



HEPATITES VIRAIS¹

1 FINALIDADE

Promover critérios para diagnóstico, preconizar tratamento com medicamentos e demais produtos apropriados, implementar mecanismos de controle clínico, acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde – SUS.

Considerando que a maioria das pessoas infectadas pelas hepatites virais crônicas desconhece seu diagnóstico, e são elo fundamental na cadeia de transmissão dessas infecções, o objetivo do texto é a conscientização da importância de seu diagnóstico e notificação de casos suspeitos e confirmados através do rastreio durante o ciclo gravídico puerperal.

2 JUSTIFICATIVA

As hepatites virais são eventos 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 controle desses agravos.

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Infecção que atinge o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes são assintomáticas.

¹ Protocolo elaborado para consulta básica e atualizações. Não substitui a leitura de livros textos, artigos acadêmicos e demais publicações referentes ao tema.



Entretanto, quando presentes, podem se manifestar como: cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C. Existem ainda, com menor frequência, o vírus da hepatite D (mais comum na região Norte do país) e o vírus da hepatite E, que é menos frequente no Brasil, sendo encontrado com maior facilidade na África e na Ásia.

As infecções causadas pelos vírus das hepatites B ou C frequentemente se tornam crônicas. Contudo, por nem sempre apresentarem sintomas, grande parte das pessoas desconhecem ter a infecção. Isso faz com que a doença possa evoluir por décadas sem o devido diagnóstico. O avanço da infecção compromete o fígado sendo causa de fibrose avançada ou de cirrose, que podem levar ao desenvolvimento de câncer e necessidade de transplante do órgão.

O impacto dessas infecções acarreta em aproximadamente 1,4 milhões de mortes anualmente no mundo, seja por infecção aguda, câncer hepático ou cirrose associada as hepatites. A taxa de mortalidade da hepatite C, por exemplo, pode ser comparada ao HIV e tuberculose.

3 ABRANGÊNCIA

Este protocolo será aplicado nos diversos setores da Maternidade Escola – UFRJ, através de diretrizes e recomendações a serem seguidas por todos os profissionais de saúde envolvidos, a fim de proporcionar intervenções direcionadas aos indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários, principalmente gestantes com sintomas suspeitos e/ou diagnóstico laboratorial que forem atendidas na emergência, alojamento conjunto ou centro obstétrico da instituição.

4 DEFINIÇÃO

Hepatites virais são doenças causadas por agentes etiológicos que têm tropismo primário pelo tecido hepático e que constituem um enorme desafio à saúde pública em todo o mundo. Essas infecções são responsáveis por cerca de 1,4 milhão de óbitos anualmente, como consequência de suas formas agudas graves e, principalmente, pelas complicações das formas descompensadas



crônicas ou por hepatocarcinoma.

4.1 Agente Etiológico

As hepatites virais causadas pelos vírus hepatotrópicos das hepatites A, B, C, D ou Delta e E.

4.2 Transmissão

4.2.1 Hepatite A

A hepatite A é uma doença comumente transmitida por meio de contato oral fecal, pela ingestão de água e/ou alimentos contaminados. A transmissão sexual do vírus da hepatite A – HAV também vem sendo reportada.

4.2.2 Hepatite B

O vírus da hepatite B – HBV é transmitido por meio de contato com fluidos corpóreos infectados. O sangue é o veículo de transmissão mais importante, mas outros fluidos também podem transmitir o HBV, como sêmen e saliva. Os meios de transmissão conhecidos são perinatal, sexual e parenteral/percutâneo.

O principal fator associado à evolução para cronicidade da infecção pelo vírus da hepatite B é a faixa etária na qual a infecção ocorre.

Quando a infecção aguda pelo HBV se dá no primeiro trimestre da gestação, o risco de transmissão da infecção ao recém-nascido (RN) é pequeno, inferior a 10%, porém, quando a infecção ocorre no segundo ou terceiro trimestres da gestação, a transmissão pode ocorrer em mais de 60% dos casos.

