



Publicação

Fevereiro, 2005 Ano 2 Número 14

retorna

Expediente

Download

Hepatites Virais B e C

*Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac"
Divisão de Hepatites Virais B e C
Instituto Adolfo Lutz — Laboratório de Hepatites Virais*

Edições Anteriores

O Programa de Hepatites Virais B e C, de responsabilidade da Divisão de Hepatites Virais do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" (CVE), vem sendo desenvolvido desde 2001. São doenças ainda controversas com relação a sua evolução e, a cada dia, novos conhecimentos científicos são divulgados.

Seu tratamento consiste de medicamentos com sérios efeitos adversos e de alto custo, tornando-o pouco acessível à população. No Estado de São Paulo os medicamentos são fornecidos gratuitamente, após a notificação do caso ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e correta indicação, de acordo com os critérios definidos pelas portarias SAS/MS nº 863 e nº 860, ambas de 4 de novembro de 2002.

Não se tem conhecimento da real prevalência das hepatites B e C em nosso meio. Esta prevalência será melhor conhecida a partir da conscientização dos profissionais de saúde da importância da notificação de todos os casos ao serviço público.

As hepatites virais B e C são doenças de notificação compulsória no Estado de São Paulo, segundo Resolução SS-59, de 22.07.2004, publicada no D.O.E. em 23/7/2004.

Hepatite B

O vírus da hepatite B (VHB) apresenta período de incubação de 40 a 180 dias. A fase aguda da infecção pode passar despercebida devido à ausência de sintomas em mais de 80% dos casos, e podem ocorrer formas fulminantes da doença em 0,1% a 1% dos casos, com alta taxa de letalidade. O VHB é a principal causa de hepatite crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular.

Cerca de 5% a 10% dos infectados na idade adulta evoluem para a forma crônica da doença, porcentagem que se eleva para 85% a 95% quando a infecção acomete neonatos. O homem é o único reservatório natural do vírus da hepatite B, portanto, o estado de portador crônico é o responsável pela disseminação da doença.

Principais marcadores de infecção - hepatite B

- AgHBs (antígeno de superfície do vírus da hepatite B): primeiro marcador sorológico a aparecer na infecção aguda; deixa de ser detectado quando há evolução para cura e sua persistência por mais de seis meses indica infecção crônica.
- AgHBe (antígeno "e" do vírus da hepatite B): indicativo de replicação viral ativa e de infectividade.
- Anti-HBe (anticorpo contra o antígeno "e" do vírus da hepatite B): aparece nos casos de soroconversão do AgHBe, sendo de bom prognóstico nas hepatites agudas.
- Anti-HBc IgM (anticorpos da classe IgM contra o antígeno do núcleo do vírus da hepatite B): sua positividade indica infecção aguda.

- Anti-HBc (anticorpos IgG contra o antígeno do núcleo do vírus da hepatite B): é detectado tanto na fase aguda quanto na fase crônica; permanece por toda a vida nos indivíduos que tiveram a infecção pelo vírus da hepatite B; quando associado ao anti-HBs indica desenvolvimento de imunidade ao VHB.
- Anti-HBs (anticorpos contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B): anticorpo associado à cura e ao desenvolvimento de imunidade contra o VHB; é encontrado isoladamente em pessoas vacinadas.

Nos casos de suspeita clínica e/ou epidemiológica de hepatite B, os marcadores recomendados para triagem são o AgHBs e o anti-HBc.

Transmissão do VBH

É transmitido por via parenteral, sexual, percutânea e vertical, através do sangue ou fluidos corpóreos, como exsudato de feridas, sêmen, fluido vaginal e outros, de pessoas portadoras do vírus.

Vias de transmissão

1. Contato direto com sangue contaminado:

- compartilhamento ou reutilização de seringas/agulhas;
- atendimento a vítimas de acidentes, cirurgias, procedimentos dentários, procedimentos que provocam sangramento, mesmo mínimos.

2. O vírus da hepatite B sobrevive no sangue seco, a temperatura ambiente, em torno de sete dias:

- contato de mucosas ou pele não íntegra (escoriações, queimaduras), com superfícies contaminadas pelo vírus B: toalhas, escovas de dentes, barbeadores compartilhados, material utilizado para colocação de *piercing* ou tatuagens.

