

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

• **Número 05** - JULHO, 2024

Secretaria Municipal de Saúde de Toledo



HEPATITES VIRAIS

Nesta Edição:

- Hepatites Virais (CID-10: B15 – B19.9)

Elaborado por:

Jonatan Schmidt Finkler

Revisado por:

Felipe Augusto de Lucena Oliveira
Gabriela Almeida Kucharski
Juliana Beux Konno
Paula Franciele da Silva
Rosana dos Reis da Costa Cerbarro
Thaís Schmidt Vitali Hermes

Disponível em:

<https://www.toledo.pr.gov.br/portais/sau-de/vigilancia-em-saude/dados-e-boletim-s-doencas-e-mortalidades>

Contatos:

vepidemiologica@toledo.pr.gov.br

(45)3196-3087

O Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais é celebrado mundialmente em 28 de julho e a campanha “Julho Amarelo” foi instituída no Brasil pela Lei nº 13.802/2019 e tem por finalidade reforçar, durante todo mês de julho, às ações de vigilância, prevenção e controle das hepatites virais. Em Toledo, as ações de saúde desenvolvidas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, levam o título de Julho Laranja, com as mesmas finalidades e objetivos de conscientizar a população sobre a necessidade de estar sempre alerta dos perigos que representam as Hepatites Virais.

O Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais é um instrumento anual de vigilância e gestão, elaborado a partir da consolidação de informações acerca das notificações de casos de hepatites A, B, C, D e E, elaborado e disponibilizado pela Vigilância Epidemiológica do Departamento de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Toledo (DVS/SMS).

O objetivo desse documento é auxiliar na realização de análises do contexto epidemiológico dos territórios e contribuir para as definições de estratégias de resposta às hepatites virais no município. O Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, instituído pela Portaria GM n.º 263, de 5 de fevereiro de 2002, completa 22 anos em 2024. Desde a

implantação dessa política, vários obstáculos foram ultrapassados, especialmente acerca das tecnologias para diagnóstico e tratamento, além do fortalecimento da rede de assistência, possibilitando maior qualidade de vida às pessoas com hepatites virais.

Desde 2020, com o início da pandemia de Covid-19, têm-se observado quedas consideráveis em relação ao número de casos diagnosticados, principalmente em relação às hepatites B e C. Restando apenas seis anos para o cumprimento da meta de eliminação, diversas barreiras precisam ser transpostas, demandando a revisão das estratégias para a amplificação do rastreamento, do diagnóstico e da notificação da população.

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória regular (em até sete dias), fazendo parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública (PORTARIA GM/MS Nº 217, DE 1º DE MARÇO DE 2023). Assim, na ocorrência de casos suspeitos e/ou confirmados, estes devem ser reportados às autoridades de saúde do município, por meio de preenchimento da ficha de notificação e investigação de hepatites virais, e registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan).

Neste Boletim, estão contidas informações atualizadas até 2023 sobre os casos de hepatites virais no Município de Toledo, detalhadas pelo ano de diagnóstico da doença segundo variáveis selecionadas. Para as informações referentes aos óbitos, as atualizações compreendem dados até 2023, considerando a disponibilidade de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Desde 2021, o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais utiliza como referência o ano de diagnóstico para a distribuição dos casos de hepatites na série histórica, em substituição ao ano de notificação. Essa mudança permitiu avaliar de forma mais adequada o momento da detecção desses eventos, evitando o viés decorrente do atraso das notificações. Preferencialmente, a data de coleta da sorologia confirmatória é considerada a data de diagnóstico do caso e, na sua ausência, utiliza-se a data dos primeiros sintomas.

Espera-se que as análises contidas neste Boletim possam contribuir para o planejamento das ações de vigilância, prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das hepatites virais, impulsionando a redução e a eliminação dessas doenças como problema de saúde pública.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

DESCRIÇÃO

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes vírus hepatotrópicos que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. Têm distribuição universal, sendo observadas diferenças regionais de acordo com o agente etiológico.¹

AGENTES ETIOLÓGICOS

As hepatites virais mais frequentes são causadas por cinco vírus: o vírus da hepatite A (HAV), o vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV), o vírus da hepatite D (HDV) e o vírus da hepatite E (HEV). Esses vírus pertencem, respectivamente, às seguintes famílias: Picornaviridae, Hepadnaviridae, Flaviviridae, Deltaviridae e Hepeviridae.²

RESERVATÓRIO

O ser humano é o reservatório de maior importância epidemiológica. Na hepatite E, estudos mostram que suínos, roedores e aves, entre outros animais, também podem ser reservatórios, o que classifica alguns dos genótipos da hepatite E como uma zoonose.¹

MODO DE TRANSMISSÃO

As hepatites virais A e E são transmitidas pela via fecal-oral e estão relacionadas às condições de saneamento básico, higiene pessoal, relação sexual desprotegida (contato boca-ânus) e qualidade da água e dos alimentos.