Quando a gestante é portadora de infecção crônica por HBV, com perfil sorológico HBsAg/HBeAg positivo, há um grave risco para o RN. Sem a imunoprofilaxia adequada no momento do parto, a maioria das crianças recém nascidas desenvolverá infecção aguda por HBV, com progressão para infecção crônica, além de complicações da doença hepática crônica na idade



adulta. A administração de imunoprofilaxia reduz esse risco.

O leite materno em mães portadoras do HBV não representa risco adicional de transmissão, mesmo em crianças que não receberam a imunoprofilaxia.

4.2.3 Hepatite C

A forma mais eficaz de transmissão do vírus da hepatite C – HCV ocorre pela exposição percutânea repetida, ou mediante o recebimento de grandes volumes de sangue infectado. Além desses fatores de risco, outras importantes fontes de transmissão do HCV são hemodiálise, procedimentos de manicure e pedicure, confecção de piercings e tatuagens, tratamentos odontológicos e procedimentos endoscópicos (caso estes não sigam as normas de boas práticas de esterilização e desinfecção de materiais reutilizáveis e/ou produtos descartáveis), além da transmissão vertical e da transmissão sexual, principalmente em PVHIV e HSH288. A transmissão sexual do HCV é menos frequente que a transmissão da infecção pelo HBV, ocorrendo em pessoas com múltiplas parcerias sexuais e que têm relações sem uso de preservativo. Como em outras infecções de transmissão sexual, a presença de uma IST, como lesões ulceradas em região anogenital, e práticas sexuais de risco para aquisição de IST/HIV constituem um importante facilitador de transmissão.

A história natural do HCV é marcada pela evolução silenciosa. Muitas vezes, a doença é diagnosticada décadas após a infecção, e os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado, manifestando-se apenas em fases mais avançadas da infecção. A testagem para o HCV deve ser solicitada para todos os indivíduos em situações de risco, como:

Idade igual ou superior a 40 anos e/ou:

- PVHIV.
- Pessoas prestes a iniciar profilaxia pré exposição (PrEP) ou que façam uso frequente da profilaxia pós exposição (PEP).
- Pessoas com múltiplas parcerias sexuais ou com múltiplas IST.
- Transexuais;
- Trabalhadores(as) do sexo;
- Pacientes com diagnóstico de diabetes, antecedentes psiquiátricos, histórico de patologia hepática sem diagnóstico, elevações de ALT e/ou AST e antecedente de



doença renal ou de imunodepressão, a qualquer tempo.

- Pacientes em regime de diálise;
- Antecedente de transfusão de sangue, hemoderivados ou órgãos antes de 1993.
- Antecedente de uso de drogas ilícitas injetáveis, intranasais ou fumadas;
- Pessoas dependentes de álcool;
- Antecedente de tatuagem ou piercing em ambiente não regulamentado;
- Antecedente de exposição a material biológico contaminado;
- População privada de liberdade;
- Contactante íntimo ou parceiro sexual de pessoas com anti-HCV reagentes;
- Crianças nascidas de mães que vivem com o HCV.

4.2.4 Hepatite D

O vírus da hepatite Delta é um vírus que acomete apenas pessoas infectadas pelo vírus da hepatite B; sua transmissão pode ocorrer concomitantemente à infecção pelo HBV (coinfecção) ou posteriormente à infecção pelo HBV (superinfecção). Recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas, independentemente de faixa etária.

4.2.5 Hepatite E

O vírus da hepatite E é transmitido principalmente pela via fecal-oral pelo consumo de água contaminada e em locais com infraestrutura sanitária frágil. Outras formas de transmissão incluem: ingestão de carne mal cozida ou produtos derivados de animais infectados (por exemplo, fígado de porco); transfusão de produtos sanguíneos infectados; e transmissão vertical de uma mulher grávida para seu bebê.

