocorrer com alguma frequência nas grávidas e puérperas. O propósito deste trabalho é descrever os diferentes tipos de infecções decorrentes de hepatites virais e também as diversas implicações que podem suceder na gravidez. (Miyazato, 2017).

A concentração mais alta deste vírus tem sido detectada em águas contaminadas com resíduos fecais. Após a infecção, este vírus sofre uma grande replicação dentro dos hepatócitos, é excretado pela bile para os intestinos e então passa a ser infectante.

Nas crianças a infecção poderá ser assintomática ou mesmo não detectada e, dependendo das condições climáticas, o vírus poderá permanecer estável por muitos meses no meio ambiente.¹ As complicações sérias pelo HAV são raras e ocorrem em menos de 1% dos casos,^{1,2} sendo que a cronicidade desta infecção inexistente. hepatite viral é reservado para infecção do fígado causada por um grupo de vírus que tem particular afinidade pelo fígado.

O vírus da hepatite B pode produzir hepatite aguda com resolução, hepatite crónica que pode evoluir para cirrose e hepatite fulminante com necrose maciça do fígado. O dicionário da saúde conceitua a hepatite B como uma forma de hepatite viral cujo o agente responsável (HBV) é transmitido pelo sangue e outros fluidos orgânicos saliva, esperma (Robbin, 2016).

Hepatite B, É causada por um hepa DNA vírus ou partículas de Dane (HBV), sendo que este vírus possui três antígenos: o antígeno HBsAg está localizado na superfície, o HBcAg no interior e o terceiro antígeno, conhecido como HBeAg, também está localizado no “interior” do vírus, e pela sua determinação indica uma intensa replicação viral, sendo assim caracterizada a infecção aguda.

Sabendo que o conhecimento das doenças é um factor importante para o controlo das mesmas. As hepatites virais são doenças que impactam a saúde pública em todo o mundo. A perda de qualidade de vida dos pacientes e dos comunicantes exige esforços no sentido de fortalecer a promoção à saúde, vigilância, prevenção e

controlo desses agravos. Assim sendo considera-se de suma importância levantar a seguinte questão problema;

“Qual é adesão das Puérperas com a hepatite B. assistidas no Hospital Geral do Bengo.”?

Hipóteses

H. A fraca adesão das puérperas com hepatite B, e algumas atitudes e praticas menos abonatórios estão na base do aumento da doença.

Objectivos

Objectivo Geral:

Compreender adesão das puérperas com a hepatite B. assistidas no Hospital Geral do Bengo, no Segundo semestre de 2022.

Objectivos Específicos:

1. Identificar as puérperas segundo as variáveis sociodemográficas (faixa etária, nível académico, proveniência, e ocupação profissional.
2. Avaliar os factores de riscos sobre a hepatite B.
3. Propor soluções com vistas a dar respostas aos problemas identificados.

Delimitação e limitação

- Contextual: Adesão das puérperas com a hepatite B. assistidas no Hospital Geral do Bengo.
- Tempo: Quanto ao tempo o presente estudo foi delimitado para o Segundo Semestre de 2022. Espaço: Hospital Geral do Bengo.

Limitação

- De acordo com a limitação, de modo a facilitar a nossa pesquisa, limitamos a mesma as puérperas com hepatite B, em estudo.

Justificativa

A realização do presente estudo reveste-se de grande importância pelo facto de que as doenças hepáticas representam um importante problema da saúde pública, tendo merecido crescente atenção pela elevada frequência e gravidade. O défice de educação para promoção da saúde e a prevenção das doenças na família, leva ao cidadão a adaptar comportamento de risco à saúde pública. A hepatite B na gestante é uma doença que apresenta múltiplos riscos para a grávida e para o seu bebé. É de suma importância a necessidade do esclarecimento das consequências da hepatite B, nas mães adultas e nos recém-nascidos de 0 a 29 dias. Outro factor motivador para o desenvolvimento do presente estudo foi por ter notado durante a nossa estadia no Hospital geral do Bengo, o fraco conhecimento da doença por parte de algumas puérperas.

Estrutura do trabalho

O nosso trabalho começa por uma introdução que esclarece a teoria da pesquisa, e apresenta 3 capítulos.

I Capítulo abordamos as questões teóricas e concepituais sobre adesão das puérperas com a hepatite B. sua etiologia, diagnóstico laboratório, tratamento e prevenção.

II Capítulo, a metodologia utilizada na elaboração do trabalho

III Capítulo, relata os resultados e discussões obtidos, em função destes resultados apresenta-se as conclusões e sugestões e por fim seguirão as referências bibliográficas e apêndice e anexo.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definição de termos e conceitos

A Hepatite B (HBV): É uma doença infecto-contagiosa causada por um vírus que se instala e causa inflamação no fígado e graves alterações hepáticas.

A Hepatite B não tratada pode evoluir para cirrose hepática, insuficiência hepática e até mesmo causar o câncer do fígado (Barros, 2011).

A maioria dos infectados sequer sabem que são portadores da doença, por que a maior parte dos casos é assintomática (Miyazato, 2017 & Angeline, 2019),

A hepatite B na gravidez: É perigosa, pois há um grande risco da gestante infectar o bebê na hora do parto. No entanto, a contaminação pode ser evitada se a mulher apanhar a vacina contra a hepatite B antes de engravidar, ou a partir do segundo trimestre da gestação. Além disso, logo após o nascimento o bebê deverá apanhar a vacina e injeções de imunoglobulina para combater o vírus e assim não desenvolver a hepatite B. (Tavares, 2018 & Robbin, 2016).

Puérpera: Puerpério é o período que ocorre logo após o parto, também denominado de pós-parto. Nesta fase, o corpo da mulher está em processo de recuperação da gravidez, sofrendo uma série de modificações físicas e psicológicas. Durante o puerpério, a mulher é clinicamente chamada de puérpera (Caetano, 2016 & Souza, 2016).

Consulta Pré-natal: Consulta pré-natal é a assistência médica e de enfermagem prestada à mulher durante todos os nove meses em que esteja grávida. O pré-natal destina-se a garantir o melhor estado de saúde possível para a mãe e para o bebê até ao momento do parto (Barros, 2011, p.85 & Alvariz 2018)

A consulta pré-natal deve seguir uma periodicidade. Geralmente, a visita ao médico deverá ser mensal até o sétimo mês de gestação. Depois da trigésima semana, a consulta é indicada a cada quinze dias e no último mês de gravidez, recomenda-se que seja realizada semanalmente. Essa periodicidade pode variar de acordo com a

saúde da paciente e com as orientações médicas. Cada gravidez precisa de uma atenção especial, por isso a mãe durante os 9 meses de gravidez deve dirigir-se mensalmente à consulta pré-natal, iniciando o mais cedo possível para acompanhar a sua saúde e a saúde do seu bebé (Feinberg, 2016, p. 78).

Hospital:

A palavra hospital é de origem latina (Hospitalis) e de origem relativamente recente. Vem de hospes – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de nosocomiu, de fonte grega. Já o dicionário de Língua Portuguesa, Estabelecimento onde se recebem e tratam a doença.

1.2. Anatomia do fígado

É a víscera mais volumosa do corpo humano, com um peso aproximado de 1 500 g no adulto. Está situado na parte superior direita da cavidade abdominal, por baixo do diafragma e protegido pelas últimas costelas. De uma cor vermelha escura, consistência mole e superfície lisa, está envolto por uma fina membrana fibrosa, denominada cápsula de Glisson, e pelo peritoneu.

Embora seja um órgão compacto, podem-se distinguir no fígado diversas partes ou lóbulos. O maior é o lóbulo direito, separado do lóbulo esquerdo por uma prega do peritoneu denominada ligamento falciforme; na parte inferior, verificam-se outros dois mais pequenos: o lóbulo caudado e o lóbulo quadrado.

Pela parte inferior do fígado, através de um sulco denominado hilo hepático, penetram no órgão dois grandes vasos: a artéria hepática e a veia porta, que transporta o sangue vindo do tubo digestivo e do baço.(Caetano,2019).

Estes vasos ramificam-se repetidamente no interior do fígado, formando uma rede extremamente complexa de capilares sanguíneos, que entram em contacto com cada uma das células hepáticas, com as quais mantêm um abundante intercâmbio de substâncias para, finalmente, confluir e constituir as veias supra-hepáticas - estas emergem na parte superior do órgão e trazem o sangue vindo do fígado para a veia cava inferior. (Caetano et al, 2019).

1.3. Histologia

O fígado é constituído principalmente por células hepáticas ou hepatócitos. Os hepatócitos têm formato poliédrico e medem 20-30 μm . Estes se agrupam em placas que se anastomosam entre si formando unidades morfológicas chamadas lóbulos hepáticos. Nestes, os hepatócitos se dispõem em placas orientadas radialmente. Cada placa é constituída por células dispostas em uma só camada. Cada lóbulo é uma massa poliédrica de tecido hepático de cerca de 0.7 por 2 mm de tamanho. Os lóbulos se encostam uns nos outros em quase toda sua extensão. No entanto, em algumas regiões, os lóbulos ficam separados por tecido conjuntivo e vasos. Estas regiões ocupam os cantos do poliedro e recebem o nome de espaços-porta (Caetano, 2016).

Cada espaço-porta é composto por uma vênula e uma arteríola (ramos da veia porta e da artéria hepática, respectivamente), um ducto biliar, vasos linfáticos e nervos. Este conjunto é cercado por uma capa de tecido conjuntivo, contínua com a cápsula de Glisson, que recebe o nome de placa limitante (Alvariz, 2018).

O espaço-porta também pode receber o nome de tríade porta pois, suas estruturas predominantes são a vênula, a arteríola e o ducto biliar. Da tríade, o sangue atravessa a placa limitante através de canais controlados por esfíncter. Esses canais descarregam o sangue numa rede de capilares chamada de sinusóides (Souza, 2018).

Os sinusóides são capilares que ocupam o espaço entre as placas de hepatócitos. Suas paredes são revestidas de células endoteliais típicas e macrófagos que, no fígado, recebem o nome de células de Kupffer. As células de Kupffer têm função fagocitária e pertencem ao sistema retículo endotelial. O estreito espaço que separa os sinusóides dos hepatócitos recebe o nome de espaço de Disse o qual é composto por fibras reticulares (Alvariz, 2018)

Devido à sua reduzida dimensão só pode ser melhor estudado com o advento da microscopia electrónica. Um terceiro tipo de célula na parede do sinusóide é a chamada célula de alto ou “célula gorda” que, supostamente, teria um papel na fibrogênese. Os capilares sinusóides desembocam em uma veia localizada no centro

do lóbulo chamada veia centrolobular a qual é o ramo inicial da veia hepática. As veias centrolobulares atravessam os lóbulos em sentido longitudinal e, ao saírem destes, desembocam em ângulo recto nas veias sub-lobulares que penetram nas trabéculas do estroma hepático e se unem para formar as veias hepáticas. (Caetano et al, 2016).