3. Relações sexuais.

4. Mãe para filho: o risco de contaminação do recém-nascido (RN) é de 70% - 90%.

5. Amamentação: o AgHBs pode ser detectado no leite materno.

Principais medidas de prevenção e controle

- controle do sangue e produtos derivados do sangue e do plasma;
- profilaxia pré-exposição (vacinação de suscetíveis);
- profilaxia pós-exposição (vacina e gamaglobulina hiperimune após exposição);
- precauções padrão com pacientes internados;
- vigilância epidemiológica da hepatite B;
- prática de sexo seguro;
- não compartilhamento de materiais que ofereçam risco de contágio parenteral.

Vacinação

A vacinação de pessoas susceptíveis é o meio mais efetivo para quebrar a cadeia de transmissão da hepatite B. O procedimento de vacinação nas primeiras 12 horas de vida dos recém-nascidos é conduta altamente desejável, porque este procedimento diminui a transmissão vertical em mães portadoras de AgHBs. A vacina tem eficácia de 90% a 95% e está disponível na rede pública de saúde para a faixa etária até 19 anos e para populações com maior risco de contrair hepatite B.

A vacina pode ser administrada simultaneamente com outras constantes do Calendário Vacinal, e não há necessidade de reiniciar o esquema quando o intervalo entre as doses for maior que o recomendado.

Dose dada não é dose perdida

Deverão ser vacinados contra hepatite B:

- nas primeiras 12 horas de vida, todo RN nascido vivo no Estado de São Paulo, por recomendação aprovada em Comissão Intergestora Bipartite;
- todas as crianças e adolescentes até 19 anos de idade;
- parceiros sexuais e comunicantes domiciliares de portadores do vírus B.;
- pacientes renais crônicos; HIV positivos; portadores do vírus da hepatite C; pacientes submetidos a várias transfusões sanguíneas (hemofilia, talassemia, anemia falciforme);
- usuários de drogas injetáveis e/ou inaláveis;
- profissionais do sexo, homossexuais masculinos;
- profissionais que no exercício da profissão possam entrar em contacto com sangue, mesmo que em quantidade mínima (profissionais e estudantes das áreas de saúde, bombeiros, policiais, carcereiros, podólogos, manicures, coletores de lixo, hospitalar e doméstico, e tatuadores);
- população que vive em ambientes fechados: penitenciárias, instituições para menores (infratores ou não), pacientes psiquiátricos.

Profilaxia pós-exposição

A profilaxia pós-exposição pode ser feita com a aplicação de vacina, de gamaglobulina hiperimune, ou de ambas, conforme a situação apresentada e de acordo com o tipo de exposição.

ESQUEMA DE VACINAÇÃO CONTRA A HEPATITE B TRÊS DOSES – VIA INTRAMUSCULAR

1ª DOSE	PRIMEIRAS 12 HORAS DE VIDA
2ª DOSE	1 MÊS APÓS A PRIMEIRA
3ª DOSE	6 MESES APÓS A PRIMEIRA

Tratamento

O tratamento segue o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas estabelecido pela portaria SAS/ Ministério da Saúde, Nº 860, de 4 de novembro de 2002 (www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hepatite/hepa_home.htm).

Situação do Profissional da Saúde Exposto	Paciente Fonte AgHBs POSITIVO ou desconhecido COM RISCO*	Paciente Fonte AgHBs DESCONHECIDO SEM RISCO	Paciente Fonte AgHBs NEGATIVO
Não vacinado ou vacinação incompleta	01 dose de HBIG ¹¹ e iniciar esquema vacinal** ou completar vacinação	Iniciar esquema vacinal** ou completar esquema vacinal	Iniciar esquema vacinal** ou completar esquema vacinal
Vacinado com resposta adequada ¹²	Não imunizar	Não imunizar	Não imunizar
Vacinado sem resposta adequada ¹²	01 dose de HBIG e revacinar ¹⁵ ou 02 doses de HBIG ¹⁴	Revacinar ¹⁵	Revacinar ¹⁵
Vacinado resposta não conhecida	Fazer anti-HBs ¹⁶ ; Com resposta adequada não imunizar; Sem resposta adequada ¹⁷ : 01 dose de HBIG e revacinar ¹⁵ ; 02 doses de HBIG ¹⁴	Fazer anti-HBs ¹⁷ ; Com resposta adequada não imunizar; Sem resposta adequada revacinar ¹⁵	Não imunizar