As hepatites virais B, C e D (delta) são transmitidas pelo sangue (via parenteral, percutânea e vertical), pelo esperma e por secreção vaginal (via sexual). A transmissão pode ocorrer pelo compartilhamento de objetos contaminados, como lâminas de barbear e de depilar, escovas de dente, alicates e acessórios de manicure e pedicure, materiais para colocação de piercing e para confecção de tatuagens, materiais para escarificação da pele para rituais, instrumentos para uso de substâncias injetáveis, inaláveis (cocaína) e pipadas (crack). Além disso, a transmissão também pode se dar em acidentes com exposição a material biológico, procedimentos cirúrgicos e odontológicos, hemodiálise, transfusão e endoscopia, entre outros, quando as normas de biossegurança não são aplicadas.³

A transmissão vertical das hepatites virais também pode ocorrer no momento do parto. Para mais informações sobre transmissão vertical das hepatites, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.⁴

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Varia de acordo com o agente etiológico (Quadro 1).

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

Varia de acordo com o agente etiológico (Quadro 1).

QUADRO 1 – Principais características dos vírus que causam a hepatite. Brasil, 2008

| AGENTE ETIOLÓGICO | GENOMAS | MODOS DE TRANSMISSÃO | PERÍODO DE INCUBAÇÃO | PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE |
|---------------------------|---------|--|--|--|
| Vírus da hepatite A (HAV) | RNA | Fecal-oral | 15 a 45 dias (média de 30 dias) | Duas semanas antes do início dos sintomas até o final da segunda semana da doença. |
| Vírus da hepatite B (HBV) | DNA | <ul style="list-style-type: none"> • Sexual • Parenteral • Percutânea • Vertical | 30 a 180 dias (média de 60 a 90 dias) | De duas a três semanas antes dos primeiros sintomas, mantendo-se enquanto o HBsAg estiver detectável. O portador crônico pode transmitir o HBV durante vários anos. |
| Vírus da hepatite C (HCV) | RNA | <ul style="list-style-type: none"> • Sexual • Parenteral • Percutânea • Vertical | 15 a 150 dias (média de 50 dias) | Uma semana antes do início dos sintomas, mantendo-se enquanto o paciente apresentar HCV-RNA detectável (carga viral). |
| Vírus da hepatite D (HDV) | RNA | <ul style="list-style-type: none"> • Sexual • Parenteral • Percutânea • Vertical | 30 a 180 dias (na superinfecção, esse período é menor) | <ul style="list-style-type: none"> • Na superinfecção^a, de duas a três semanas antes dos primeiros sintomas, mantendo-se enquanto o HBsAg estiver detectável. • Na coinfeção^b, uma semana antes do início dos sintomas, mantendo-se enquanto o HBsAg estiver detectável. |
| Vírus da hepatite E (HEV) | RNA | Fecal-oral | 14 a 60 dias (média de 42 dias) | Duas semanas antes do início dos sintomas até o final da segunda semana da doença. |

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

^aSuperinfecção: situação de portador crônico do HBV infectado pelo vírus delta.

^bCoinfecção: quando o indivíduo suscetível adquire o HBV e o delta simultaneamente.

No caso da hepatite B, os indivíduos com HBeAg (marcador de replicação viral) reagente têm maior risco de transmissão do HBV do que indivíduos HBeAg não reagentes, inclusive a transmissão vertical. Ressalta-se que indivíduos com HBeAg não reagente também podem transmitir a doença.

Na hepatite C, a detecção do HCV-RNA está relacionada à viremia do HCV. Alguns estudos indicam que a carga viral do HCV é diretamente proporcional ao risco de transmissão do vírus. Em gestantes coinfectadas por HCV e HIV, a chance de transmissão vertical é maior do que em gestantes infectadas apenas pelo HCV.

SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

A suscetibilidade varia de acordo com o agente etiológico:

- **Hepatite A:** são suscetíveis os indivíduos sorologicamente não reagentes para o anti-HAV IgG. A imunidade (anti-HAV IgG reagente) pode ser adquirida por infecção prévia resolvida naturalmente ou por vacinação.
- **Hepatite B:** são suscetíveis os indivíduos com perfil sorológico HBsAg, anti-HBc e anti-HBs não reagentes, concomitantemente. A imunidade adquirida por infecção prévia resolvida naturalmente é estabelecida pela presença do anti-HBcIgG e anti-HBs reagentes. Eventualmente, o anti-HBc pode ser o único indicador da imunidade natural detectável, pois, com o tempo, os níveis de anti-HBs podem tornar-se indetectáveis. O esquema vacinal completo contra a hepatite B induz à formação do anti-HBs isoladamente.
- **Hepatite C:** todos os indivíduos são suscetíveis à infecção ou à reinfecção pelo HCV. O perfil sorológico anti-HCV reagente não confere imunidade contra o vírus. O indivíduo infectado pelo vírus C apresenta sorologia anti-HCV reagente por um período indefinido; porém esse padrão isoladamente não distingue se houve resolução da infecção ou se o indivíduo se tornou portador crônico. Para essa conclusão, é necessário avaliar a presença de material genético viral (HCV-RNA) ou antígeno viral (HCVAg). A presença do HCV-RNA ou do HCVAg por um período de seis meses após o diagnóstico inicial da infecção é evidência de cronificação da hepatite C. Não existe vacina contra essa infecção.
- **Hepatite D (delta):** o HDV é um vírus defeituoso, que necessita da presença do antígeno de superfície do HBV (HBsAg) para se replicar e causar a infecção. Assim, os indivíduos suscetíveis à infecção pelo HBV têm o risco de sofrer a infecção simultânea por ambos os vírus, assim como aqueles que se encontram infectados cronicamente pelo HBV. A imunidade para a hepatite D pode ser conferida indiretamente pela vacina contra a hepatite B, para indivíduos sem infecção por hepatite B.
- **Hepatite E:** são suscetíveis todos os indivíduos, independentemente do perfil sorológico. A infecção não confere imunidade e não existe vacina disponível no Brasil.³