Como o sangue percorre os sinusoides da periferia para o centro dos lóbulos, os hepatócitos estão sob gradiente de composição sanguínea. Os mais periféricos recebem em primeiro lugar tanto nutrientes quanto oxigénio, com eventuais toxinas trazidas pela veia porta e artéria hepática. Isto explica as diferenças entre as células centrolobulares e as perilobulares (Alvariz, 2018)

Além do espaço de Disse, outra estrutura que fica entre os hepatócitos é o canalículo biliar. Este não tem parede própria e é a primeira estrutura colectora de bile. Os canalículos se dirigem do centro para a periferia onde desembocam em um ducto curto denominado canal de Hering. Os ductos biliares gradualmente se alargam até se fundirem formando o ducto hepático que sai do fígado. O índice de número de ductos biliares/número de espaços-porta deve ser superior a 0.4 (0.9-1.8 em crianças normais). Para tanto, é necessária presença de, pelo menos, 10 espaços para avaliação. Índice ≤ 0.4 indica hipoplasia ductal. (Caetano et al, 2016).

Ácino hepático: é a unidade funcional do fígado. Compreende massa de parênquima dependente do suprimento sanguíneo através do trato porta. As células estão dispostas em zonas concêntricas que cercam os vasos aferentes terminais. Zona 1 (periportal) – mais próxima ao espaço porta, é a primeira a receber sangue com alto conteúdo de oxigénio, insulina e glucagon (André, 2020)

Tem alta taxa metabólica e é a última a sofrer necrose e a primeira a mostrar sinais de regeneração. Zona 3 (centrilobular) – mais próxima às veias hepáticas terminais, recebe sangue por último. Aqui estão muitas das enzimas que participam de biotransformação (NADPH citocromo P450-redutase). Zona 2 (mediolobular) – recebe sangue com conteúdo intermediário de oxigénio (Miyazato, 2017).

Microscopia electrónica: o organelo mais evidente do hepatócito é o retículo endoplasmático. No RER é que ocorre a síntese de várias proteínas entre as quais a albumina, protrombina e o fibrinogênio. Outro componente importante é o glicogênio, de quantidade bastante variável. Funciona como um depósito que a célula mobiliza quando ocorre hipoglicemia.(Caetano et al, 2016).

1.4. Perspectiva Histórica dos Primeiros casos

O relato mais antigo de uma epidemia causada pelo vírus da Hepatite B foi feito por Lurman em 1885. Um surto de Varíola ocorreu no Bremen em 1883 e 1889 empregados das docas foram vacinados com linfa de outras pessoas. Após várias semanas, e até oito meses depois, 191 dos trabalhadores vacinados ficaram doentes com Icterícia e foram diagnosticados como sofrendo de hepatite do soro. Outros empregados que tinham sido inoculados com diferentes lotes de linfa permaneceram saudáveis (Miyazato, 2015).

O artigo de Lurman, agora apontado como um exemplo clássico dum estudo epidemiológico, provou que a linfa contaminada foi a fonte do surto. Mais tarde, numerosos surtos semelhantes foram reportados após a introdução, em 1909, de agulhas hipodérmicas que foram usadas, e mais importante reutilizadas, para administrar "Salvarsan" para o tratamento da sífilis.

O vírus não foi descoberto até 1965 quando Baruch Blumber, então trabalhador no "National Institutes of Health (NIH)", descobriu o Antígeno Austrália (que mais tarde veio a ser conhecido como sendo o antígeno de superfície da Hepatite B, ou HBsAg) no sangue de aborígenes australianos. Apesar de se suspeitar da existência do vírus desde que MacCallum publicou a sua pesquisa em 1947. Em 1970, D.S. Dane e outros descobriram a partícula vírica através de um microscópio electrónico. No início de 1980, o genoma do vírus foi sequenciado, e as primeiras vacinas estavam a ser testadas (Miyazato, 2017).

1.5. Etiologia

Os agentes etiológicos das hepatites virais são vírus com afinidades pelo tecido hepático (hepatócitos), por isso também são chamados de vírus hepatotrópicos e são distinguidos por letras do alfabeto: vírus A, B, C, D e E (BRASIL, 2008a), que se distinguem entre si pela sequência de nucleotídeos no genoma (BRASIL, 2009c).

O vírus da hepatite B é um hepadnavírus - hepa, de hepatotrópico (atraído para o fígado) e DNA, porque é um vírus de DNA - e tem um genoma circular de ADN de cadeia dupla parcial e apresenta celoma. Os vírus replicam através de uma forma intermediária de RNA por transcrição reversa, que, na prática, os relaciona com os retrovírus. Embora a replicação tenha lugar no fígado, o vírus propaga-se para o sangue, onde as proteínas virais e anticorpos contra eles são encontrados em pessoas infectadas. (Caetano et al, 2016).

1.6. Epidemiologia

Cerca de 5% da população mundial terá a doença ou será portadora sem sintomas. Nos Estados Unidos há 300 000 novos casos por ano e 4000 mortes. Em todo o mundo existem cerca de 240 milhões de portadores da hepatite B crónica, tornando-a uma das piores pandemias actualmente. Cerca de 25% (1 em cada 4) dos adultos infectados crónicos durante a infância morreram de cancro ou cirrose.

Os grupos mais vulneráveis são os de indivíduos que praticam sexo desprotegido e utilizadores de drogas intravenosas. A imunização (vacina contra hepatite B) protege eficazmente contra a doença.

1.7. No Brasil

Entre 1999 e 2011, a região Sudeste concentrou 36,6% dos casos e a região Sul concentrou 31,6% das notificações. No Brasil, a taxa de infectados passou de 0,3%, em 1999, para 6,9%, em 2010. A região Sul regista os maiores índices de novos casos desde 2002, seguida da região Norte. Um total de 120. 343 foram notificados no país nesse período. A via sexual é a forma predominante de transmissão sendo responsável por 52,7% dos casos. A região amazónica também possui altos índices de infectados.

A vacina está disponível para todas as idades em quase todos os postos de saúde do país e é a medida mais eficaz de prevenção.

1.8. Em Portugal

Em 2015 houve 24 mil novos casos notificados, um grande progresso comparado a média de 120 mil novos casos em pesquisas passadas. A melhora está associada aos progressos feitos pelo plano nacional de vacinação que vacinaram

cerca da metade da população. O distrito de Bragança apresenta os valores mais baixos de imunização com 26,7% e o de Faro os mais altos valores com 59,5% de imunizados.

1.9. Na África

Na África subsariana, assim como grande parte da Ásia e do Pacífico, os portadores crónicos representam 8% a 10% da população. Nestas regiões, o câncer do fígado causado pela hepatite B está entre as três primeiras causas de morte por câncer.

1.10. Em Angola

No nosso país a doença é cada vez mais frequente apontando para uma tendência a aumentar, não tem dados oficiais mais recentes mas algumas estatísticas apontam para mais de 12 % o aumento de casos em relação as doenças mais frequentes em todo o país (MINSA 2013).

1.11 Forma de transmissão

A transmissão do HBV se dá por via parenteral: através do contacto com materiais orgânicos contaminados, como a partilha de seringas e agulhas contaminadas, procedimentos médicos/hospitalares e odontológicos, com materiais sem correcta esterilização, realização de tatuagens e colocação de piercings sem os cuidados com biossegurança; sexual: relação sexual sem protecção; vertical: transmissão da mãe para o filho, no trabalho de parto; O HBV não é transmitido através do uso de talheres, pratos, abraço ou outros tipos de contacto que não ocorra troca de material orgânico contaminado. (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2008a).

Em 90% dos casos as pessoas adultas expostas exclusivamente ao HBV, evoluem para a cura espontânea, sendo que entre 5 e 10% dos adultos expostos exclusivamente ao HBV, permanecem com o vírus por mais de seis meses e ocorre a evolução da forma crónica. Os portadores crónicos do HBV apresentam risco elevado de desenvolverem cirrose hepática e neoplasias primárias, sendo essa vulnerabilidade, sensível aos factores comportamentais como o tabagismo, etilismo, uso de medicações e factores genéticos (BRASIL, 2009c).

1.12. HEPATITE AGUDA

O resultado desta hepatite depende do equilíbrio entre o comportamento do vírus e a defesa do hospedeiro (a "vítima"). Se a quantidade de células infectadas é pequena e a defesa é adequada, a hepatite B pode ser curada sozinha sem sintomas (70% dos casos). Se a quantidade de células infectadas é grande, a reacção pode levar aos sintomas (30%).

O vírus da hepatite B pode permanecer no organismo, podendo infectar outras pessoas, por semanas antes dos sintomas, variando de 6 semanas a 6 meses. Os sintomas iniciais são mal-estar, dores articulares e fadiga, mas depois podem evoluir para dor local, icterícia (amarelão), náuseas e falta de apetite. Os sintomas desaparecem em 1 a 3 meses, mas algumas pessoas podem permanecer com fadiga mesmo depois da normalização dos exames (Caetano, 2016)

Em alguns poucos casos (0,1-0,5%), a resposta do organismo é tão exagerada que há destruição maciça dos hepatócitos (**hepatite fulminante**), podendo ser fatal. Cerca de 50% dos casos de hepatite fulminante estão relacionados à infecção com hepatite B. O sintoma que mais sugere a hepatite fulminante é o desenvolvimento de alterações neurológicas (sonolência, confusão mental), além de sangramentos e dificuldade respiratória.(BRASIL, 2009b).

1.13 Hepatite crónica

Em cerca de 3-8% dos adultos, a defesa imunológica não consegue destruir as células infectadas e a inflamação (hepatite) persiste. Quando a infecção persiste por mais de 6 meses, definindo hepatite crónica, a chance de cura espontânea é muito baixa. Os sintomas mais comuns são falta de apetite, perda de peso e fadiga, apesar da maioria das pessoas ser assintomática.

Outras manifestações extra-hepáticas, mais raras, incluem artralgias, artrite, poliarterite nodosa, glomerulonefrite, derrame pleural, púrpura de Henoch-Schölein, edema angioneurótico, pericardite, anemia aplástica, pancreatite, miocardite, pneumonia atípica, mielite transversa e neuropatia periférica.

Com a destruição crónica das células, estas aos poucos vão dando lugar às cicatrizes, até o desenvolvimento de cirrose. Até cerca de 50% destas pessoas com cirrose vai desenvolver um câncer de fígado(hepatocarcinoma), mas mesmo antes da cirrose o hepatocarcinoma pode surgir. De fato, o risco anual de desenvolvimento de hepatocarcinoma é de 0,06-0,3% em portadores sãos, 0,5-0,8% na hepatite crónica activa e 1,5-6,6% na cirrose. Deve-se lembrar no entanto que o uso de álcool e a co-infecção com hepatites A, C ou D costumam piorar muito o curso da doença.(BRASIL, 2013).