Fonte: modificado do MMWR. 1997

* Pacientes politransfundidos, com cirrose, em hemodiálise, HIV positivos, usuários de drogas.

** A vacina contra hepatite B consiste em três doses (0, 1 e 6 meses).

¹¹ HBIG - Imunoglobulina Humana contra a hepatite B o mais precocemente possível, até sete dias após acidente/dose 0,06 ml/Kg, administrada por via IM. Solicitar o HBIG aos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

¹² Anti-HBs \geq 10 mUI/ml.

¹³ Anti-HBs < 10 mUI/ml.

¹⁴ Apenas para as pessoas que, mesmo revacinadas, continuam sem resposta adequada. Aplicar duas doses de HBIG com intervalo de um mês entre elas.

¹⁵ Administrar novamente três doses da vacina contra hepatite (0, 1, e 6 meses.) Caso continue sem resposta adequada, cada caso será discutido individualmente.

¹⁶ Na impossibilidade de fazer o teste anti-HBs indicar uma dose de HBIG + uma dose de vacina contra hepatite B para o profissional acidentado.

¹⁷ Na impossibilidade de fazer o teste anti-HBs, indicar uma dose de vacina contra hepatite B para o profissional acidentado.

Hepatite C

Em suas formas clínicas, hepatite aguda e hepatite crônica não apresentam sintomatologia na maioria dos casos. O vírus da hepatite C (VHC) apresenta um período de incubação de 15 a 160 dias, e aproximadamente 80% das infecções evoluem para formas crônicas. Dentre os portadores crônicos, em torno de 75% a 85% evoluem para formas leves da doença e de 15% a 25% para formas moderadas e graves, tornando-se uma das principais causas de cirrose, insuficiência hepática e carcinoma hepatocelular.

Principais marcadores de infecção hepatite C

Sorológico:

- anti-VHC (anticorpos contra o vírus da hepatite C): detectado na infecção aguda e no portador crônico, portanto, não diferenciando infecção recente e passada.

Viológico (através de técnicas de biologia molecular):

- detecção qualitativa do VHC RNA (RNA do vírus da hepatite C): detecta a presença do vírus C;
- detecção quantitativa do VHC RNA (carga viral): teste utilizado para monitoramento do tratamento;
- genotipagem do VHC: o conhecimento do genótipo viral indicará o tratamento e possível prognóstico da infecção;
- biópsia hepática: segundo a portaria nº 863, SAS/Ministério da Saúde, de 4/11/2002, a biópsia hepática é obrigatória para inclusão no Protocolo de Tratamento.

Nos casos de suspeita clínica e/ou epidemiológica de hepatite C deve ser solicitada sorologia para anti-VHC. O resultado reagente deste marcador indica a necessidade de detecção do VHC RNA por técnicas de biologia molecular, que definirá se é uma infecção passada que evoluiu para cura (não detecção do vírus) ou portador (se o vírus for detectado).

Transmissão do VHC

- Transfusão de sangue e hemoderivados: atualmente, esta forma de transmissão é rara, devido à introdução de teste sorológico de triagem de hepatite em doadores de sangue, obrigatório no Estado de São Paulo, desde 1992 (Portaria CVS-10, de 30/06/1992, publicada no D.O.E em 1/7/1992).
- Uso de drogas injetáveis ou inaladas: no caso de drogas injetáveis, o risco é o compartilhamento de seringas e agulhas. Drogas inaladas, como a cocaína, são fatores de risco devido à presença de ulcerações na mucosa nasal e compartilhamento dos canudos para aspiração da droga.
- Realização de tatuagens e colocação de *piercings*: o risco é a utilização de instrumental e tinta contaminados.
- Transmissão sexual: pode ocorrer, porém com menos frequência que na hepatite B. Transmissão perinatal: pode ocorrer, ainda que de forma não eficiente, no momento do parto ou logo após.
- Aleitamento materno: não há, até o momento, evidências conclusivas da transmissão por essa via, embora o vírus tenha sido encontrado no colostro e no leite "maduro". A mãe deve ser orientada sobre os possíveis riscos, embora mínimos, salvo na ocorrência de fissuras com sangramento nos mamilos.