4.3 Classificação Manifestações Clínicas (Fases Da Doença)

4.3.1 Hepatite A

Na maioria dos casos, a hepatite A é uma doença de caráter benigno, contudo o curso



sintomático e a letalidade aumentam com a idade. É também conhecida como “hepatite infecciosa”. Geralmente assintomática, podendo apresentar sintomas inespecíficos como fadiga, mal-estar, febre, dores musculares. Esses sintomas iniciais podem ser seguidos de sintomas gastrointestinais tais como enjoo, vômitos, dor abdominal, constipação ou diarreia. A presença de urina escura ocorre antes do início da fase ictérica da doença. Os sintomas costumam aparecer de 15 a 50 dias após a infecção e duram menos de dois meses.

4.3.2 Hepatite B

A hepatite B pode se desenvolver de duas formas: aguda e crônica. A aguda é quando a infecção tem curta duração. A forma é crônica quando a doença dura mais de seis meses. O risco de a doença tornar-se crônica depende da idade na qual ocorre a infecção.

A infecção é assintomática na maioria dos casos, sendo muitas vezes diagnosticada décadas após a infecção, após o surgimento de sinais e/ou sintomas relacionados hepatopatias (cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados), e que costumam manifestar-se apenas em fases mais avançadas da doença.

Justamente a ausência de sintomas na fase inicial que dificulta o diagnóstico precoce da infecção, exigindo preparação dos profissionais da saúde para ofertar a testagem rápida para a população, entrando na rotina de rastreio pré-natal.

4.3.3 Hepatite C

Assintomática na maioria dos casos.

É um processo infeccioso e inflamatório que pode se manifestar na forma aguda ou crônica, sendo esta segunda a forma mais comum. A hepatite crônica pelo HCV é uma doença de caráter silencioso que evolui sorrateiramente e se caracteriza por um processo inflamatório persistente no fígado. Aproximadamente 60% a 85% dos casos se tornam crônicos e, em média, 20% evoluem para cirrose ao longo do tempo. Uma vez estabelecido o diagnóstico de cirrose hepática, o risco anual para o surgimento de carcinoma hepatocelular (CHC) é de 1% a 5% (WESTBROOK; DUSHEIKO, 2014). O risco anual de descompensação hepática é de 3% a 6%. Após um primeiro episódio de descompensação hepática, o risco de óbito, nos 12 meses seguintes, é de 15% a 20%



(WESTBROOK; DUSHEIKO, 2014).

Habitualmente, a hepatite C é descoberta em sua fase crônica. Normalmente, o diagnóstico ocorre após teste rápido de rotina ou por doação de sangue. Esse fato reitera a importância da realização dos testes rápidos ou sorológicos, que apontam a presença dos anticorpos anti-HCV.

4.3.4 Hepatite D

A hepatite D, também chamada de Delta, está associada com a presença do vírus do B da hepatite para causar a infecção e inflamação das células do fígado.

Existem duas formas de infecção pelo HDV: coinfeção simultânea com o HBV e superinfecção do HDV em um indivíduo com infecção crônica pelo HBV. A hepatite D crônica é considerada a forma mais grave de hepatite viral crônica, com progressão mais rápida para cirrose e um risco aumentado para descompensação, CHC e morte. Assim como as outras hepatites, a do tipo D pode não apresentar sintomas ou sinais da doença.

Quando presentes, os mais frequentes são: cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, icterícia (pele e olhos amarelados), urina escura e fezes claras.

4.3.5 Hepatite E

Hepatite aguda de curta duração e auto-limitada. Na maioria dos casos é uma doença de caráter benigno, agudo de curta duração e autolimitada (2 – 6 semanas) em adultos jovens, sendo clinicamente indistinguível de outras causas de hepatite viral aguda.

Embora a infecção ocorra também em crianças, elas geralmente não apresentam sintomas ou apenas uma doença leve sem icterícia (na maioria das vezes não diagnosticada).

Os sinais e sintomas, quando presentes, incluem inicialmente fadiga, mal-estar, febre, dores musculares. Esses sintomas iniciais podem ser seguidos de enjoo, vômitos, dor abdominal, constipação ou diarreia, presença de urina escura e pele e os olhos amarelados (icterícia).