1.14 Hepatite adquirida ao nascimento

No caso de crianças que entram em contacto com o vírus no parto, o sistema imunológico é incapaz de desenvolver uma boa defesa. Isto faz com que um grande número de células se infectem e, com o tempo, o organismo desenvolve uma certa "tolerância", gerando uma hepatite crónica leve em cerca de 90% dos casos. O risco de hepatite crónica já diminui para 20-50% quando há infecção em crianças entre 1-5 anos. Em adultos com deficit de imunidade, o risco é de cerca de 50% (Miyazato, 2017)

• Fase aguda

Na fase aguda, recomenda-se, além da avaliação clínica, a colecta de exames para avaliar lesão hepatocítica (transaminases) e função hepatocítica (eletroforese de proteínas, tempo/actividade de protrombina e dosagem de factor V) a cada 15 a 30 dias. Quando houver evidências laboratoriais de que a lesão hepatocítica está diminuindo, os exames de função tornam-se dispensáveis, devendo ser solicitados apenas se houver suspeita clínica de insuficiência hepática. A soroconversão rápida (em menos de 3 meses) de HBeAg para anti-HBe indica que provavelmente haverá resolução espontânea da hepatite. Mas recomenda-se o acompanhamento até a soroconversão HBsAg para anti-HBs, que pode demorar 6 meses (André, 2020).

• Hepatite crónica hbeag positiva

Se carga viral baixa (PCR < 100.000 cópias / ml):

- Monitoramento a cada 6-12 meses.

Se carga viral alta (PCR > 100.000 cópias / ml):

- ALT normal: considerar biopsia e tratar se doença activa
- ALT elevado: iniciar tratamento

- **Hepatite crónica anti-hbe positiva**

Ao contrário da soroconversão da fase aguda, na fase crónica o aparecimento do anti-HBe pode não ser um bom sinal. Ele pode ocorrer em fases mais avançadas da doença, pode significar a presença de vírus mutante (que é mais agressivo e responde pior ao tratamento) ou uma doença com fase de melhora e piora (reactivações ou "flares"), que só serão detectadas com um acompanhamento rigoroso (André, 2020).

Se carga viral baixa (PCR < 10.000 cópias / ml):

Monitoramento a cada 6-12 meses.

Se carga viral alta (PCR > 10.000 cópias / ml):

ALT normal: biopsia e tratar se doença activa (mínimo de 12 meses)

- ALT elevado: iniciar tratamento (mínimo de 12 meses)

- **Se não for indicado nenhum tratamento**

Recomenda-se a realização semestral dos seguintes exames:

- Transaminases **TGP** e **TGO** -
- Hemograma
- Marcadores virais (HBeAg e anti-HBe)
- Quantificação do DNA-HBV (PCR)
- Exame de imagem (ultra-som)
- Alfa-fetoproteína

1.15 Pacientes em imunossupressão

Em pacientes com hepatite B crónica sem actividade (e mesmo naqueles com cicatriz serológica), condições que deprimem de modo significativo o sistema

imunológico, como quimioterapia e uso de imunossupressores para doenças auto-imunes e transplante de órgãos, podem levar a reactivação da hepatite, que pode ser intensa e grave. Por esse motivo, recomenda-se que todo paciente anti-HBc e/ou HBsAg positivo que seja submetido a este tipo de tratamento seja tratado profilaticamente (iniciando 1 semana antes e mantendo até 1 ano após o tratamento) com medicação específica, sendo que a primeira escolha é a lamivudina (100 mg/d em adultos e 3 mg/kg/dia em crianças (André, 2020)

1.16. Manifestações clínicas

Durante o período de incubação da doença o portador permanece assintomático, esse período dura entre 30-180 dias, enquanto que o período da infecção vai de 2-12 meses. Após a incubação, em 25% dos casos ocorre uma hepatite de progressão rápida com episódio agudo caracterizado por alguns dos seguintes sintomas (Tavares, 2018)

- Icterícia (pele e conjuntiva dos olhos amarelas);
- Febre;
- Fadiga (Cansaço);
- Dores no abdómen;
- Anorexia (Falta de apetite);
- Colúria (Urina escura);
- Fezes claras;
- Náuseas com ou sem vômito;
- Urticária (erupções na pele rosadas que causam coceira)

1.17. Diagnóstico

Para o diagnóstico da hepatite B, pode utilizar-se de informações clínicas e/ou epidemiológica, com a confirmação através da sorologia do HBV. Na utilização da sorologia do HBV necessita levar em consideração a janela imunológica, que varia de 30 a 60 dias e corresponde o período entre a exposição do indivíduo à fonte de infecção e o aparecimento do marcador serológico do HBV.

Também deve-se diferenciar aqueles que já tiveram a doença aguda, mas estão nessa altura curados, dos com hepatite crónica que necessitam de vigilância e

tratamento. São usadas técnicas elaboradas de detecção de antígenos e anticorpos diferentes que surgem em diferentes estágios da doença. O episódio agudo é diagnosticado pela detecção no sangue de antígenos HBs e HBe, e anticorpos anti-HBc além de transaminases (enzimas que existem no interior dos hepatócitos e só saem para o sangue com destruição destes: indicadores de hepatite) simultaneamente. A infecção passada resolvida caracteriza-se por anticorpos anti-HBs e anti-HBc do tipo IgG. A imunidade efectiva da vacina é determinada pela detecção de anticorpos anti-HBs do tipo IgG, mas não anti-HBc. O doente crónico apresenta no sangue antígenos HBe e HBs altos e anticorpos anti-HBc do tipo IgG mas não anti-HBs. Além disso, pode ter transaminases elevadas (hepatite activa) e testes para a presença de vírus no sangue (PCR) positivos. (Miyazato, 2017).

❖ Diagnóstico laboratorial

Exames iniciais que devem ser realizados quando há suspeita de Hepatite:

- ✓ Bilirrubinas; Glicose;
- ✓ Amilase (em pacientes com história de ingestão de bebidas alcoólicas);
- ✓ Ureia / Creatinina, em pacientes com idade superior a 40 anos;
- ✓ Urina (EAS), em crianças e pacientes do sexo feminino (André, 202).

❖ Métodos de diagnóstico

Os métodos de diagnósticos podem ser imunológicos ou biologia molecular.

❖ Imunológico enzimático

Observação: As amostras de pacientes tratados com heparina podem coagular parcialmente e podem produzir resultados erróneos devido à presença de fibrina. Para prevenir este fenómeno deve-se colher a amostra antes da terapia com heparina.

Material: Colecta de sangue suficiente para obter 0,5 ml de soro ou plasma (EDTA), para cada tipo de vírus que se deseja pesquisar. Observar Jejum de 8 horas

- ✓ **Conservação:** Até 14 dias entre 2 e 8º C.
- ✓ **Observação:** As amostras de pacientes tratados com heparina podem coagular parcialmente e podem produzir resultados erróneos devido à presença de fibrina. Para prevenir este fenómeno deve-se colher a amostra antes da terapia com heparina.

❖ **Quadro de interpretação dos resultados para o diagnóstico da hepatite b:**

HBsAg	HBeAg	IgM anti-HBc	IgG anti-HBc	Anti- HBs	Anti- HBe	Interpretação
+	+	+				Hepatite B aguda
			+	+	+	Hepatite B curada
+	+		+			Hepatite crônica ativa
+			+		+	Hepatite crônica com baixa atividade

❖ **Exames de biologia molecular**

Os testes de biologia molecular são utilizados para detectar a presença do ácido nucleico do vírus (DNA para o vírus da hepatite B e RNA para os demais vírus da hepatite). Os testes podem ser qualitativos (indicam a presença ou ausência do vírus na amostra pesquisada), quantitativos (indicam a carga viral presente na amostra) ou de genotipagem (indicam o genótipo do vírus). Para realização dos testes de biologia molecular existem várias técnicas (Polimerase Chain Reaction ou PCR,

hibridização, branched-DNA ou b-DNA, sequencialmente, Transcription-Mediated Amplification ou TMA).

A definição da técnica a ser utilizada depende da informação clínica que se quer obter – presença ou ausência do vírus, replicação viral, genótipo do vírus, pesquisa de mutações no genoma viral, etc.

Na prática, os testes de biologia molecular são utilizados para:

- Confirmação diagnóstica;
- detecção da viremia;
- Monitoramento terapêutico;
- Avaliação de resposta virológica sustentada da hepatite crônica pelo vírus C;
- Diagnóstico de acidente ocupacional;

- Diagnóstico de transmissão vertical do vírus C;
- Diagnóstico em imunossuprimidos;
- Na suspeita de mutação pré-core do HBV (pacientes HBeAg não reagentes para diferenciar portador inactivo de pacientes com hepatite crónica);
- Na suspeita de resistência à lamivudina (André, 2020).

O HBV-DNA deve ser utilizado em situações onde há indicação de agressão hepatocelular e suspeitas de que os pacientes desenvolveram cepas mutantes do vírus mediante pressão imunológica (pré-core) ou no curso de terapia anti-viral (YMDD). Nestas circunstâncias os marcadores serológicos de replicação viral são negativos, sendo necessário fazer exames de biologia molecular, onde poderá ser detectado o ADN viral em alta circulação no soro, o que caracteriza replicação viral activa. (Mello et al, 2004).

❖ Prognóstico

Conforme os anos passam, caso o organismo não combata adequadamente o vírus (cerca de 10% dos casos), o vírus segue danificando o fígado e pode causar:

- Cirrose hepática;
- Insuficiência hepática;
- Carcinoma hepatocelular (Câncer de fígado);
- Esplenomegalia (aumento do baço);
- Ascite (acúmulo de líquidos na cavidade abdominal);
- Encefalopatia hepática (danos no cérebro).

1.18. Factores de risco para transmissão do vhb

- Transfusão de sangue ou derivados
- Uso de drogas ilícitas
- Hemodiálise
- Exposição a sangue por profissionais da área de saúde
- Preceptores de órgãos ou tecidos transplantados

- Recém-nascido de mães portadoras (HbsAg+)
- Contactos sexuais promíscuos ou com parceiros sabidamente portadores
- Exposição a sangue por material cortante, perfurante e de uso colectivo sem esterilização adequada:

- **Procedimento médico-odontológico**

- Tatuagem
- Acupunctura
- Manicure/pedicure
- ‘Body piercing’
- Contacto social ou familiar com material de uso pessoal (barbeadores, escovas dentais, etc.)
- Medicina” tradicional, escarificações (Leopoldino, 2015).

1.19. Tratamento

No caso agudo o tratamento é predominantemente para aliviar os sintomas (paliativo), pois em 90-95% dos casos o próprio organismo elimina a doença. Vários agentes antivirais têm sido usados no tratamento dos indivíduos com hepatite crónica, entre eles destacam-se o intérferon alfa, a lamivudina, o famciclovir e o adefovir dipivoxi. Pesquisas mostram que um grande número de factores influenciam a eficiência do tratamento antiviral sendo bastante difícil descobrir qual será eficiente e qual não. Para piorar o vírus frequentemente desenvolve resistência aos remédios com menos efeitos colaterais nos primeiros anos (40% no caso da lamivudina) (Leopoldino, 2015).

A escolha do tratamento vai depender dos resultados de AgHbs, AgHbe/anti Hbe, DNA-VHB, ALT/AST e da histologia. Mesmo com o tratamento ainda há risco de cirrose e câncer hepático. Novos tratamentos e pesquisas estão sendo feitos para desenvolver medicamentos mais eficientes.

Entre 0,2 e 0,3% dos casos crónicos são fulminantes ou sub-fulminante e precisam ser tratados em UTI e requer transplante de fígado urgente. (Fresta et al, 2008).

