



Julho **ANIMA RELO**

MÊS DE
CONSCIENTIZAÇÃO
E COMBATE ÀS
HEPATITES VIRAIS

O julho amarelo é uma campanha nacional de conscientização sobre as hepatites virais, realizada no Brasil durante todo o mês de julho. Instituída pela Lei nº 13.802/2019, a campanha tem como objetivo:

- Informar a população sobre as hepatites virais, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento.
- Promover a testagem para as hepatites B e C, identificar precocemente os casos e iniciar o tratamento adequado.
- Combater o estigma e a discriminação contra as pessoas que vivem com hepatite viral.

A prevenção é fundamental para o controle das hepatites virais.

Algumas medidas simples podem te proteger:

- Vacinação: Existem vacinas seguras e eficazes contra a hepatite A e B.
- Práticas seguras de sexo: Use preservativos em todas as relações sexuais.
- Cuidados com a higiene: Lave bem as mãos com água e sabão após usar o banheiro, antes de comer.
- Não compartilhar objetos pessoais: agulhas, seringas, lâminas de barbear ou outros perfurocortantes.
- Testes: Faça o teste para as hepatites B e C, principalmente se você tem fatores de risco.

Durante o julho amarelo, a oferta de testes costuma ser ampliada em todo o país. O teste para as hepatites B e C pode ser feito gratuitamente em postos de saúde e unidades de saúde pública.

Para mais informações sobre as hepatites virais e a campanha Julho Amarelo, acesse os seguintes sites:

- Ministério da Saúde: <https://bvsms.saude.gov.br/julho-amarelo-mes-de-luta-contra-as-hepatites-virais/>
- Sociedade Brasileira de Hepatologia: <https://sbhepatologia.org.br/>

Juntos, podemos prevenir as hepatites virais e garantir a saúde de todos

DEFINIÇÃO DO AGENTE: Agente causador é o Vírus da Hepatite B.

DANOS À SAÚDE RELACIONADOS AO RISCO IDENTIFICADO: Vírus da Hepatite B pode levar ao desenvolvimento de **hepatite viral aguda**, cujo período de incubação é de 30 a 180 dias (média de 60 a 90 dias); evolução leve na maioria dos casos. Pode ocorrer **hepatite fulminante** em 0,1 a 1% dos casos. Progressão para **hepatite crônica** em 01 a 10% dos casos. Evolução para **câncer** é ocasional. Estado de portador em 0,1 a 30% dos casos.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS: Manifestações iniciais inespecíficas de fadiga, mal-estar, anorexia, náuseas/ vômitos, febrícula, aversão ao café e cigarro. Após período de 01 semana ou mais, a fase prodrômica pode evoluir para a fase ictérica, com manifestações de icterícia [“amarelão”], colúria [urina escura, cor de coca-cola], acolia [fezes claras], hepatomegalia [aumento do volume do fígado]. A icterícia pode ou não aparecer, sendo provável que a maioria dos casos permaneça anictérica. A recuperação clínica/laboratorial ocorre geralmente em 03 a 04 meses nos casos não complicados de hepatite B. Caso houver evolução para hepatite crônica, o quadro é geralmente assintomático no início da evolução; depois, ocorre perda progressiva de função hepática. Pode evoluir para cirrose hepática, hepatoma [câncer de fígado]. Também pode ocorrer estado de portador = não há doença hepática, apenas a presença do vírus; portanto, sem sintomas.

LABORATORIAL: HBsAg indica a presença do vírus. Anti-HBs torna-se positivo na convalescença e pós vacinação (protetor).

FONTES DE EXPOSIÇÃO E RESERVATÓRIOS: O homem é o único reservatório de importância epidemiológica, com incidência de 350 a 400 milhões de portadores de HbsAg no mundo. Prevalência do HBsAg sérico no sangue em populações normais dos EUA e Europa Ocidental de 0,1 a 0,5%. Aproximadamente um terço da população mundial atual já se expôs ao vírus da hepatite B e estima-se que 240 milhões de pessoas estejam infectadas cronicamente.

VIAS DE TRANSMISSÃO E DE ENTRADA: Vírus da Hepatite B transmitido pelo sangue (via parenteral e vertical), esperma e secreção vaginal (via sexual). Assim a transmissão pode ocorrer pelo compartilhamento de objetos contaminados como: lâminas de barbear e de depilar, escovas de dente, alicates de unha, materiais para colocação de piercing e para confecção de tatuagens, instrumentos para uso de drogas injetáveis (cocaína, anabolizantes e complexos vitamínicos), inaláveis (cocaína) e pipadas (crack), acidentes com exposição a material biológico e procedimentos cirúrgicos, odontológicos e de hemodiálise, em que não se aplicam as normas adequadas de biossegurança.