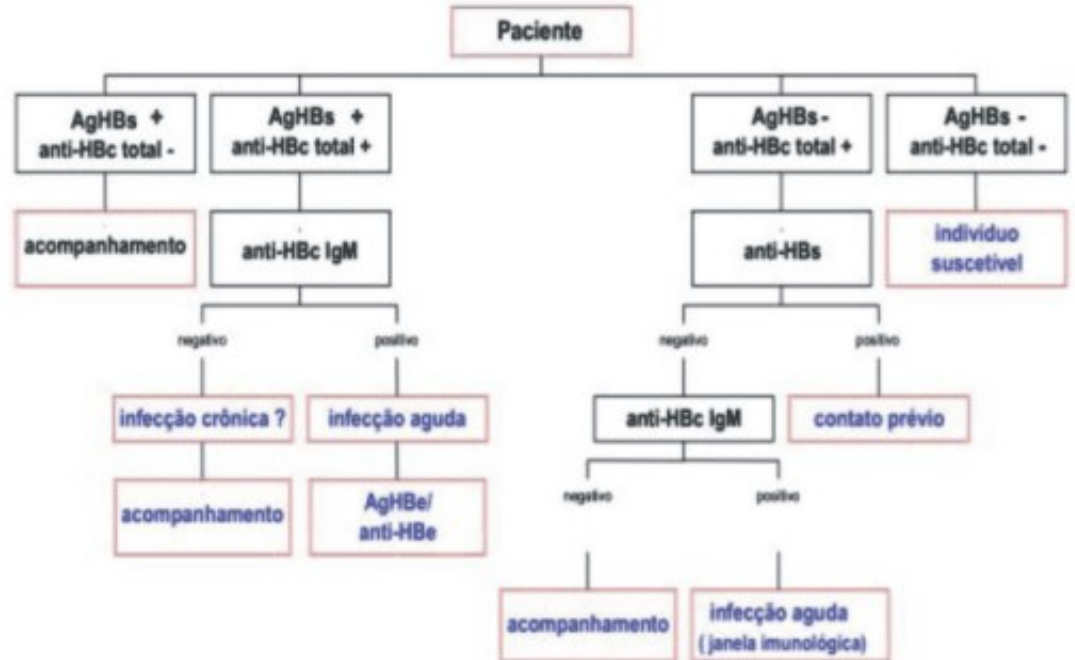
- Há uma porcentagem de casos de hepatite C em que a via de transmissão não é detectada.