A hepatite E pode ser grave na gestante. A hepatite fulminante ocorre com mais frequência durante a gravidez. As mulheres grávidas com hepatite E, particularmente as do segundo ou terceiro trimestre, apresentam maior risco de insuficiência hepática aguda, perda fetal e mortalidade. A mortalidade pode ser de até 20-25% nas mulheres grávidas com hepatite no terceiro trimestre.



5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das hepatites virais baseia-se na detecção dos marcadores presentes no sangue, soro, plasma ou fluido oral da pessoa infectada, por meio de imunoenaios, e/ou na detecção do ácido nucleico viral, por meio de técnicas de biologia molecular.

5.1 Hepatite A

Pesquisa da presença de anticorpos anti-HAV IgM (infecção inicial), que podem permanecer detectáveis por cerca de seis meses.

Pesquisa do anticorpo IgG para verificar infecção passada ou então resposta vacinal de imunidade. De qualquer modo, após a infecção e evolução para a cura, os anticorpos produzidos impedem nova infecção, produzindo uma imunidade duradoura.

5.2 Hepatite B

O teste de triagem para Hepatite B é realizado através da pesquisa do antígeno do HBV (HBsAg), que pode ser feita por meio de teste laboratorial ou teste rápido.

Se resultado positivo, o diagnóstico deve ser confirmado com a realização de exames complementares para pesquisa de outros marcadores, ou seja, a detecção direta da carga viral, por meio de um teste de biologia molecular que identifica a presença do DNA viral (HBV-DNA).

5.3 Hepatite C

Teste de triagem anti-HCV positivo: Deve-se realizar um exame de carga viral (HCV-RNA) para confirmar a infecção ativa pelo vírus.

5.4 Hepatite D

O diagnóstico sorológico da hepatite D é baseado na detecção de anticorpos anti-HDV. Caso estes apresentem exame anti-HDV reagente, a confirmação da hepatite Delta será realizada



por meio do somatório das informações clínicas, epidemiológicas e demográficas.

A confirmação do diagnóstico também poderá ser realizada por meio da quantificação do HDV-RNA (atualmente realizados apenas em caráter de pesquisa clínica).

Excepcionalmente, a confirmação diagnóstica poderá ser realizada por meio do exame de histopatologia para identificação da hepatite D.

5.5 Hepatite E

O teste para a pesquisa de anticorpos IgM anti-HEV pode ser usado para o diagnóstico da infecção recente pelo HEV.

Anticorpos IgG anti-HEV são encontrados desde o início da infecção, com pico entre 30 e 40 dias após a fase aguda da doença, e podem persistir por até 14 anos.

A detecção da viremia em amostras de fezes, por RT-PCR, auxilia no diagnóstico dos casos agudos de hepatite E.

6 INTERVENÇÕES TRATAMENTO

6.1 Hepatite A

Não há tratamento específico para hepatite A.

Deve-se fornecer sintomáticos, incluindo a reposição de fluidos perdidos pelos vômitos e diarreia. A hospitalização está indicada apenas nos casos de insuficiência hepática aguda.

A vacina contra a hepatite A é altamente eficaz e segura e é a principal medida de prevenção, sendo atualmente parte do calendário infantil de vacinação.

A gestação e a lactação não representam contraindicações para imunização.

6.2 Hepatite B

A Hepatite B não tem cura. Entretanto, o tratamento disponibilizado no SUS objetiva reduzir o risco de progressão da doença e suas complicações, especificamente cirrose, câncer



hepático e morte.

Os medicamentos disponíveis para controle da hepatite B são a alfapeginterferona, o tenofovir e o entecavir.

Para gestantes com resultado de teste rápido para hepatite B não reagente e sem história de vacinação prévia, recomenda-se a vacinação em 3 doses.

As gestantes que apresentem resultado do teste rápido reagente para hepatite B deverão complementar a avaliação com solicitação de exame específico e carga viral da hepatite B. Confirmado o resultado, a gestante pode ter indicação de profilaxia com tenofovir (TDF) a partir do 3º trimestre da gestação, caso atenda aos critérios estabelecidos no PCDT de Prevenção da Transmissão Vertical.