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Após entrar em contato com o vírus, o indivíduo pode desenvolver hepatite aguda oligo/assintomática ou sintomática. Esse quadro agudo pode ocorrer na infecção por qualquer um dos vírus, com aspectos clínicos e virológicos limitados aos primeiros seis meses.

HEPATITE AGUDA

Período prodrômico ou pré-ictérico: ocorre após o período de incubação do agente etiológico e anteriormente ao aparecimento da icterícia. Os sintomas são inespecíficos: anorexia, náuseas, vômitos, diarreia ou, raramente, constipação, febre baixa, cefaleia, mal-estar, astenia e fadiga, aversão ao paladar e/ou ao olfato, mialgia, fotofobia, desconforto no hipocôndrio direito, urticária, artralgia ou artrite, e exantema papular ou maculopapular.

Fase ictérica: com o aparecimento da icterícia, em geral, há diminuição dos sintomas prodrômicos. Observa-se hepatomegalia dolorosa, com ocasional esplenomegalia.

Fase de convalescença: segue-se ao desaparecimento da icterícia. A recuperação completa ocorre após algumas semanas, mas a fraqueza e o cansaço podem persistir por vários meses.

HEPATITE CRÔNICA

As hepatites virais crônicas estão relacionadas aos vírus B, C e D e, com maior raridade, ao vírus E. A cronicidade é caracterizada pela detecção de material genético ou de antígenos virais por um período de seis meses após o diagnóstico inicial. A infecção crônica pode cursar de forma oligo/assintomática ou sintomática, normalmente com agravamento da doença hepática em longo prazo. Nesses casos, os indivíduos apresentam sinais histológicos de lesão hepática (inflamação, com ou sem fibrose) e marcadores sorológicos ou virológicos de replicação viral.

Indivíduos com infecção crônica pelo HBV, que não apresentam manifestações clínicas, com replicação viral baixa ou ausente, e que não apresentam evidências de alterações graves à histologia hepática, são considerados portadores assintomáticos. Nessas situações, a evolução tende a ser benigna, contudo, o vírus ainda pode ser transmitido, o que constitui fator importante na propagação da doença.

HEPATITE FULMINANTE

Termo utilizado para designar a insuficiência hepática aguda, caracterizada pelo surgimento de icterícia, coagulopatia e encefalopatia hepática em um intervalo de até oito semanas. Trata-se de uma condição rara e potencialmente fatal, cuja letalidade é elevada (40% a 80% dos casos). A fisiopatologia está relacionada à degeneração e à necrose maciça dos hepatócitos. O quadro neurológico progride para o coma ao longo de poucos dias após a apresentação inicial. Todos os cinco tipos de hepatites virais podem causar hepatite fulminante.⁵

COMPLICAÇÕES

Os casos crônicos das hepatites virais B, C e D podem evoluir com o desenvolvimento de fibrose, cirrose hepática e suas complicações. As pessoas com hepatites virais crônicas também têm risco aumentado para o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular.

O risco de cronificação pelo HBV depende da idade na qual ocorre a infecção, sendo de 90% para os recém-nascidos (RN) de mães HBeAg positivas, de 25% a 30% para lactentes a menores de 5 anos, até menos de 5% em adultos.

Para a hepatite C, a taxa de cronificação varia entre 60% e 90%, sendo maior em função de alguns fatores do hospedeiro (sexo masculino, imunodeficiências, idade superior a 40 anos).

Na hepatite D, a cronicidade é elevada na superinfecção (quando o portador de hepatite B crônica é infectado pelo vírus D), chegando a mais de 70% dos casos; e menor na coinfeção (quando o indivíduo adquire o vírus B e D simultaneamente), ou seja, por volta de 5% dos casos.⁵

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A anamnese do paciente é fundamental para estabelecer as hipóteses diagnósticas e direcionar a investigação de marcadores biológicos na suspeita de hepatites virais. Deve ser realizada avaliando-se a faixa etária, a história pregressa e a presença de fatores de risco, como o compartilhamento de instrumentos para o uso de drogas injetáveis, inaladas ou pipadas, prática sexual não segura, convivência intradomiciliar e intrainstitucional com indivíduos portadores de hepatites virais, condições sanitárias, ambientais e de higiene inadequadas, entre outros. Contudo, convém lembrar que não é possível determinar a etiologia de uma hepatite aguda apenas com base em dados clínicos e epidemiológicos, exceto em casos de surtos de hepatite A.¹

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Testes inespecíficos

Dosagem de aminotransferases (transaminases): a aspartato aminotransferase (AST/TGO) e a alanino aminotransferase (ALT/TGP) são marcadores de agressão hepatocelular. Nas formas agudas, chegam a atingir valores até 25 a 100 vezes acima do normal, embora se limitem a níveis mais baixos em alguns indivíduos, principalmente naqueles acometidos pela hepatite C. Em geral, essas enzimas começam a elevar-se uma semana antes do início da icterícia e normalizam-se em aproximadamente três a seis semanas de curso clínico da doença. Nas formas crônicas, na maioria dos casos, elas não ultrapassam 15 vezes o valor normal e, não raro, em indivíduos assintomáticos é o único exame laboratorial sugestivo de doença hepática.