1.20. Profilaxia

A vacina para a hepatite B é altamente efectiva e praticamente isenta de complicações (pode causar apenas reacções no local da injeção). Como a hepatite B é uma das principais causas de câncer de fígado no mundo, a vacinação não previne apenas a hepatite como também o câncer. Mais de 80 países já adoptaram a vacinação de toda a população como estratégia de combate à doença.

A vacina consiste de fragmentos do antígeno da hepatite B HBsAg, suficiente para produzir anticorpos mas incapaz de transmitir doença. A dose da vacina é de três injeções intramusculares, sendo a segunda após 1-2 meses e a terceira 5 meses após a primeira. Neste esquema, 95% produzem os anticorpos e, nestes, a protecção contra a hepatite é próxima de 100%. A imunidade costuma durar pelo menos 10 anos, mas pode persistir por toda a vida, podendo ser avaliada por exame de sangue. (Tavares, 2018).

Doses recomendadas das vacinas contra hepatite B				
Indicação	Engerix (GSK)	Dosagem	Recombivax (Merck)	Dosagem
Recém-nascidos	Pediátrica	0,5 ml / 10 mg	Pediátrica	0,5 ml / 5 mg
Crianças e adolescentes	Pediátrica	0,5 ml / 10 mg	Pediátrica	0,5 ml / 5 mg
> 20 anos	Adulta	1,0 ml / 20 mg	Adulta	1,0 ml / 10 mg
Em diálise ou imunocomprometidos	Adulta	2,0 ml / 40 mg	Adulta	4,0 ml / 40 mg

Fonte: (Alvariz, 2018)

A vacina é indicada em todas as crianças e adolescentes até 18 anos. Entre adultos, deve ser utilizada em pessoas de alto risco (trabalhadores da área da saúde, homossexuais, usuários de drogas endovenosas e outros). Gravidez, amamentação e uso de antibióticos não contra-indicam a vacinação (Caetano, 2018).

Não são recomendadas "doses de reforço" para a vacina contra a hepatite B, pois mesmo que o nível de anticorpos desapareça com o tempo, há memória imunológica duradoura e rápida produção de anticorpos quando há contacto com o vírus. Por esse motivo, não recomenda-se a realização de sorologia após a vacinação, a não ser em casos especiais (recém nascidos de mãe com hepatite B, imunodeficientes, nefropatas em diálise, parceiros sexuais de portadores e profissionais da saúde com contacto com sangue contaminado). Nesses casos, se a sorologia demonstrou ausência de resposta à vacinação (sem títulos protectores de anti-HBs), é possível a realização de uma segunda série, com eficácia de cerca de 50%.

As reacções adversas mais comuns são leves, com dor (3%) e enduração (quase 10%) locais ou febre (0,2 a 1,0%), aparecendo no primeiro dia após a vacinação. Reacção grave, anafilática, ocorre apenas em 1 a cada 600.000. (Tavares, 2018).

1.21. A hepatite B na gestante

A infecção pelo VHB na gestação costuma ter o mesmo comportamento do já descrito na população geral, fazendo parte das possibilidades diagnósticas de uma doença do fígado que surja durante a gestação (como colestase intrahepática e síndrome HELLP). Apesar da possibilidade de hepatite aguda grave, não está associada a risco de malformações do bebé, excepto um risco pouco maior de baixo peso ao nascer, prematuridade e diabetes gestacional (Miyazato, 2017)

Em portadoras de hepatite B que engravidam, a gravidez pode ou não interferir na evolução da doença. A quantidade de vírus circulante pode aumentar, assim como as transaminases. O parto pode também não ter qualquer efeito, como também pode provocar o aparecimento de exacerbação da doença e até a soroconversão espontânea. Se a gestante tem hepatite B sem actividade, ou com actividade leve, não recomenda-se o tratamento durante a gravidez, sugerindo-se aguardar o parto.

No entanto, hepatites mais severas podem exigir o tratamento. A lamivudina, embora não recomendada durante a gravidez, não está associada malformações em incidência maior que na população geral, podendo ser utilizada. No caso de pacientes com hepatite B em tratamento que engravidam, não há consenso sobre o que deve ser feito, devendo-se analisar as possibilidades caso a caso (Tavares, 2018)

A transmissão do vírus da mãe para a criança é um ponto muito importante. O risco de transmissão chega a 90% em mães com sorologia HBeAg positiva. Acredita-se que quase a totalidade das transmissões ocorra durante o parto, com um pequeno risco de transmissão pela placenta. Apesar de estudos iniciais sugerindo maior risco de transmissão por parto normal, estudos subsequentes não observaram diferença de risco entre parto normal, forceps ou cesariana (Alvariz, 2018).

1.22. Sinais e sintomas da hepatite b na gravidez

Os sinais e sintomas da hepatite B aguda na gravidez incluem:

- Pele e olhos amarelados;
- Enjoo;
- Vômitos;
- Cansaço;
- Dor no abdômen, principalmente na parte superior direita, que é onde se encontra o fígado;
- Febre;
- Falta de apetite;
- Fezes claras, como massa de vidraceiro;
- Urina escura, como cor de coca-cola.

Na hepatite B crônica a gestante, normalmente, não apresenta sintomas, embora esta situação também tenha riscos para o bebê.

1.23. Factores de riscos da hepatite b na gravidez

Os riscos da hepatite B na gravidez podem ocorrer tanto para a grávida como para o bebê.

❖ Riscos para a grávida

A grávida, quando não realiza o tratamento contra a hepatite B e não segue as orientações do hepatologista, pode desenvolver doenças graves do fígado, como cirrose hepática ou câncer do fígado, causando danos que podem ser irreversíveis.

❖ Riscos para o bebê

A hepatite B na gravidez geralmente é transmitida para o bebê na hora do parto, através do contato com o sangue da mãe, e em casos raros, também é possível haver contaminação através da placenta. Por isso, logo após o nascimento, o bebê deverá receber uma dose da vacina contra a hepatite B e uma injeção de imunoglobulina até 12 horas após o parto e mais duas doses da vacina no 1º e no 6º mês de vida. A amamentação pode ser feita normalmente, pois o vírus da hepatite B não passa pelo leite materno (Caetano,2018).

1.24.Tratamento da hepatite b na gravidez

O tratamento da hepatite B aguda na gravidez inclui repouso, hidratação e dieta pobre em gordura, que ajudam na recuperação do fígado, e para prevenir a contaminação do bebê o médico pode sugerir as vacinas e as imunoglobulinas.

No caso de hepatite B crônica na gravidez, mesmo que a grávida não apresente nenhum sintoma, o médico poderá receitar o uso de algumas doses de Lamivudina para diminuir o risco de contaminação do bebê.

Juntamente com a Lamivudina, o médico poderá prescrever injeções de imunoglobulina para a gestante tomar nos últimos meses de gravidez, para diminuir a carga viral no sangue e assim diminuir o risco de infectar o bebê. No entanto, esta decisão é feita pelo hepatologista, que é o especialista que deve indicar o melhor tratamento. (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2008a).

❖ Tratamento da hepatite b no bebê

O tratamento da hepatite B no bebê está indicado quando a mãe tem hepatite B durante a gravidez, pois há um risco grande do bebê ficar infectado com o vírus da hepatite B no momento do parto normal ou cesárea devido ao contato do bebê com o sangue da mãe.

Desta forma, o tratamento para hepatite B no bebê consiste na vacinação contra o vírus da hepatite B, em várias doses, sendo que a primeira acontece logo nas primeiras 12 horas após o nascimento.

Para evitar que o bebê desenvolva hepatite B crônica, que pode causar cirrose hepática, por exemplo, é importante respeitar todas as doses de vacinação contra a hepatite B que fazem parte do plano nacional de vacinação.

❖ **Como garantir que o bebê não será contaminado**

Para garantir que o bebê, filho de mãe portadora da hepatite B aguda ou crônica, não seja contaminado é recomendado que a mãe siga o tratamento proposto pelo médico e que o bebê imediatamente após o nascimento apanhe a vacina contra a hepatite B e as injeções de imunoglobulina específica contra a hepatite B (Leopoldino, 2015).

Cerca de 95% dos bebês que são tratados desta maneira ao nascer não ficam contaminados com o vírus da hepatite B.

Como o vírus da hepatite B não passa para o leite materno, a mãe com hepatite poderá amamentar o bebê, sem nenhum risco de transmissão do vírus.(BRASIL, 2009b).

❖ **Amamentação e hepatite B**

A amamentação deve ser feita mesmo que o bebê ainda não tenha recebido a vacina da hepatite B. Apesar do vírus da hepatite B ser encontrado no leite materno da mulher infectada ele não existe em quantidade suficiente para causar a infecção no bebê.

Os bebês que nascem de uma mulher infectada com qualquer vírus da hepatite devem ser imunizados logo ao nascer e novamente aos 2 anos de idade. Alguns médicos defendem que a mãe só não deve amamentar se ela estiver infectada com o vírus da hepatite C devendo recorrer ao leite em pó até que o médico a libere para voltar a amamentar, provavelmente só depois de ter feito exames de sangue que comprovem que já não existe o vírus na corrente sanguínea ou que exista numa quantidade mínima.

A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses do bebê, mesmo que a mãe tenha alguma doença. Caso a mulher esteja doente pode perguntar ao seu médico se esta doença pode passar para o leite

materno e afetar o bebê, a mesma recomendação é dada para as que possuem bebês com baixa imunidade.(BRASIL, 2009b).

❖ **Vacina contra a hepatite B**

A vacina contra a hepatite B e uma injeção de imunoglobulina devem ser administradas até 12 horas após o parto. Os reforços da vacina acontecem no 1º e no 6º mês de vida do bebê, de acordo com a caderneta de vacinação, para prevenir o desenvolvimento do vírus da hepatite B, evitando doenças como cirrose no fígado do bebê (Leopoldino, 2015).

Se o bebê nascer com peso inferior a 2 kg ou antes das 34 semanas de gestação, a vacinação deve ser feita da mesma forma, mas o bebê deverá tomar mais uma dose da vacina contra a hepatite B no 2º mês de vida.

O bebê pode ser amamentado mesmo quando a mãe tem hepatite B, pois o bebê recebe logo após o nascimento a vacina contra a hepatite B, mas é muito importante que, mesmo depois do bebê apanhar estas vacinas, ele tenha consultas regulares com o pediatra para acompanhar a evolução da hepatite B no organismo do bebê.

❖ **Vacina contra hepatite b na gravidez**

A vacina contra a hepatite B é a forma de prevenção mais eficaz de evitar a contaminação pelo vírus da hepatite B e, conseqüentemente, de o transmitir para o bebê, por isso, todas as grávidas que não receberam a vacina devem tomá-la antes de engravidar.

A vacina também pode ser tomada na gravidez, a partir da 13ª semana de gestação, e está recomendada para as gestantes que não foram vacinadas ou que têm o esquema de vacinação incompleto. Além disso, neste caso, a gestante também deve tomar injeções de imunoglobulina para diminuir o risco de contaminação do bebê.(BRASIL, 2009b).

❖ **Efeitos colaterais da vacina**

A vacina contra a hepatite B pode causar febre, a pele pode ficar avermelhada, dolorida e dura no local da picada e, nestes casos, a mãe pode colocar gelo no local

da picada e o pediatra pode prescrever um antitérmico para baixar a febre, como o paracetamol infantil, por exemplo. (BRASIL, 2009b).