Para todas as crianças expostas à hepatite B durante a gestação está recomendada a vacina e imunoglobulina (IGHAB), preferencialmente nas primeiras 24 horas do pós-parto – pois quando realizadas em conjunto previnem a transmissão perinatal da hepatite B em mais de 90% dos recém-nascidos.

6.3 Hepatite C

A hepatite C tem tratamento ofertado gratuitamente pelo SUS e o paciente poderá ser encaminhado, para uso de medicamentos (chamados antivirais de ação direta (DAA), capazes de curar a infecção e impedir a progressão da doença. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções 2019 tem como objetivo oferecer, no âmbito do SUS, uma estratégia custo-efetiva para o tratamento da hepatite C – com novas opções terapêuticas, acesso flexibilizado ao tratamento, menores índices de efeitos adversos e maior expectativa de cura.

<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfeccoes>

6.4 Hepatite D

O objetivo principal do tratamento é o controle do dano hepático. Deve ser baseado no ‘Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções’ e inclui terapias compostas por alfapeginterferona 2ª e/ou um análogo de nucleostídeo.



6.5 Hepatite E

Assim como a hepatite A, a hepatite E não tem um tratamento específico, sendo usados sintomáticos adequados o conforto e garantia do balanço nutricional adequado, incluindo a reposição de fluidos perdidos pelos vômitos e diarreia.

É desaconselhado o consumo de bebidas alcoólicas. A internação só é indicada em pacientes com quadro clínico mais grave, principalmente mulheres grávidas.

Em pacientes imunossuprimidos, como transplantados de órgãos sólidos, com aids e em terapia com imunobiológicos (como rituximab) há o risco de infecção crônica pelo vírus da hepatite E (HEV) e necessidade de tratamento com antivirais.

7 ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória, ou seja, cada ocorrência deve ser notificada por um profissional de saúde no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Esse registro é importante para mapear os casos de hepatites no país e ajuda a traçar diretrizes de políticas públicas no setor.

A notificação deve ser registrada, por meio do preenchimento da Ficha de Notificação (figura 1), que se encontra disponível em diversos setores da maternidade e também no link abaixo:

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites_Virais/Ficha_Hepatites_Virais.pdf

A ficha deverá ser preenchida pelo profissional que atendeu a gestante, e então ser encaminhada ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), ramal 214.