Dosagem de bilirrubinas: elevam-se após o aumento das aminotransferases e, nas formas agudas, podem alcançar valores 20 a 25 vezes acima do normal. Apesar de haver aumento tanto da fração não conjugada (indireta) quanto da conjugada (direta), esta última se apresenta predominante. Na urina, pode ser detectada precocemente, antes mesmo do surgimento da icterícia.

Outros exames auxiliam na avaliação da função hepática, como: dosagem de proteínas séricas, fosfatase alcalina, gama-glutamiltransferase, atividade de protrombina, alfafetoproteína e contagem de leucócitos e plaquetas.⁵

Testes específicos

Com base na história clínica e epidemiológica, recomenda-se o diagnóstico etiológico por meio de testes imunológicos e/ou de biologia molecular. O Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais (2018) orienta os profissionais de saúde que realizam testes diagnósticos das hepatites virais A-E, sejam laboratoriais ou rápidos, quanto à escolha do marcador a ser utilizado. Além disso, o Manual disponibiliza algoritmos (fluxogramas) a serem seguidos para o diagnóstico seguro e eficiente das infecções causadas pelos vírus das hepatites B e C.³

Hepatite A (Quadro 2)

Anti-HAV IgM: a presença desse marcador define o diagnóstico de hepatite aguda A. É detectado a partir do segundo dia do início dos sintomas da doença e começa a declinar após a segunda semana, desaparecendo após três meses.

Anti-HAV IgG: esse marcador está presente na fase de convalescença e persiste indefinidamente, proporcionando imunidade específica ao vírus. É um importante marcador epidemiológico, por demonstrar a prevalência de contato com o HAV em determinada população. Também está presente no indivíduo vacinado contra hepatite A.

Anti-HAV total: anticorpos contra o vírus da hepatite A das classes IgM e IgG, simultaneamente.

HAV-RNA: é o material genético do vírus.³

QUADRO 2 – Interpretação dos resultados de testes sorológicos para hepatite A

| INTERPRETAÇÃO | ANTI-HAV TOTAL | ANTI-HAV IGM |
|---|------------------|------------------|
| Infecção aguda pelo HAV/ infecção recente | Reagente (+) | Reagente (+) |
| Infecção passada/imunidade (por contato prévio com o HAV ou por vacina) | Reagente (+) | Não reagente (-) |
| Suscetível | Não reagente (-) | Não reagente (-) |

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Hepatite B (Quadros 3 e 4)

HBsAg (antígeno de superfície do HBV): pode ser detectado por meio de testes rápidos ou laboratoriais na grande maioria dos indivíduos com hepatite B crônica ou aguda. Juntamente do HBV-DNA, é um dos primeiros marcadores da infecção, detectável em torno de 30 a 45 dias após a infecção, e pode permanecer detectável por até 120 dias nos casos de hepatite aguda. Ao persistir além de seis meses, caracteriza a infecção crônica.

Anti-HBc IgM (anticorpos da classe IgM contra o antígeno do capsídeo do HBV): é um marcador de infecção recente, que geralmente surge 30 dias após o aparecimento do HBsAg e é encontrado no soro por até 32 semanas após a infecção.

Anti-HBc total: anticorpos contra o vírus da hepatite B das classes IgM e IgG, simultaneamente.

Anti-HBs (anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV): quando presente nos títulos adequados (pelo menos 10 UI/mL), esse marcador confere imunidade ao HBV. Seu surgimento, normalmente, está associado ao desaparecimento do HbsAg (cura funcional), constituindo um indicador de imunidade. Está presente isoladamente em pessoas com esquema vacinal completo contra o HBV.

HBV-DNA (DNA do HBV): é o material genético do vírus. Sua quantificação corresponde à carga viral circulante no indivíduo. Por ser um indicador direto da presença do vírus, pode ser usado como teste complementar no diagnóstico da infecção pelo HBV. Também é empregado no monitoramento do paciente e no acompanhamento da terapia antiviral.

HBeAg: antígeno da partícula “e” do vírus da hepatite B, utilizado como marcador de replicação viral.