❖ Quando apanhar a vacina da hepatite B

Todas as mulheres que não tomaram a vacina contra a hepatite B e que possuem risco de desenvolver a doença devem tomar a vacina antes de engravidar para proteger a si mesma e ao seu bebê (Caetano, 2018).

As grávidas que nunca tomaram a vacina ou que têm um esquema incompleto, podem tomar esta vacina durante a gravidez, a partir das 13 semanas de gestação, pois ela é segura. (BRASIL, 2009b).

1.25. Cuidados de enfermagem

Reforçar as recomendações para utilização de equipamentos de proteção individual: lavagens das mãos, uso de luvas. O uso de avental está indicado durante procedimento em que haja maior risco de exposição do profissional como realização de curativos. O uso de óculos de proteção é recomendado em procedimentos em que haja possibilidades de respingos de sangue ou secreções. Controlar os sinais vitais e sangramento pós parto (Suzana, 2016).

Necessidade de vacinação pré-exposição contra o VHB entre os profissionais de saúde, tida como principal medida de prevenção contra a hepatite B, devendo ser indicada para todos os profissionais de saúde que direta ou indiretamente mantêm contato com secreções ou matérias potencialmente contaminados.

Também é oportuno salientar que em 1972, foi relatada pela primeira vez, a transmissão do VHB de um profissional da saúde para um paciente, o que mostrou que profissionais não só tem a capacidade de se infectar, como também de contaminar seus pacientes (OMS,2015)

Em caso de exposição a material biológico, deve-se imediatamente lavar os local da área exposta com água e sabão em caso de exposição percutânea ou cutânea. Uso imediato de medidas específicas de vacina pré-exposição ou pós-exposição com gamaglobulina hiperimune para hepatite B. (Suzana, 2016).

O recém-nascido deve permanecer ao lado da mãe em alojamento conjunto, entretanto deve-se orientar a mãe sobre os cuidados e formas de transmissão da doença. A lavagem das mãos é fundamental antes de realizar qualquer cuidado.

O enfermeiro deve estar atento para essa situação. Assim, a atenção à saúde mãe-filho baseia-se no cuidado com manuseio de secreções maternas, principalmente o sangue e loquiação orientando-a a preservar seu filho do contato com este tipo de material, orientando quanto às noções básicas de higiene ao prestar cuidados ao recém-nascido, esclarecendo-a quanto aos potenciais riscos de contaminação (Robbin, 2016).

As orientações da puérpera quanto à amamentação é primordial, visto que, feita a imunização passiva e ativa, o aleitamento não é contra indicado, pois os riscos de transmissão da doença são praticamente nulos, e o aleitamento contribuirá para o melhor desenvolvimento do sistema imunológico desta criança.

Entretanto Lamounier 8 descreve que no leite materno de nutrizes soropositivas para o antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HbsAg) tem sido detectado no leite, e é possível que pequenas quantidades de sangue possam ser ingeridas pelo RN durante a amamentação, a partir de lesões em mamilos, mesmo que pequenas. Entretanto em todas as situações o aleitamento tem sido recomendado.

Deve-se recomendar a mãe sobre a necessidade do seguimento vacinal contra o vírus da hepatite B da criança, pois o esquema estará completo com a administração de outras duas doses (30 e 60 dias após a primeira dose) bem como a importância do seguimento do RN em ambulatório especializado.

Há descrições de surtos de hepatite B em hospitais, envolvendo transmissão de pacientes a pacientes, através de objetos e ambiente contaminados⁸. Em decorrência deste fato torna-se importante destinar um banheiro, apenas para este tipo de paciente como medida de prevenção da transmissão do VHB através do sangue proveniente da loquiação, abundante nas primeiras horas após o parto visando poupar a contaminação de puérperas que compartilham o mesmo ambiente (Robbin, 2016).

O VHB circula em altas concentrações no sangue e é cerca de 100 vezes mais infectante do que o HIV e dez vezes mais do que o vírus da hepatite C9. Desta forma, atenção especial deve ser dada aos portadores nesta fase em que se pode contaminar

o ambiente. Assim, sem discriminar recomenda-se ambiente de uso exclusivo para a paciente. Nesta fase, também recomenda-se cuidados específicos como a roupa de uso pessoal, armazenando-as em local próprio, de modo que não ofereça risco para as demais pacientes, bem como para os profissionais que manipulam esse material.

Os aspectos psico-sociais são identificados pelo enfermeiro para que seja feito um planejamento especial a fim de minimizar os riscos de transmissão do vírus. Do ponto de vista educacional, a orientação da puérpera quanto à patologia e aos cuidados com o recém nascido são fundamentais. É primordial enfatizar a necessidade de agendamento de consulta para acompanhamento de mãe e RN após a alta hospitalar.

A vigilância da infecção perinatal deve incluir, além da identificação das mães infectadas com VHB, os testes de vacinação dos lactentes nascidos de mães portadoras. Estes testes realizados nos RN após a vacinação contra Hepatite B, têm também a finalidade de identificação àqueles não respondentes e que requerem re-vacinação(Robbin,2020).

A administração da série completa das doses, da vacina é o objetivo de todos os esquemas de imunização, mas os níveis protetores de anticorpos se desenvolvem após uma dose da vacina em porcentagens diferentes nas diversas fases da vida. Descreve-se que cerca de 5% das crianças não respondem a vacinação.

Os RN que adquirem VHB durante o processo gestacional ou no parto não respondem tão bem a vacina quanto os adultos, devido à imaturidade imunológica, evoluindo, 90% deles, para o estado de portadores crônicos, sendo mais grave ainda no caso de recém-nascidos prematuros, pois a prematuridade e o baixo peso ao nascer são os prováveis fatores que influenciam na negativação da soroproteção (André, 2020)

CAPÍTULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA

Para se atingir aos resultados pretendidos em uma pesquisa, todo trabalho científico requer um método.

2.1. Tipos de pesquisas

De acordo o tipo de pesquisa foi necessário utilizar as seguintes pesquisas como descritiva, observacional do tipo prospectivo e transversal.

2. 2. Modelo de abordagem

Para o desenvolvimento e fundamentação do presente estudo e o cumprimento de todos os objectivos preconizados, decidimos que esta pesquisa seja feita a partir de uma abordagem mista (abordagem quali- quantitativa).

Segundo Michel (2005,p.20) "a abordagem qualitativa permite-nos a descoberta, a identificação, a descrição aprofundada e a geração de explicações. Busca o significado e a intencionalidade dos actos, das relações e das estruturas sócias". A abordagem qualitativa permite a recolha e análise de dados, que dada a sua natureza um tanto ou quanto subjectiva, a outra abordagem não facilitaria a sua observação.

No que toca à abordagem quantitativa Michel (2005,p.21) "considera-a como uma actividade de pesquisa que se recorre à quantificação, quer no momento de recolha de informação, quer no momento de tratamento desta.

No que toca à abordagem quantitativa Michel (2005,p.21) "considera-a como uma actividade de pesquisa que se recorre à quantificação, quer no momento de recolha de informação, quer no momento de tratamento desta.

Ela visa também a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaiem as observações." Ela estará presente nos cálculos estatísticos que nos permitirá determinar a amostra e também o tratamento dos dados.

2.3. Níveis de estruturação de métodos

Segundo Bastos & Keller (1996), definem método como o procedimento de investigação e controle que se adopta para o desenvolvimento rápido e eficiente de uma actividade qualquer.

a) Nivel Teóricos

❖ Histórico

O método histórico, o foco está na investigação de acontecimentos ou instituições do passado, para verificar sua influência na sociedade de hoje; considera que é fundamental estudar suas raízes visando à compreensão de sua natureza e função, pois, as instituições alcançaram sua forma atual através de alterações de suas partes componentes, ao longo do tempo, influenciadas pelo contexto cultural particular de cada época. (Lakatos & Marconi, 2007, p. 107).

b) Nível empírico/experimental.

Observação: Este método será útil para a recolha de dados sobre o comportamento dos pacientes pré e pós aconselhamento, bem como na recolha de certos documentos da instituição e muitos deles fazem parte dos anexos.

Análise documental: Este método será usado para a recolha de dados a partir de questionário construído e de certos processos arquivados pela direcção.

Questionário; É para esclarecer as técnicas da elaboração de questionário com perguntas fechadas, que foram elaboradas pelos autores e validadas pelo orientador, posteriormente aplicar-se-á esse questionário e Métodos matemáticos estatísticos.

• Análise percentual

Os dados serão analisados por itens e tabelas através de gráficos, utilizando para o efeito o cálculo percentual.

c) Nível Estatístico/matemático

Conforme Gil (2008, p. 17), “este método se fundamenta na aplicação da teoria estatística da probabilidade e constitui importante auxílio para a investigação em ciências sociais.”

- **Analítico**

É essencial para o desenvolvimneto do conhecimento que permite realizar análises de novas descobertas. É um método que análise suas hipóteses traçadas de forma rigorosa através da demonstração científica que determina se esta hipótes é verdadeiro ou não.

2. 4. Técnica de recolha de dados

Os nossos dados foram recolhidos através de uma entrevista e apresentados em tabelas e gráficos configurados a partir do Excel, para que haja o melhor esclarecimento.

2. 5. Instrumentos e procedimento de recolha de dados

Processos clinicos é o intrumento que foi utilizado, com objectivo de nos fornecer os dados adequados sobre essa pesquisa. Os nosso dados foram recolhidos através de uma ficha de inquerito.

❖ Critérios usados

❖ Critérios de Inclusão

Foram incluídas no estudo todas as puérperas atendidas durante o periodo em estudo de forma aliatória.

❖ Critérios de Exclusão

Foram excluídas todas as puérperas que não apareceram durante o periodo em estudo e aquelas que não aceitaram.

❖ Considerações Éticas

Por intermédio da Direção do Instituto Superior de Angola (ISA), foi dirigida uma carta à Direção do Hospital a solicitar a permissão para a elaboração do presente estudo com base no respeito aos principios éticos da pesquisa, salvaguardando o sigilo profissional, não divulgando qualquer informação que possa lesar ou desrespeitar a confiança depositada.

2. 6. População e Amostra

A população foi de 100 onde engloba puérperas e amostra foi de 50 puérperas, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

Inqueridos	População/Alvo	Amostra	Percentagem
Puérperas	100	50	100

Fonte: Elaboração própria

A população da nossa pesquisa é de cem (100) indivíduos na qual extraímos uma amostra de cinquenta (50) Puérperas usado durante a nossa pesquisa

2.7. Dificuldades encontradas

As dificuldades não faltaram, como qualquer trabalho existe dificuldades; muita morosidade na aprovação da credencial, no hospital Provincial do Bengo, para o acesso a pesquisa. Dificuldade no manuseio correcto do computador, escassez do tempo para conciliar as actividades do curso e do trabalho.

CAPÍTULO III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

Neste capítulo fez-se a apresentação dos resultados e sua discussão que foram obtidos através do questionário e observação direta de todos os dados recolhidos em tabelas e gráficos citados abaixo, sem trismalhar as regras metodológicas que a nossa instituição recomenda.