Figure 1 - Ficha de Notificação (frente)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS		Nº	
CASO CONFIRMADO Hepatite A: - Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente - Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A - Menção de hepatite A em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada. Hepatite B: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B a seguir: - HBsAg reagente - Anti-HBc IgM reagente - HBV-DNA detectável - Menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada. Hepatite C: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir: - Anti-HCV reagente - HCV-RNA detectável - Menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada. Hepatite D: - Caso confirmado de Hepatite B, com pelo menos um dos marcadores a seguir: - Anti-HDV total reagente - HDV-RNA detectável - Menção de hepatite D em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada. Hepatite E: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite E a seguir: - Anti-HEV IgM e anti-HEV IgG reagentes - HEV-RNA detectável - Menção de hepatite E em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.					
Dados Gerais					
1 Tipo de Notificação		2 - Individual			
2 Agravado/doença		HEPATITES VIRAIS		Código (CID10)	
				B 19	
3 Data da Notificação					
4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual					
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante	
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não se aplica 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica 7 - Não se aplica 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
13 Raça/Cor		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado			
14 Escolaridade		0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência					
17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	
19 Distrito					
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)	
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		1 - Brasil 2 - Paraguai 3 - Uruguai 4 - Argentina 5 - Chile 6 - Colômbia 7 - Venezuela 8 - Bolívia 9 - Peru 10 - Equador 11 - Guiné-Bissau 12 - Cabo Verde 13 - Guiné 14 - Serra Leoa 15 - Libéria 16 - Gâmbia 17 - Senegal 18 - Mauritânia 19 - Mali 20 - Níger 21 - Chade 22 - Camarões 23 - Gabão 24 - Congo 25 - Angola 26 - Namíbia 27 - África do Sul 28 - Zâmbia 29 - Moçambique 30 - Zâmbia 31 - Malawi 32 - Zâmbia 33 - Zâmbia 34 - Zâmbia 35 - Zâmbia 36 - Zâmbia 37 - Zâmbia 38 - Zâmbia 39 - Zâmbia 40 - Zâmbia 41 - Zâmbia 42 - Zâmbia 43 - Zâmbia 44 - Zâmbia 45 - Zâmbia 46 - Zâmbia 47 - Zâmbia 48 - Zâmbia 49 - Zâmbia 50 - Zâmbia 51 - Zâmbia 52 - Zâmbia 53 - Zâmbia 54 - Zâmbia 55 - Zâmbia 56 - Zâmbia 57 - Zâmbia 58 - Zâmbia 59 - Zâmbia 60 - Zâmbia 61 - Zâmbia 62 - Zâmbia 63 - Zâmbia 64 - Zâmbia 65 - Zâmbia 66 - Zâmbia 67 - Zâmbia 68 - Zâmbia 69 - Zâmbia 70 - Zâmbia 71 - Zâmbia 72 - Zâmbia 73 - Zâmbia 74 - Zâmbia 75 - Zâmbia 76 - Zâmbia 77 - Zâmbia 78 - Zâmbia 79 - Zâmbia 80 - Zâmbia 81 - Zâmbia 82 - Zâmbia 83 - Zâmbia 84 - Zâmbia 85 - Zâmbia 86 - Zâmbia 87 - Zâmbia 88 - Zâmbia 89 - Zâmbia 90 - Zâmbia 91 - Zâmbia 92 - Zâmbia 93 - Zâmbia 94 - Zâmbia 95 - Zâmbia 96 - Zâmbia 97 - Zâmbia 98 - Zâmbia 99 - Zâmbia 100 - Zâmbia	
Dados Complementares do Caso					
31 Data da Investigação		32 Ocupação			
33 Suspeita de:		34 Tomou vacina para:		35 Hepatite A	
1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada		1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado		36 Hepatite B	
35 Institucionalizado em		37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC			
1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado		1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 4 - Não 5 - Não 6 - Não 7 - Não 8 - Não 9 - Não 10 - Não 11 - Não 12 - Não 13 - Não 14 - Não 15 - Não 16 - Não 17 - Não 18 - Não 19 - Não 20 - Não 21 - Não 22 - Não 23 - Não 24 - Não 25 - Não 26 - Não 27 - Não 28 - Não 29 - Não 30 - Não 31 - Não 32 - Não 33 - Não 34 - Não 35 - Não 36 - Não 37 - Não 38 - Não 39 - Não 40 - Não 41 - Não 42 - Não 43 - Não 44 - Não 45 - Não 46 - Não 47 - Não 48 - Não 49 - Não 50 - Não 51 - Não 52 - Não 53 - Não 54 - Não 55 - Não 56 - Não 57 - Não 58 - Não 59 - Não 60 - Não 61 - Não 62 - Não 63 - Não 64 - Não 65 - Não 66 - Não 67 - Não 68 - Não 69 - Não 70 - Não 71 - Não 72 - Não 73 - Não 74 - Não 75 - Não 76 - Não 77 - Não 78 - Não 79 - Não 80 - Não 81 - Não 82 - Não 83 - Não 84 - Não 85 - Não 86 - Não 87 - Não 88 - Não 89 - Não 90 - Não 91 - Não 92 - Não 93 - Não 94 - Não 95 - Não 96 - Não 97 - Não 98 - Não 99 - Não 100 - Não			
36 Agravos associados		37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC		38 Sexual	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 4 - Não 5 - Não 6 - Não 7 - Não 8 - Não 9 - Não 10 - Não 11 - Não 12 - Não 13 - Não 14 - Não 15 - Não 16 - Não 17 - Não 18 - Não 19 - Não 20 - Não 21 - Não 22 - Não 23 - Não 24 - Não 25 - Não 26 - Não 27 - Não 28 - Não 29 - Não 30 - Não 31 - Não 32 - Não 33 - Não 34 - Não 35 - Não 36 - Não 37 - Não 38 - Não 39 - Não 40 - Não 41 - Não 42 - Não 43 - Não 44 - Não 45 - Não 46 - Não 47 - Não 48 - Não 49 - Não 50 - Não 51 - Não 52 - Não 53 - Não 54 - Não 55 - Não 56 - Não 57 - Não 58 - Não 59 - Não 60 - Não 61 - Não 62 - Não 63 - Não 64 - Não 65 - Não 66 - Não 67 - Não 68 - Não 69 - Não 70 - Não 71 - Não 72 - Não 73 - Não 74 - Não 75 - Não 76 - Não 77 - Não 78 - Não 79 - Não 80 - Não 81 - Não 82 - Não 83 - Não 84 - Não 85 - Não 86 - Não 87 - Não 88 - Não 89 - Não 90 - Não 91 - Não 92 - Não 93 - Não 94 - Não 95 - Não 96 - Não 97 - Não 98 - Não 99 - Não 100 - Não		39 Domiciliar (não sexual)	
38 HIV/AIDS		39 Domiciliar (não sexual)		40 Ocupacional	
39 Outras DSTs		40 Ocupacional		41 Sinan NET	
Hepatites Virais		Sinan NET		SVS 29/09/2006	