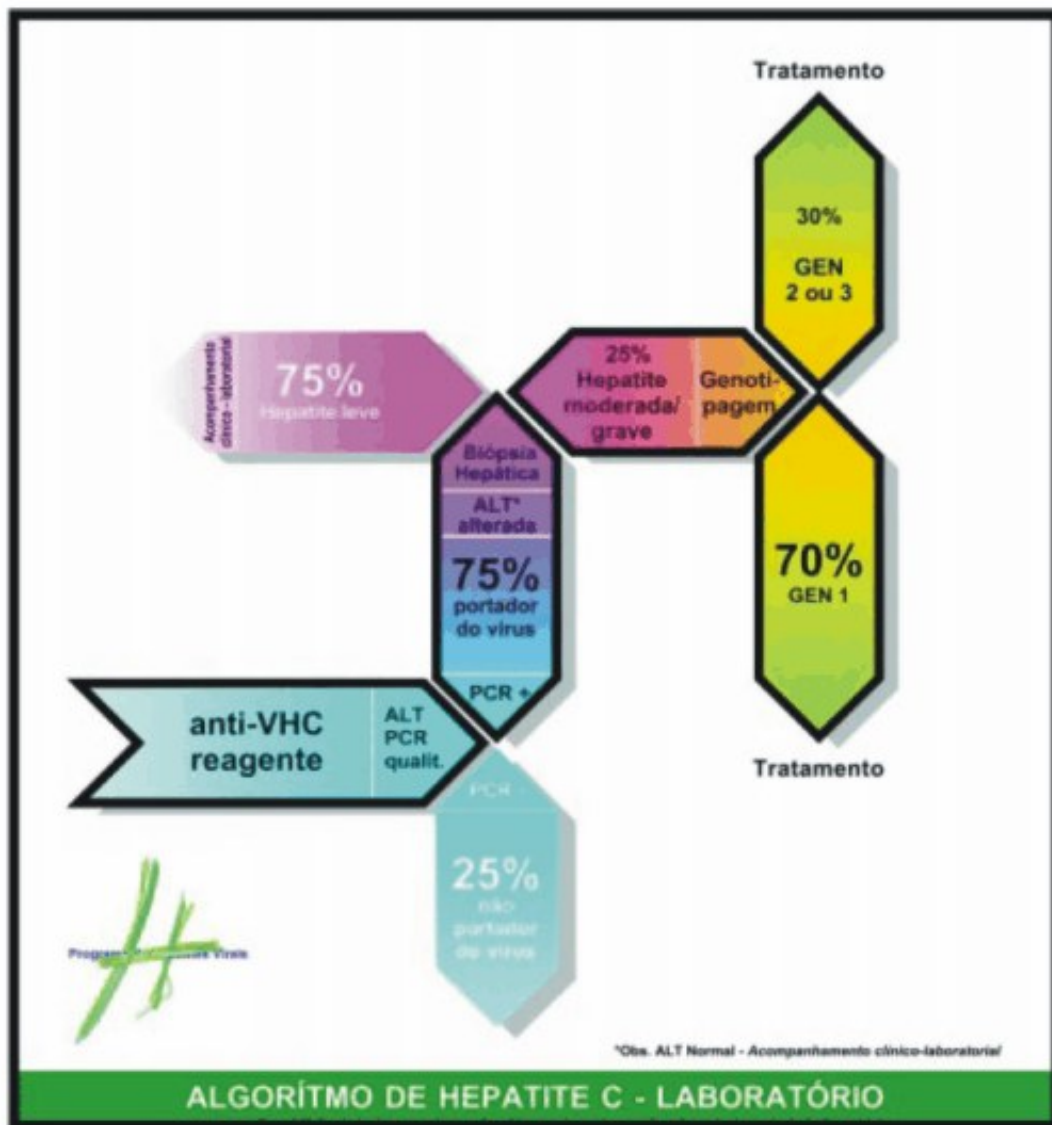
Principais medidas de prevenção e controle

- Controle do sangue e produtos derivados do sangue e do plasma;
- Precauções padrão com pacientes internados;
- Vigilância epidemiológica da hepatite C;
- Prática de sexo seguro;
- Não compartilhamento de materiais que ofereçam risco de contágio parenteral.
- Não há vacina contra o vírus da hepatite C. O conhecimento das vias de transmissão e sua divulgação para a sociedade é a função que os serviços de saúde podem e devem exercer.

Tratamento

O tratamento da hepatite C crônica está normalizado pela Portaria SAS/Ministério da Saúde nº 863, de 4 de novembro de 2002 (disponível em www.cve.saude.sp.gov.br/html/hepatite/hepa_home.htm).





Bibliografia

1. Portaria SAS/Ministério da Saúde nº 863 de 4 de novembro de 2002.
2. Portaria SAS/Ministério da Saúde nº 860 de 4 de novembro de 2002.
3. Guia de Orientações Técnicas Hepatites B e C CVE/SES 2002.
Disponível para download formato "pdf"

Coordenadoria de Controle de Doenças

*Bepa - Av. Dr. Arnaldo, 351 - 1º andar, s. 131
Tels.: (11) 3066-8823 / 3066-8825
e-mail: bepa-agencia@saude.sp.gov.br*