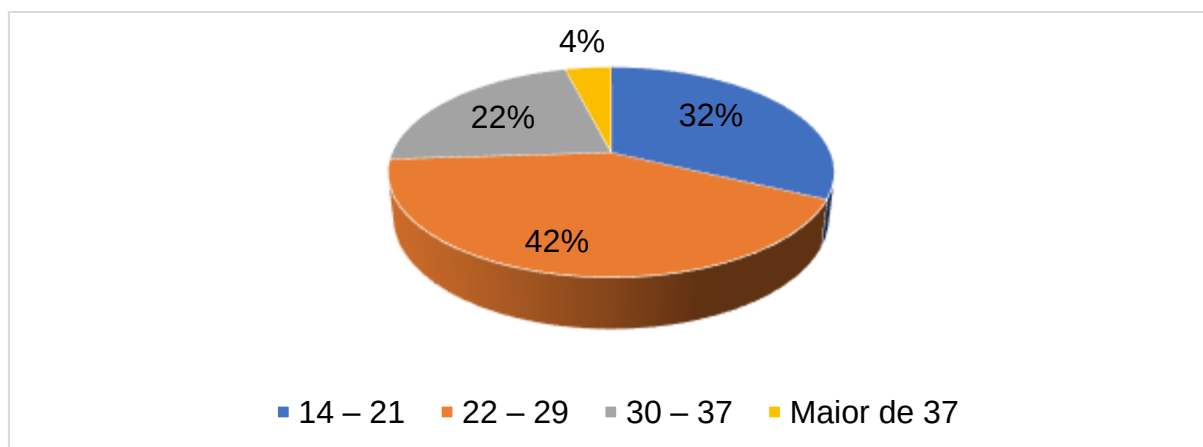
3.2. Discussão dos resultados

Tabela nº 01. Distribuição das puérperas segundo a faixa etária.

Intervalo de idades	Fº	%
14 – 21	16	32,0
22 – 29	21	42,0
30 – 37	11	22,0
Maior de 37	2	4,0
Total	50	100,0

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 1. Distribuição das puérperas segundo a faixa etária.



Fonte: Elaboração própria

Observa-se na tabela que em relação a faixa etária, as puérperas maioritariamente tinham entre 22 – 29 anos correspondendo 42,0% (21casos) seguida do grupo de 14 – 21 anos com 32% (16 casos).

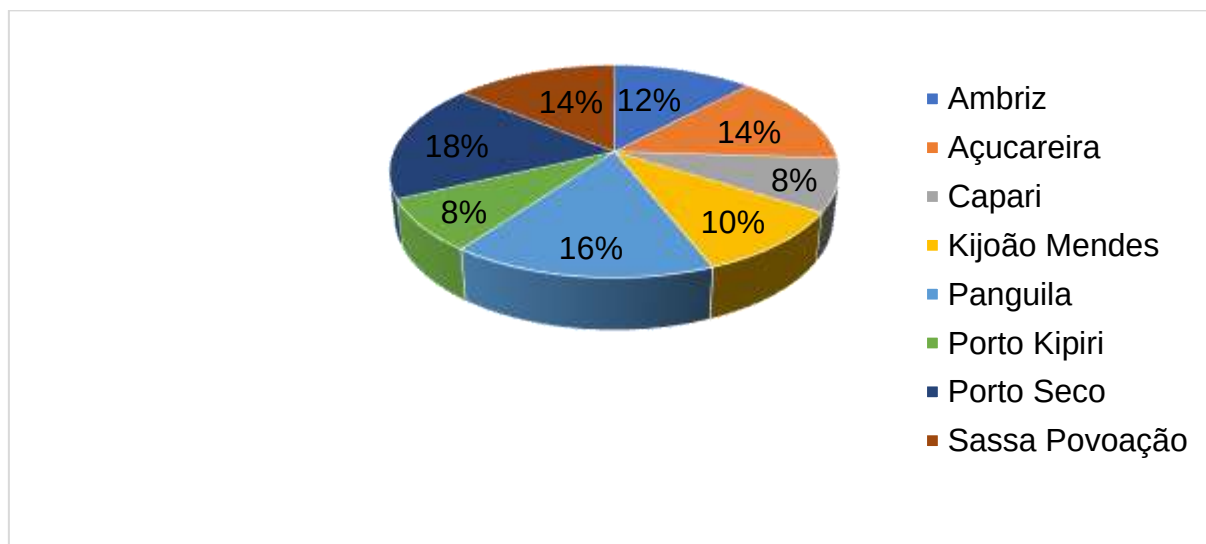
Segundo o estudo realizados por André, (2020, p.53), sobre a prevalência de hepatites B e C em puérperas, teve resultados semelhantes, tendo estudado uma população maioritariamente na mesma faixa etária dos 22 – 29 anos correspondendo a 45% da amostra. Este estudo vai de acordo com o estudo realizado por nós.

Tabela nº 02. Distribuição das puérperas segundo a proveniência.

Proveniência	Fº	%
Ambriz	6	12,0
Açucareira	7	14,0
Capari	4	8,0
Kijoão Mendes	5	10,0
Panguila	8	16,0
Porto Kipiri	4	8,0
Porto Seco	9	18,0
Sassa Povoação	7	14,0
Total	50	100,0

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2. Distribuição das puérperas segundo a proveniência.



Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela de distribuição a maioria das puérperas é proveniente do bairro do Porto Seco o que corresponde a 18% (9 casos) seguido do bairro do Panguila com 16% (8 casos) menos acometido foi o Bairro Capari, com 8% (4 casos).

De acordo o nosso ponto de vista, o bairro Porto Seco teve maior percentagem por não ter serviços de saúde materno infantil, e outros serviços de saúde. por tanto os números podem ser justificados simplesmente por factores de acessibilidade dos pacientes.

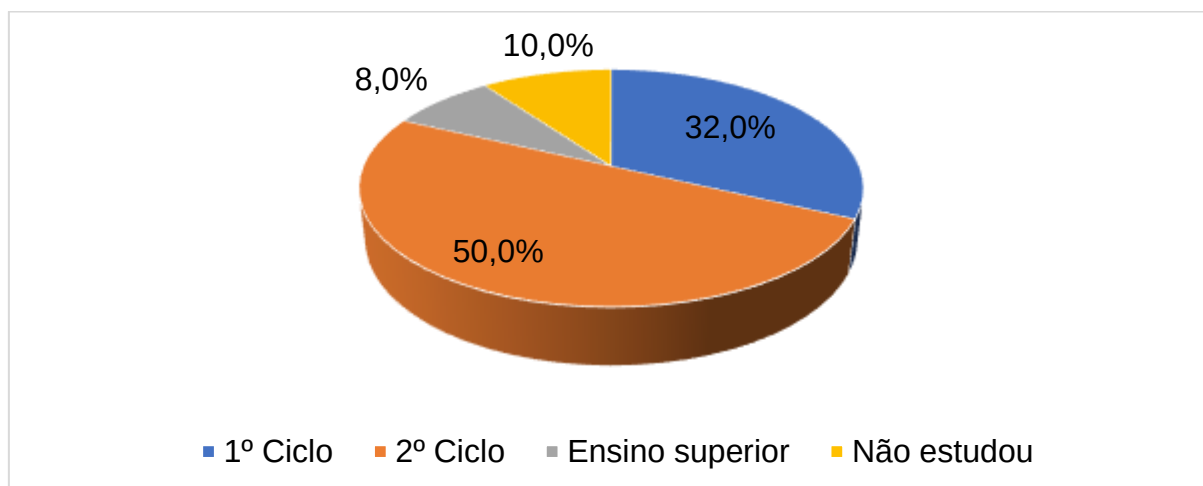
De acordo com os resultados apresentado nesta tabela e gráfico concordam com os resultados apresentados pelo André, (2020, p.61) onde a proveniência foi de 15%.

Tabela nº 03. Distribuição das puérperas segundo o nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	Fº	%
1º Ciclo	16	32,0
2º Ciclo	25	50,0
Ensino superior	4	8,0
Não estudou	5	10,0
Total	50	100,0

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 03. Distribuição das puérperas segundo o nível de escolaridade.



Fonte: Elaboração própria

Quanto ao nível de escolaridade com maior percentagem é o 2º Ciclo com 50% (25 casos), e a menor percentagem recai as puérpersa que não estudaram com 10%.

Os resultados podem ser justificados pelo facto de o nível de escolaridade no nosso País ser ainda um pouco baixo principalmente nas zonas periféricas apesar

dos esforços que o Governo tem estado a fazer, por outra a população estudada por ter como actividade principal de sustentabilidade o comercio informal elas inclinam-se muito ao negócio.

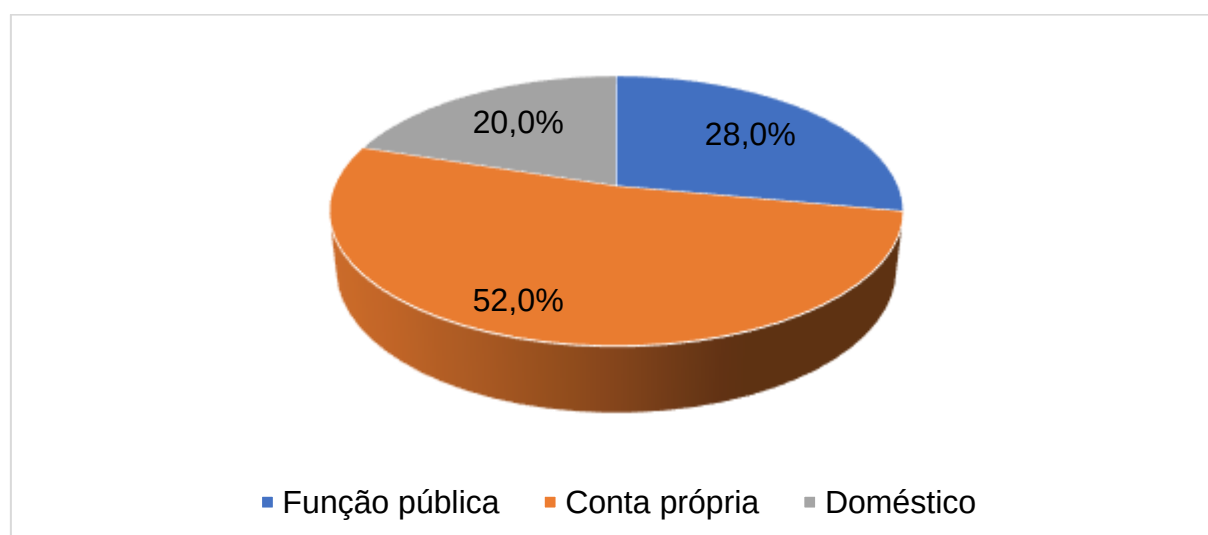
Segundo o Angelinne, (2019, p.47), no estudo sobre o nível de escolaridade em puérperas com Hepatite B atendidas na atenção primária, reportou que o nível de escolaridade com maior predomínio é o 2º Ciclo por esta razão estes dados vão de acordo com os resultados apresentados por nós.

Tabela nº 04. Distribuição das puérperas segundo a ocupação profissional.