Figura 1 – Ficha de Notificação (verso)

Antecedentes Epidemiológicos	38 O paciente foi submetido ou exposto a 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 9 - Ignorado							
	☐ Medicamentos Injetáveis		☐ Tatuagem/Piercing					
	☐ Drogas inaláveis ou Crack		☐ Acupuntura					
	☐ Drogas injetáveis		☐ Tratamento Cirúrgico					
Antecedentes Epidemiológicos	☐ Água/Alimento contaminado		☐ Tratamento Dentário					
	☐ Três ou mais parceiros sexuais		☐ Hemodiálise					
	☐ Transplante		☐ Outras					
	39 Data do acidente ou transfusão ou transplante							
Antecedentes Epidemiológicos	40 Local/ Município da Exposição (para caso de Hepatite A - local referenciado no campo 35) (para caso de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)							
	UF	Município de exposição	Local de exposição	Fone				
Antecedentes Epidemiológicos	41 Dados dos comunicantes							
	Nome	Idade D-Dias M-Meses A-Anos	Tipo de contato 1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/não domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado	HBsAg 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HBc total 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HCV 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Indicado vacina contra Hepatite B 1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado	Indicado imunoglobulina humana anti hepatite B 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	42 Paciente encaminhado de 1- Banco de sangue 2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA) 3- Não se aplica		43 Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA		44 Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA 1-Reagente 4-Não realizado 2-Não reagente 9-Ignorado 3-Inconclusivo			
	45 Data da Coleta da Sorologia / Teste rápido		46 Resultados Sorológicos/Virológicos/Teste rápido					
	47 Genótipo para HCV 1-Genótipo 1 4-Genótipo 4 7-Não se aplica 2-Genótipo 2 5-Genótipo 5 9-Ignorado 3-Genótipo 3 6-Genótipo 6		1 - Reagente/Positivo 2 - Não Reagente/Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado					
			Anti-HAV - IgM HBsAg Anti-HBc IgM Anti -HBc (Total) Anti-HDV - IgM HBsAg HBeAg Anti-HBe Anti -HDV Total Anti -HDV - IgM Anti -HEV - IgM Anti-HCV HCV-RNA					
Conclusão	48 Classificação final 1 - Confirmação laboratorial 2 - Confirmação clínico-epidemiológica 3 - Descartado 4 - Cicatriz Sorológica 8 - Inconclusivo		49 Forma Clínica 1 - Hepatite Aguda 2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático 3 - Hepatite Fulminante 4 - Inconclusivo		50 Classificação Etiológica 01- Vírus A 06- Vírus B e C 02- Vírus B 07- Vírus A e B 03- Vírus C 08- Vírus A e C 04- Vírus B e D 09- Não se aplica 05- Vírus E 99- Ignorado			
	51 Provável Fonte / Mecanismo de Infecção 01-Sexual 05-Acidente de trabalho 08-Tratamento cirúrgico 11-Alimento/água contaminada 02-Transfusional 06-Hemodiálise 09-Tratamento dentário 12-Outros 03-Uso de drogas 07-Domiciliar 10-Pessoa/pessoa 99- Ignorado 04-Vertical							
	52 Data do Encerramento							
	Observações:							
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde			
	Nome				Assinatura			
	Função				Assinatura			
	Hepatites Virais				Sinan NET			