Anti-HBe: anticorpo específico contra o antígeno “e” do vírus da hepatite B.³

QUADRO 3 – Interpretação e conduta frente aos resultados de testes para a pesquisa de marcadores sorológicos para hepatite B

| INTERPRETAÇÃO/CONDUTA | HBSAG | ANTI-HBC TOTAL |
|---|------------------|------------------|
| Início de fase aguda • Necessário realizar teste molecular (HBV-DNA) | Reagente (+) | Não reagente (-) |
| Hepatite aguda ou crônica • Solicitar anti-HBc IgM | Reagente (+) | Reagente (+) |
| Provável cura (desaparecimento do HBsAg) • Solicitar anti-HBs | Não reagente (-) | Reagente (+) |
| Suscetível • Indicar vacina ou • Em caso de esquema vacinal completo, pedir anti-HBs para confirmar soroconversão, quando indicado | Não reagente (-) | Não reagente (-) |

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

QUADRO 4 – Interpretação dos resultados sorológicos para hepatite B

| CONDIÇÃO DE CASO | HBSAG | ANTI-HBC TOTAL | ANTI-HBC IGM | HBEAG | ANTI-HBE | ANTI-HBS |
|---------------------------------------|-------|----------------|--------------|-------|----------|------------------|
| Suscetível/sem contato prévio com HBV | (-) | (-) | (-) | (-) | (-) | (-) |
| Período de incubação | (+/-) | (-) | (-) | (-) | (-) | (-) |
| Hepatite B aguda | (+) | (+) | (+) | (+/-) | (+/-) | (-) |
| Final da fase aguda | (-) | (+) | (-) | (-) | (+) | (-) |
| Hepatite B crônica | (+) | (+) | (-) | (+/-) | (+/-) | (-) |
| Hepatite B curada | (-) | (+) | (-) | (-) | (+/-) | (+) ^a |
| Imunizado por vacinação | (-) | (-) | (-) | (-) | (-) | (+) |

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

^aEm alguns casos de hepatite B curada, o anti-HBs não é detectado por estar em baixos títulos, não sendo necessário vacinar.³

Hepatite C

Anti-HCV (anticorpo contra o HCV): pode ser detectado por meio do teste rápido ou teste sorológico laboratorial. Constitui o marcador que indica contato prévio com o vírus. É detectado na infecção aguda ou crônica e no indivíduo curado, não indicando, portanto, a fase da doença. Após a infecção, esse marcador demora de 8 a 12 semanas para ser detectado, mantendo-se reagente indefinidamente.

HCV-RNA (RNA do HCV): é o material genético viral. A presença do HCV-RNA é uma evidência da presença do vírus; por isso, testes para detecção desse marcador são utilizados para complementar o diagnóstico da infecção. O HCV-RNA costuma ser detectado entre uma e duas semanas após a infecção. O resultado não detectado pode indicar cura natural, clearance viral ou resposta sustentada ao tratamento. Quando o primeiro resultado desse teste for não detectado, pode ser necessária a indicação da repetição do teste após três a seis meses, como preconizado no Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais.³

Hepatite D (Quadro 5)

Anti-HDV total: anticorpos contra o vírus da hepatite D (Delta) das classes IgM e IgG, simultaneamente.

HDV-RNA: é utilizado como marcador de replicação viral, tanto na fase aguda quanto na fase crônica da doença, e como controle de tratamento. Pode ser detectado 14 dias após a infecção.

Na infecção pelo vírus da hepatite D (Delta), observam-se as formas de ocorrência a seguir:

Superinfecção: situação de portador crônico do HBV infectado pelo vírus delta.

Coinfecção: infecção simultânea pelo HBV e pelo vírus delta em indivíduo suscetível.

QUADRO 5 – Interpretação dos resultados sorológicos para hepatite D

| FORMAS | HBSAG | ANTI-HBC TOTAL | ANTI-HBC IGM | ANTI-HDV TOTAL | ANTI-HBS |
|---------------|-------|----------------|--------------|----------------|----------|
| Coinfecção | (+) | (+) | (+) | (+) | (-) |
| Superinfecção | (+) | (+) | (-) | (+) | (-) |
| Cura | (-) | (+) | (-) | (+) | (+) |

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Hepatite E (Quadro 6)

Anti-HEV IgM: anticorpo específico para hepatite E em todos os indivíduos infectados recentemente. O teste para detecção do anti-HEV IgM torna-se reagente de quatro a cinco dias após o início dos sintomas, desaparecendo de quatro a cinco meses depois.

Anti-HEV IgG: anticorpo indicativo de infecção pelo vírus da hepatite E no passado. Está presente na fase de convalescença e persiste indefinidamente.

Anti-HEV total: anticorpos contra o vírus da hepatite E das classes IgM e IgG, simultaneamente.

HEV-RNA: é o material genético viral.³

QUADRO 6 – Interpretação dos resultados sorológicos para hepatite E

| INTERPRETAÇÃO | ANTI-HEV TOTAL | ANTI-HEV IGM |
|-----------------------------------|------------------|------------------|
| Hepatite E aguda Infecção recente | Reagente (+) | Reagente (+) |
| Infecção passada/imunidade | Reagente (+) | Não reagente (-) |
| Suscetível | Não reagente (-) | Não reagente (-) |

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O perfil epidemiológico da região e a sazonalidade indicam as doenças que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial. No período prodrômico, as principais são: mononucleose infecciosa (causada pelo vírus Epstein-Barr), toxoplasmose, citomegalovirose e outras viroses, nas quais, geralmente, o aumento das aminotransferases não ultrapassa 500 UI/L. No período icterico, devem-se considerar: leptospirose, febre amarela, malária e dengue grave. Há, também, outros tipos de hepatite, como hepatite alcoólica, medicamentosa, autoimune ou transinfecciosa (que acompanha infecções generalizadas, como sepsis). As icterícias hemolíticas (como anemia falciforme) e a colestase extra-hepática por obstrução mecânica das vias biliares (ocasionada por tumores, cálculo de vias biliares, adenomegalias abdominais) também devem ser consideradas na definição diagnóstica.¹