Ocupação profissional	Fº	%
Função pública	14	28,0
Conta própria	26	52,0
Doméstico	10	20,0
Total	50	100,0

Fonte: Conta própria

Gráfico nº 04. Distribuição das puérperas segundo a ocupação profissional.



Fonte: Elaboração própria

Em relação a ocupação, a maioria das puérperas trabalham na conta própria o que corresponde a 52% (26 casos), e menos frequente função pública com 23% (9 casos).

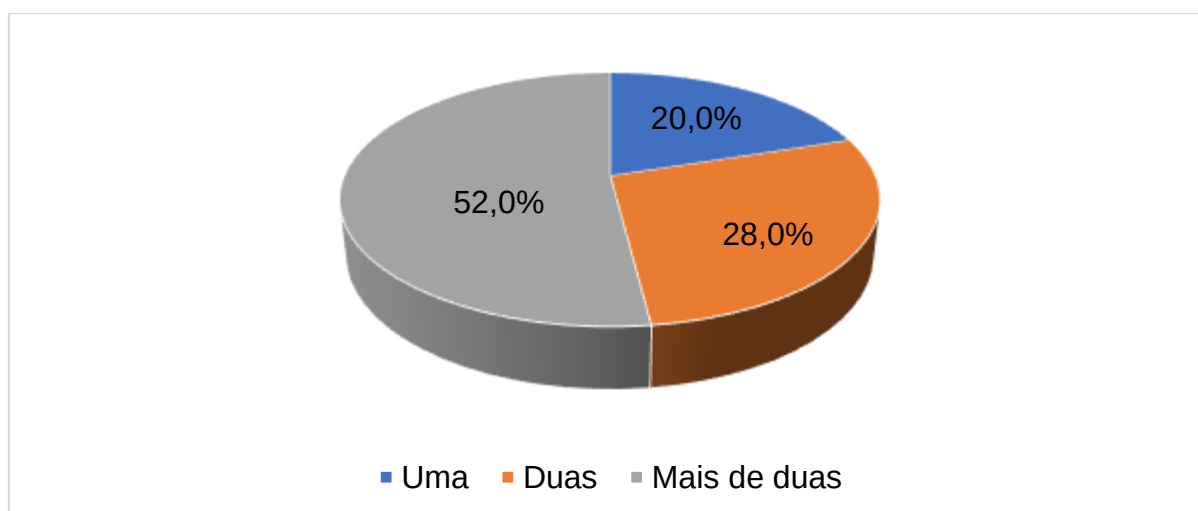
O que constatamos é que conta própria constituem a maioria das puérperas, porque a população do Município de Dande é maioritariamente de renda baixa e dedicam-se essencialmente as actividades como; pesca, agrícola e comercial informal.

Tabela nº 05. Distribuição das puérperas segundo o número gestacional.

Quantas vezes engravidou-se?	Fº	%
Uma vez	10	20,0
Duas vezes	14	28,0
Mais de duas	26	52,0
Total	50	100,0

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 05. Distribuição das puérperas segundo o número gestacional.



Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela e o gráfico apresentada observa-se que em relação o período gestacional, predomina o período gestacional de mais de duas correspondendo 52% (26 puérperas) seguido de uma vez 20% (10 gestantes).

Estudos realizados por Mello (2017, p. 31) sobre co-infecção pelos vírus da Hepatite B em puérperas, revela que as mulheres multíparas tende a ter a maior probabilidade.

O nosso estudo assemelha-se de forma aproximado ao do Mello (2017), apesar que para o nosso, revela que as primigestas estão em segundo lugar.

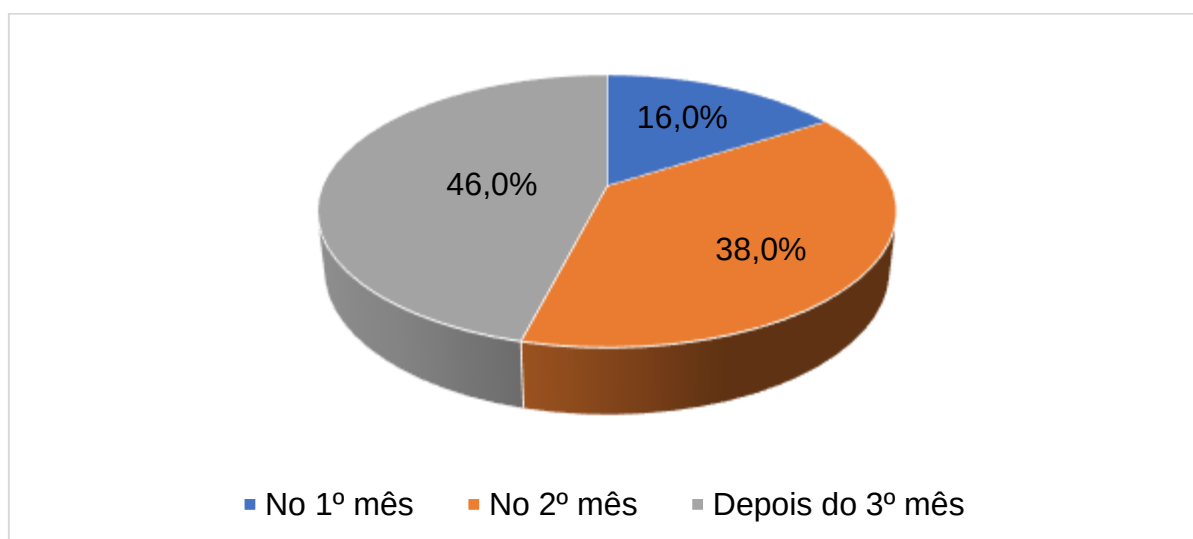
Fernanda (2014) também apresentou resultados que vão de encontro com os apresentados por nós, tendo reportado que a maioria das puérperas tinha mais de duas gestações (49,0 %)

Tabela nº 06. Distribuição das puérperas segundo o tempo do início das consultas pré-natal.

Quando é que começou com as consultas pré-natal?	Fº	%
No 1º mês	8	16,0
No 2º mês	19	38,0
Depois de 3º mês	23	46,0
Total	50	100,0

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 06. Distribuição das puérperas segundo o tempo do início das consultas pré-natal.



Fonte: Elaboração própria

A maior parte das mulheres gestantes começam com as consultas pré-natal depois de dois meses, alegado ser muito cedo começar no primeiro mês. Afirmou-nos uma das técnicas do hospital geral do Bengo, que, mesmo com as palestras que elas

tenham feito durante as consultas pré-natal, para disseminação de informação e educação das puérperas.

Quanto ao início das consultas pré-natal, 46,0% das puérperas começaram depois do 3º mês (23 puérperas), e menos frequentes no 1º mês de gestação com 16,0% (8 puérperas).

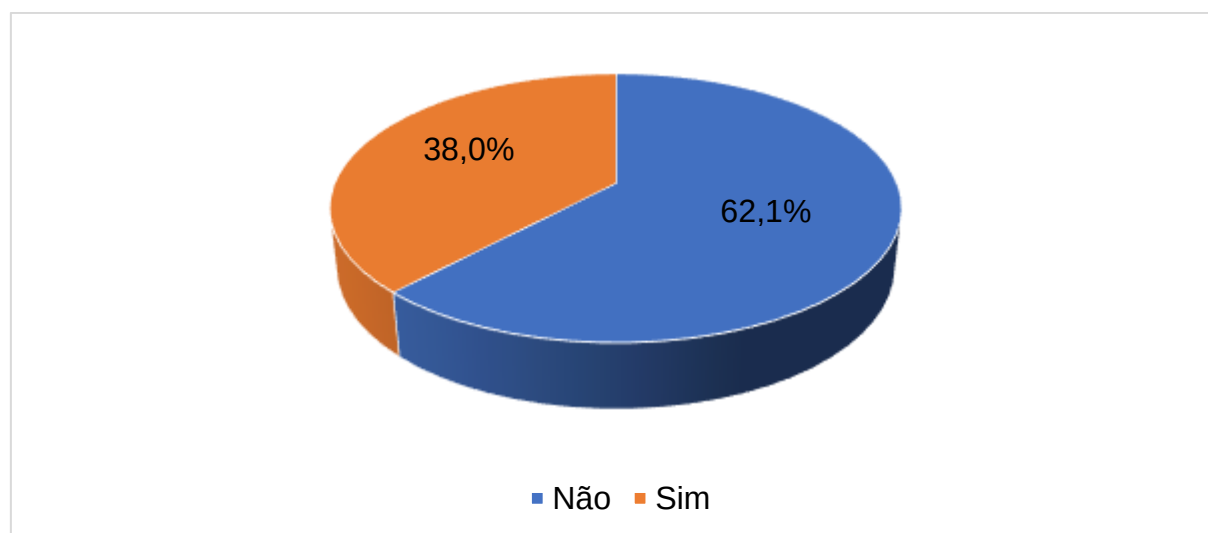
Os resultados apresentados por nós concordam com os apresentados por Viana Liza (2018, p.61), onde reporta que 48% das puérperas começam no 3º mês, o mesmo não foi confirmado por Anderson Silva onde começam no 1º mês (47%).

Tabela nº 07. Qual é adesão das Puérperas com a hepatite B. assistidas no Hospital Geral do Bengo.

Qual é adesão	Fº	%
Não	31	62,0
Sim	19	38,0
Total	50	100,0

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 07. Distribuição das puérperas segundo o conhecimento da doença.



Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela e o gráfico acima apresentado, de distribuição das puérperas segundo adesão, 62,0% responderam que aderem pouco a unidades sanitária, e 38,0% afirmaram que costumam aderir.

Os resultados apresentados por André (2020, p.41), o estudo revela que muitas das mulheres que são atendidas desconhecem ou algumas vezes tem informações equivocadas sobre a doença.

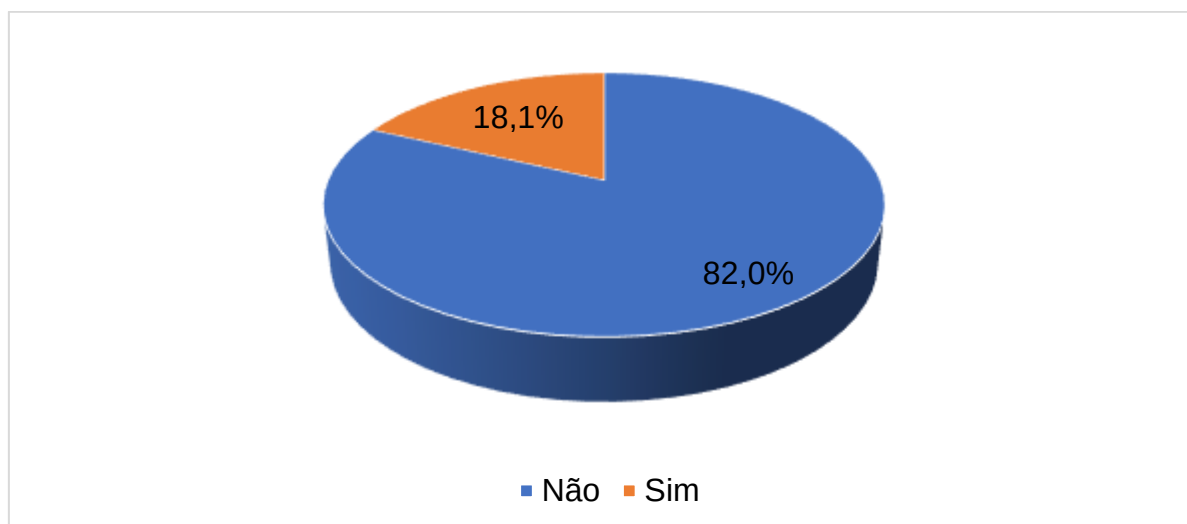
Segundo as nossas pesquisas muitas das mulheres que são consultadas nas consultas pré-natal do HPB, não tem informações sobre a hepatite B na gestação, isso o estudo realizado pelo André (2020).