7.1 Critérios para notificação

Os critérios para definição de casos estão postos pelo Guia de Vigilância em Saúde e, no caso da hepatite B, consideram-se os seguintes:

Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B, conforme a lista abaixo:

- HBsAg reagente;
- anti-HBc IgM reagente;
- HBV-DNA detectável.
- Indivíduo que evoluiu ao óbito com menção de hepatite B na declaração de óbito.
- Indivíduo que evoluiu ao óbito com menção de hepatite sem etiologia especificada na declaração de óbito, mas que tem confirmação para hepatite B após investigação.

Considerando que não há campo específico na ficha de notificação para este teste, provisoriamente, casos confirmados apenas com testes moleculares (HBV-DNA) devem ser inseridos no campo “Observações” da ficha de notificação HBV-DNA detectável, descrever ‘HBV-DNA_SIM’. O mesmo deve ocorrer em casos de óbito. Óbito relacionado à hepatite B, descrever: ‘OBITO_B’.

As diretrizes de notificação estão estabelecidas no Guia de Vigilância em Saúde, disponível no link abaixo:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf

8 INDICADORES

No Brasil, de 1999 a 2016, foram notificados no Sinan aproximadamente 600.000 casos confirmados de hepatites virais A, B, C e D. Entretanto o número de casos deva ser bem maior, em razão de a maioria dos casos não apresentarem sintomas, dificultando a procura por diagnóstico.

O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) disponibiliza aos gestores e profissionais de saúde, assim como aos interessados na produção e análise epidemiológica, painéis de indicadores e dados básicos sobre



os agravos de responsabilidade do Departamento, com estratificações por UF e/ou municípios e outros recortes de interesse para a análise dos dados.

Os painéis compreendem um conjunto de indicadores construídos tendo como fontes de dados as notificações compulsórias, além de dados de qualidade da informação no Sinan, os registros dos casos no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), os dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), dados populacionais dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponíveis no site do DATASUS, e outros dados provenientes dos sistemas de monitoramento do Departamento.

A qualidade de cada indicador apresentado depende, principalmente, das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação, como a frequência dos casos, o tamanho da população dos municípios e os recortes avaliados. Assim, é necessário cautela na interpretação dos diversos dados apresentados, em especial quando estes se referem a populações reduzidas.

O Ministério da Saúde disponibiliza tais dados no Painel de Indicadores Epidemiológicos, disponíveis no link <https://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan>.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Protocolo de conteúdo passível de mudanças de diretrizes e definições em virtude de variações de características clínicas e/ou epidemiológicas de doenças e/ou agravos.

As publicações do site institucional da Maternidade Escola preconizam atualizações constantes em conteúdo de seus protocolos e fluxogramas.

Dentro do exposto, sugerimos frequentes pesquisas no site do Ministério da Saúde para acompanhamento de novos conteúdos, notas técnicas e ofícios.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

DUARTE, G. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: hepatites virais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2020834, 2021.

GLERIANO, J. S. et al. 20 Anos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais: Processo Histórico e Contribuições para a Gestão. **Administração Pública e Gestão Social**, 2023.

MELLO B, E. C. de. Hepatites Virais no Ciclo Gravídico-Puerperal. In: REZENDE FILHO, J. de. **Rezende Obstetrícia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p.665-670.

OLIVEIRA, D. R. C. et al. Prevenção e profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis, HIV e hepatites virais. **Promoção e proteção da saúde da mulher**, ATM 2025/2. Porto Alegre: UFRGS, 2023. p. 79-100, 2023.