TRATAMENTO

HEPATITE AGUDA

Não existe tratamento específico para as formas agudas, exceto para hepatite C e hepatite B aguda grave. Para as demais hepatites, se necessário, faz-se apenas tratamento sintomático para náuseas, vômitos e prurido. Como norma geral, recomenda-se repouso relativo até a normalização das aminotransferases. A única restrição dietética está relacionada à ingestão de álcool.^{6,7}

HEPATITE CRÔNICA

A decisão de iniciar o tratamento deve considerar o risco de progressão da doença, a probabilidade de resposta terapêutica, os eventos adversos do tratamento e a presença de comorbidades. A forma aguda da hepatite C e as formas crônicas das hepatites B, C e D têm diretrizes clínico-terapêuticas definidas e atualizadas, e podem ser encontradas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções e no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções, nas versões vigentes, também disponíveis em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hepatites-virais/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b/view> (PCDT, HEPATITE B) e

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hepatites-virais/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c/view> (PCDT, HEPATITE C).

NOTIFICAÇÃO

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória regular (em até sete dias), portanto todos os casos suspeitos e/ou confirmados e surtos devem ser notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), utilizando a Ficha de Notificação/Investigação das Hepatites Virais. As fichas devem ser encaminhadas à vigilância epidemiológica municipal.

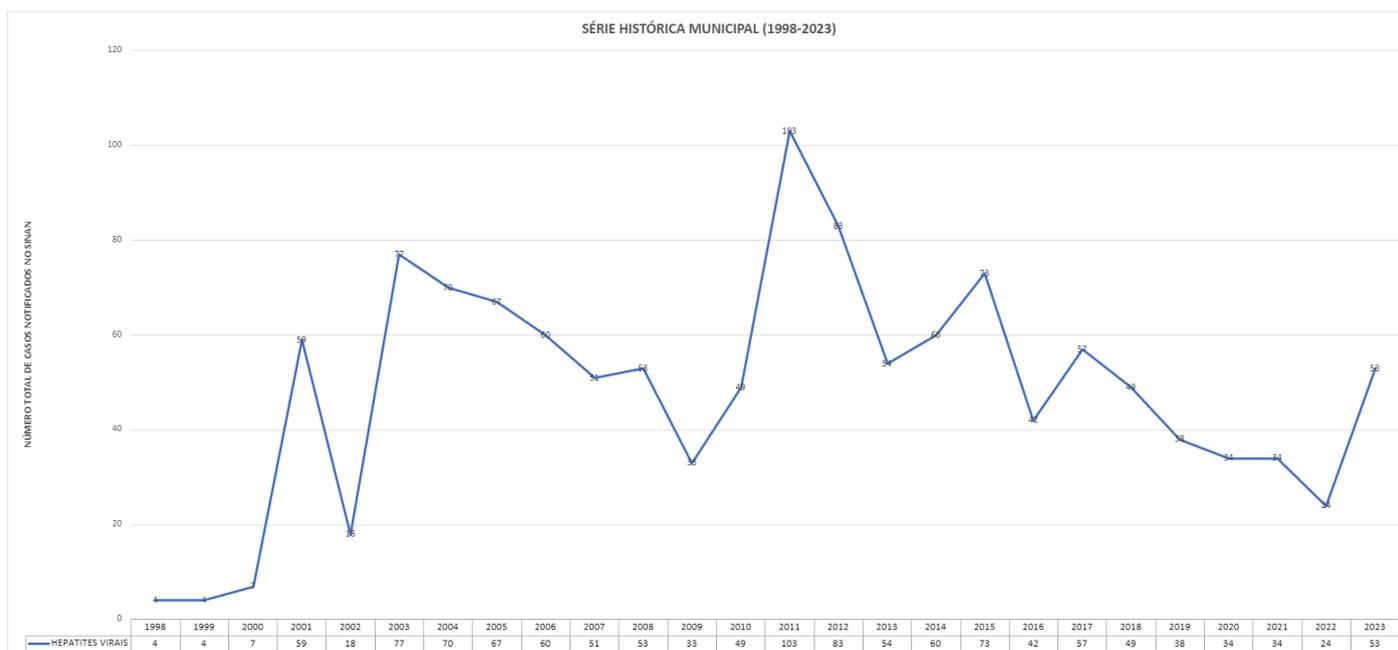
Todas as fichas de notificação e os instrutivos de preenchimento das fichas estão disponíveis em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/doencas-e-agravos>.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES VIRAIS EM TOLEDO

Até 1998 haviam 05 casos registrados de Hepatites Virais em residentes do município de Toledo (Tabnet). De 1998 a 2023 (série histórica municipal) foram notificados 1279 casos, totalizando 1284 casos registrados até dezembro de 2023, sendo 2011 o ano com o maior registro de notificações até a presente data. O Gráfico 01 ilustra esses números ao longo dos anos.