Tabela nº 08. Distribuição das puérperas segundo os factores de risco da doença.

Sabe quais são os factores de risco de hepatite B	Fº	%
Não	41	82,0
Sim	9	18,1
Total	50	100,0

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 08. Distribuição das puérperas segundo os factores de risco da doença.



Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela e o gráfico acima apresentado, de distribuição das puérperas segundo o conhecimento de factores de riscos da hepatite B na puérpera, 82,0% afirmaram que desconhecem os factores de risco da doença, e 18,1% conhecem os factores de risco da doença.

Segundo Suza (2020, p.41), embora a doença seja frequente em muitas puérperas, ainda assim muitas não tem informação suficiente sobre os factores de riscos da hepatite B na puérpera. Correndo assim, riscos graves se não terem o devido acompanhamento.

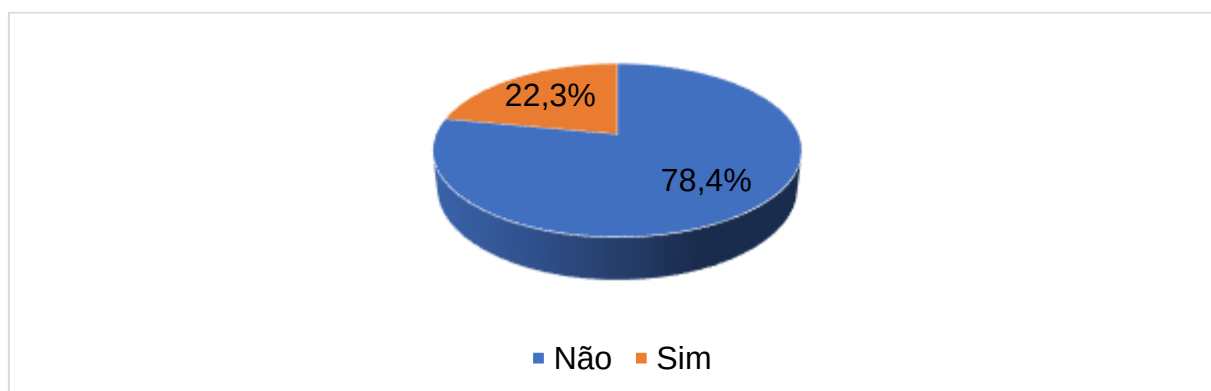
Segundo as nossas pesquisas muitas das mulheres que são consultadas nas consultas pré-natal do HPB, não tem informações sobre a hepatite B na gestação, isso o estudo realizado pelo André (2020).

Tabela nº 09. Distribuição das puérperas segundo a prevenção da doença.

Sabe como prevenir a hepatite B	Fº	%
Não	39	78,4
Sim	11	22,3
Total	50	100,0

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 09. Distribuição das puérperas segundo a prevenção da doença.



Fonte: Elaboração própria

A tabela e o gráfico acima citado das gestantes no Hospital geral do Bengo, mostra que 39 puérperas, correspondendo a 78% afirmaram que desconhecem, e apenas 22,3% conhecem a mesma.

Os profissionais de saúde devem trabalhar com as gestantes de modo a mostrar – lhes as formas de prevenção da doença com base a informação educação e comunicação.

Leopoldino (2015, p.37), manter uma alimentação saudável, exercícios físicos, fazer o rastreio de algumas doenças através de consultas pré-natal, proporciona o bem-estar da mãe e do futuro bebe.

CONCLUSÕES

Depois da elaboração deste trabalho, chegamos as seguintes considerações:

Há pouca adesão das puérperas com hepatite B, as unidades sanitárias e muitos delas não dominam da doenças. As idades variam entre 14 e 37 anos, com média de 35 anos com desvio padrão 6 anos. Quando distribuída por faixa etária a que apresentou maior frequência foram das 22 a 29 anos.

A hepatite B na gestante é uma das principais morbilidades que se não diagnosticar e tratada precocemente pode trazer consigo várias complicações no binómio mãe-filho;

É importante que as gestantes tenham o domínio dos factores de riscos e sinais e sintomas para que possam procurar os serviços de saúde atempadamente;

Pelo número de casos que se tem aumentado, tendo em conta o alto promiscuidade e pelas complicações que acarreta, a hepatite B, tornou se um problema de saúde pública;

O Estudo permitiu concluir que ainda pelos resultados verificados sobre a falta de conhecimento da maioria das puérperas sobre a hepatite B, que existe pouca informação sobre a mesma;

O estudo também ressalta a importância de se realizar a sorologia para a detecção do VHB no pré-natal em todas as gestantes a fim de evitar a transmissão vertical da hepatite B e suas consequências futuras.

SUGESTÕES

Depois da elaboração deste trabalho, chegamos as seguintes sugestões:

Por ser uma doença de alta contaminação, na sua abordagem com gestantes na sala de CPN, com as parturientes na sala de parto e as puérperas, os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais de alerta de modo a serem diagnosticados e tratados de forma precoce, reduzindo assim a sua disseminação e complicações no binómio mãe-filho;

Durante as CPN principalmente, os profissionais de enfermagem devem reforçar as campanhas de Informação, Educação e Comunicação sobre as doenças infecciosas sejam de forma individual ou colectiva;

Os profissionais de saúde devem tirar todas as dúvidas as gestantes para que saibam como se transmite a doença, como se prevenir e orienta-las a procurar os serviços de saúde atempadamente;

Ao ISA, sugerimos o reforço na criação de programas de informação educação e comunicação (IEC). No sentido de continuar a levar a cabo as futuras gerações que venha dar continuidade sobre as doenças infecciosas (hepatite B);

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Accioy et al., (2019). Elizabeth; SAUNDERS, Cláudia; LACERDA, Elisa Maria de Aquino. *Nutrição em obstetrícia e pediatria*. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Alvariz. F.G. (2018). *Hepatite B Crônica: aspectos clínicos evolutivos*. 6ªed. Moderna Hepatologia; Edição Especial.

Andrade A.F.O.S. (2019) Bonvicino CR. *Seroprevalence of hepatitis B and C virus markers among blood donors in Rio de Janeiro, Brazil*.

André (2020), *avaliação do nível de conhecimento de puérperas a respeito da transmissão e prevenção das hepatites B e C*. 6ªed. São Paulo.

Angelinne (2019), *Hepatite B: Conhecimento e Prática das gestantes nas consultas pré natais na US*.

Caetano M.M.S.T(2016). *Importância da detecção de anticorpos anti-HBc na prevenção da transmissão do vírus da hepatite B (VHB) em bancos de sangue*. Revista Brasileira de Efemargem.

CUPPARI, Lilian(2011). *Guia de Nutrição: Nutrição Clínica no Adulto*. 7ª. Edição. São Manole. Editora: Atlas.

Departamento de DST (2011), *Aids e Hepatites Virais*. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais.

Donalísio MR. *Epidemias e endemias brasileiras – perspectivas da investigação científica*. Rev Bras Epidemiol 2002; 5(3): 226-8.

Fresta.S.,D.(2018) *Guia de Biossegurança Unidades Sanitárias de Angola*.

Lakatos (2015). *Fundamentos de metodologia científica*. 5ªEd. São Paulo: Atlas.

Lamounier J.A.M. Z.S(2014). *Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna*. Jornal de Pediatria.

Leopoldino. A. (2015). *Prescrição de exercício para gestantes com hepatite b*: 6ªEd. São Paulo Masta.

Luvualo, P. (2011). *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. Ministério da Saúde. 6ªEd. Vigilância em Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico.*

Marcon M. A. L. E. M. Et al., (1999). *Técnicas de Pesquisa. 8ª Edição. São Paulo: Editora: Atlas.*

Mello C.P.M. (2017), *A co-infecção pelos vírus da Hepatite B e da Imunodeficiência Humana – Aspectos clínicos e terapêuticos. 6ªEd. Especial. Moderna Hepatologia*

Ministério S.(2012). *Secretaria de Vigilância em Saúde. Material institucional para capacitação em vigilância epidemiológica das hepatites virais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.*

MINSA,(2013), *Vigilância em Saúde. Hepatites Virais: Angola está Atento. 3ª edição.*

Miyazato, W.(2017).*Hepatites B e C no estado de Mato Grosso do Sul, Rio Janeiro:*

Robbin,(2016). *Avaliação dos factores virológicos associados ao desenvolvimento de carcinoma hepatocelular em pacientes com hepatite B crónica. 6ªEd. São. Paulo.*

Souza B. (2016). *Avaliação dos factores virológicos associados ao desenvolvimento de carcinoma hepatocelular em pacientes com hepatite B crónica. 6ªEd. São. Paulo.*

Tavares.W.M.L.A.(2018). *Rotinas de diagnóstico e tratamento, das doenças infecciosas e parasitárias. 5ªed.São Paulo.*

APÊNDICE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Licenciatura em Enfermagem
QUESTIONÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

Cordeais saudações.

Gaspar Capesse Gonga, estudante finalista do curso de enfermagem, pelo Instituto Superior de Angola (ISA), e encontrando- se a elaborar seu trabalho de fim de curso com o titulo; **“Adesão das puérperas com a hepatite B. assistidas no hospital provincial do bengo, no ii. semestre de 2022.”**Desde já gostaria de informar que as informações que a senhora fornecer serão sigilosas porque o objectivo deste estudo será apenas para fins académicos, portanto ficaria muito feliz se poder colaborar.

I – Identificação

- 1.1- Faixa Etária:** _____
- 1.2- Proveniência:** _____
- 1.3- Nível de escolaridade:** 1ºCiclo____ 2ºCiclo
____E.Superior____Não estudou____
- 1.4- Ocupação profissional:** Conta
própria____F.Pública____Doméstico____

II- Quantas vezes engravidou-se?

- 2.1- Uma vez** _____
- 2.2- Duas vezes** ____
- 2.3- Mais de Duas**_____

III- Quando é que começou com as consultas pré-natal?

3.1- No 1º Mês _____

3.2- No 2º Mês _____

3.3- Depois do 3º Mês _____

IV- Sabe o que é a hepatite B?

4.1- Sim _____

4.2- Não _____

V- Sabe quais são os factores de risco de hepatite B?

4.1- Sim _____

4.2- Não _____

VI- Sabe como prevenir a hepatite B?

4.1- Sim _____

4.2- Não _____

ANEXOS

Figura nº 1



Fonte:(Tavares , 2018)

Figura nº2