Com relação a classificação etiológica destes casos, de 1998 a 2006 desse total de casos notificados, 16 foram classificados como Hepatite A, 287 como Hepatite B, 48 como Hepatite C e 02 casos com etiologia ignorada e/ou não especificada. De 2007 a 2022, 720 casos foram classificados como Hepatite B, 108 casos como Hepatite C e 10 não foram classificados ou de etiologia ignorada/não especificada. No ano de 2023 foram notificados um total de 53 casos, sendo 10 casos de pacientes que já realizavam acompanhamento na rede, mas que não haviam sido notificados ainda, 30 casos novos de Hepatite B e 13 casos novos de Hepatite C.

Gráfico 01 - Série histórica de casos confirmados de Hepatites Virais por Ano de diagnóstico/Início dos Sintomas em residentes de Toledo-PR, de 1998 a 2023



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Notas:

1. Dados preliminares, extraídos da base de dados nacional consolidada até 2022 (Tabnet) e aglutinados com a base de dados local do SINAN (Sinan Net) a partir do ano de 2023.
2. Os casos anteriores ao ano de 1998 não foram incluídos na série histórica, mas foram contabilizados no total geral.
3. Dados de 2007 a 2022 atualizados em 31/12/2022, dados sujeitos à revisão.

No que diz respeito aos indicadores epidemiológicos foi realizada uma análise completa do banco de dados de hepatites virais desde o início da sua notificação compulsória ou da data que se tinham registros, o objetivo desta análise é trazer o panorama atual das hepatites virais no município, de forma a subsidiar as ações na gestão dos territórios e traçar o perfil epidemiológico das hepatites virais no município. Além disso, em 2023 o Governo Federal instituiu o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente - CIEDDS (DECRETO Nº 11.494, DE 17 DE ABRIL DE 2023).

O CIEDDS tem a finalidade de promover ações intersetoriais que contribuam para a eliminação da tuberculose e de outras doenças determinadas socialmente como problemas de saúde pública no País até 2030. Além da tuberculose, o plano de eliminação até 2030 contempla HIV, hepatites virais, tracoma, oncocercose, esquistossomose, filariose, geomitíases e doença de chagas.

Neste sentido, o município de Toledo passará neste ano por processo de avaliação da certificação de eliminação da transmissão vertical de hepatites virais, relativas aos anos de 2021 e 2022, assim como ocorreu no ano anterior relativo à certificação da eliminação da transmissão vertical da sífilis e do HIV/AIDS.

A taxa de detecção de hepatite A do município está em 0 casos por 100.000 habitantes, sem registro de novos casos de hepatite A desde 2016. Com relação à hepatite B, a taxa de detecção na população geral é de 23,26 casos por 100.000 habitantes. Em gestantes essa taxa é de 1,95 casos para cada 1000 nascidos vivos. Com relação ao percentual de coinfeção de Hepatite B com HIV, a taxa estava em 3,7 casos para cada 100 novos diagnósticos em 2022, passando a ser 0 em 2023, em que não houve o registro de novos casos de coinfeção HIV/Hepatite B. Em relação a Hepatite C, a taxa de detecção é de 9,30 casos para cada 100.000 habitantes. Já o percentual de coinfeção Hepatite C com HIV encontra-se em 14,28 casos para cada 100 novos diagnósticos.

A razão de sexos, indicador que mede a relação quantitativa de casos de hepatites virais entre os sexos, em 2023 ficou em 2,3 casos em indivíduos do sexo masculino para cada caso em indivíduos do sexo feminino. Mostrando uma prevalência maior de ocorrência em indivíduos do sexo masculino. Houve neste mesmo ano o registro de um caso em pessoa assumidamente transgênero.

No que diz respeito a distribuição percentual por escolaridade a prevalência de casos está em indivíduos com ensino médio completo ou menos anos de escolaridade (n=30,61%), demonstrando o caráter social determinante dos casos que ainda prevalece.

A taxa de detecção por faixas etárias, indicador que mede o risco de casos em consequência das hepatites virais na população geral de acordo com a faixa etária, a prevalência segue entre indivíduos da faixa etária que vai dos 40 aos 59 anos, seguido da faixa etária dos 30 aos 39 anos, podendo-se afirmar que indivíduos da faixa etária dos 30 aos 59 anos estão expostos a um maior risco de aquisição das hepatites virais necessitando de maior

atenção pelas equipes de saúde no que diz respeito à cobertura de testagem e vacinação desta população. A tabela 01 mostra a distribuição de casos por faixa etária no ano de 2023.

Tabela 01 - Distribuição de casos de Hepatites Virais segundo Faixa Etária (13) no ano de 2023 no município de Toledo - PR

| Fx Etaria (13) | 2023 | %2023 |
|----------------|------|--------|
| TOTAL | 49 | 100,00 |
| Menor 1 ano | - | - |
| 1 a 4 anos | - | - |
| 5 a 9 anos | - | - |
| 10 a 14 anos | - | - |
| 15 a 19 anos | 1 | 2,04 |
| 20 a 29 anos | 7 | 14,29 |
| 30 a 39 anos | 10 | 20,41 |
| 40 a 49 anos | 11 | 22,45 |
| 50 a 59 anos | 11 | 22,45 |
| 60 a 69 anos | 6 | 12,24 |
| 70 a 79 anos | 3 | 6,12 |
| 80 anos e mais | - | - |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Com relação aos indicadores de mortalidade por hepatites virais, o município não tem o registro de nenhum óbito decorrente de hepatite A, B ou C (causa básica) no ano de 2023. Sendo que o último óbito registrado foi no ano de 2019, por Hepatite viral aguda do tipo B (CID-10 - B16).

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E RECOMENDAÇÕES

A infecção pelos vírus A e E das hepatites pode ser evitada com as seguintes precauções:

- Lavar as mãos depois de ir ao banheiro, após trocar fraldas das crianças e antes de comer ou preparar alimentos;
- Cozinhar bem os alimentos antes de consumi-los, principalmente mariscos, frutos do mar e carne suína;
- Lavar adequadamente pratos, copos, talheres e mamadeiras;
- Orientar as pessoas nas creches, pré-escolas, lanchonetes, restaurantes e instituições fechadas quanto à importância da adoção de medidas rigorosas de

higiene, como a desinfecção de objetos, bancadas e chão, utilizando hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária;

- Evitar a construção de fossas sépticas próximas a poços e nascentes de rios, a fim de não comprometer o lençol d'água que alimenta fontes de consumo de água;
- Respeitar a distância mínima de 15 metros entre o poço e a fossa do tipo seca, e de 45 metros para os demais focos de contaminação, como: chiqueiros, estábulos, valões, galerias de infiltração e outros;
- Não tomar banho ou brincar perto de valões, chafarizes, enchentes ou próximo a locais em que haja esgoto a céu aberto;

Como tratar a água?

- Ferver ou colocar duas gotas de hipoclorito de sódio em um litro de água, meia hora antes de bebê-la, deixando o recipiente tampado para que o hipoclorito possa agir, tornando a água potável para o consumo;
- Na ausência do hipoclorito de sódio, pode-se preparar uma solução caseira com uma colher de sopa de água sanitária a 2,5% (sem alvejante), diluída em um litro de água;
- Orientar também a lavagem dos alimentos, deixando-os de molho na água tratada com hipoclorito de sódio por meia hora antes do consumo.

Hepatites B, C e D

Para evitar a infecção pelas hepatites B, C e D, orientar as pessoas a adotarem as seguintes precauções:

- Realizar o esquema completo da vacina contra a hepatite B, que geralmente é feito com a aplicação de três doses no intervalo de 0, 1 e 6 meses. As pessoas que apresentam a documentação com esquema incompleto podem completar o esquema já iniciado;
- Evitar contato com sangue e outros fluidos contaminados;
- Usar preservativos em todas as relações sexuais;
- Exigir material esterilizado ou descartável nos consultórios médicos e odontológicos, e na realização de acupuntura;
- Exigir material esterilizado ou descartável nas barbearias e nos salões de manicure e pedicure. Para evitar o uso compartilhado de material perfurocortante, o ideal é que cada pessoa leve seu kit com: tesoura, alicate, cortador de unha, lixa de unha, lixa de pé, empurrador, espátula, escova e toalha;
- Procurar estúdios de tatuagem e estabelecimentos de estética licenciados pela vigilância sanitária e que sigam as normas de biossegurança;
- Exigir material esterilizado ou descartável para realização de tatuagens e colocação de piercings e brincos;
- Exigir que o estabelecimento tome o necessário cuidado para que as tintas não estejam contaminadas. Para isso, existem técnicas de utilização individual de tintas;
- Não compartilhar escova de dente, lâminas de barbear ou de depilar, ou qualquer objeto perfurocortante;
- Não compartilhar objetos para o uso de drogas (agulhas, seringas, cachimbos ou canudos).

Vacina

Atualmente, apenas as hepatites A e B contam com uma vacina que garante a imunidade das pessoas à infecção. No caso da hepatite D, por sempre estar associada à infecção conjunta pelo vírus B, a mesma vacina utilizada para a proteção contra a hepatite B torna o indivíduo imune ao vírus D. Todavia, se a pessoa já tiver hepatite B, a vacina não tem mais efeito de proteção para nenhum dos dois vírus.

Não existe vacina para as hepatites C e E, o que reforça a necessidade de um controle adequado da cadeia de transmissão no domicílio e na comunidade, bem como entre grupos vulneráveis, por meio de políticas de redução de danos. Orientar sobre a importância de testar os contatos quando surgir algum resultado positivo. Buscar atendimento de saúde ao apresentar qualquer sinal ou sintoma da doença, ou em caso de exposição a alguma situação de transmissão das hepatites virais.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed.** Brasília, DF: MS, 2010.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Hepatitis.** Geneva: WHO, [2021]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/hepatitis#tab=tab_1. Acesso em: 21 jun. 2024.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais.** Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hepatites_virais_web_3108181.pdf/view. Acesso em: 21 jun. 2024.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 21 jun. 2024.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites virais: o Brasil está atento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf. Acesso em: 21 jun. 2024.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2016/hepatites-virais/pcdt_hepatite_b_270917.pdf/view. Acesso em: 21 jun. 2024.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2017/hepatites-virais/pcdt_hepatite_c_06_2019_isbn.pdf/view. Acesso em: 21 jun. 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde : volume 2 [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **ABCDE das hepatites virais para agentes comunitários de saúde**

[versão eletrônica] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.