A transmissão via transfusão de sangue e hemoderivados é rara em face da triagem sorológica obrigatória nos bancos de sangue (desde 1978 para a hepatite B). Geralmente, a transmissão vertical ocorre no momento do parto e dentre as hepatites virais o risco é maior para hepatite B, ocorrendo em 70% a 90% dos casos cujas gestantes apresentam replicação viral. A infecção via transplacentária é incomum. Apesar da possibilidade de transmissão pelo aleitamento materno, não há evidências conclusivas de aumento do risco à infecção. Não há transmissão via fecal-oral.

PATOGENICIDADE: Vírus da Hepatite B pode levar ao desenvolvimento de hepatite viral aguda, cujo período de incubação é de 30 a 180 dias (média de 60 a 90 dias); evolução leve na maioria dos casos, sendo ocasionalmente grave. No caso da hepatite B, a persistência do vírus após esse período caracteriza a cronificação, que também pode cursar de forma oligo/assintomática ou sintomática. Evolução para câncer é ocasional.

VIRULÊNCIA: Hepatite fulminante em 0,1 a 1% dos casos. Progressão para hepatite crônica em 01 a 10% dos casos (nos neonatos, 90%). Estado de portador em 0,1 a 30% dos casos. A hepatite aguda B normalmente tem um bom prognóstico: o indivíduo resolve a infecção e fica livre dos vírus em cerca de 90 a 95% dos casos. As exceções ocorrem nos casos de hepatite fulminante (<1% dos casos) e hepatite B na criança (90% de chance de cronificação em crianças menores de 1 anos e 20 a 50% para aquelas que se infectaram entre 1 e 5 anos de idade) e em pacientes com algum tipo de imunodeficiência.

ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS OU DADOS ESTATÍSTICOS: **Aproximadamente um terço da população mundial atual já se expôs ao vírus da hepatite B (HBV) - e estima-se que 240 milhões de pessoas estejam infectadas cronicamente.**



VACINAÇÃO INDICADA: Vacina específica para Hepatite B. O ciclo completo de vacinação consiste em três doses, injeção intramuscular nos dias 0, 30 e 180 dias. Mais de 95% das pessoas vacinadas desenvolvem altos títulos de anticorpos protetores: anti-HBs > 10 mUI/mL, após três doses, ficando imunizados para o agente. Deve ser realizada testagem de Anti-HBs 30 a 60 dias após a última dose, para conferir imunidade. Devem ser aplicadas doses de reforço se não for atingido imunidade após as 03 doses iniciais. A vacina não transmite a doença, sendo a única forma de proteção completa contra a Hepatite B. A interrupção da vacinação implica na perda da imunidade. A imunogenicidade é reduzida em indivíduos com mais de 40 anos, imunocomprometidos, obesos, fumantes, etilistas, pacientes em programas de hemodiálise ou portadores de cardiopatia, cirrose hepática ou doença pulmonar crônica. A proteção vacinal contra a Hepatite B é extremamente segura e seus efeitos colaterais mínimos: resume-se a reações locais, tais como dor, irritação e endurecimento: a anafilaxia é extremamente rara. Na prática não existe contraindicação para a vacina, podendo ser realizada mesmo em gestantes e em indivíduos portadores do vírus da Hepatite B.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO: Pode ser feita com uso de **Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)**, indicada para pessoas não vacinadas, com esquema incompleto, sem resposta vacinal após 1ª ou 2ª série de doses ou com resposta vacinal desconhecida, após exposição ao vírus da hepatite B. A IGHAHB deve ser administrada em dose única de 0,06mL/kg, IM, em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV, e se a dose da vacina ultrapassar 5mL, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. **A administração de IGHAHB (para exposições percutâneas) tem benefício comprovado, no máximo, até sete dias, embora se recomende preferencialmente o uso nas primeiras 48 horas a contar da exposição.**



DEFINIÇÃO DO AGENTE: Agente causador é o Vírus da Hepatite C.

DANOS À SAÚDE RELACIONADOS AO RISCO IDENTIFICADO: Vírus da Hepatite C pode levar a quadro de hepatite viral aguda, sendo hepatite fulminante em 0,1% dos casos. 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 tronam 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%**. 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%.

Estado de portador ocorre em 1,5 a 3,2% dos casos.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS: Maioria dos casos não apresenta manifestações clínicas!

Vírus da Hepatite C pode levar a quadro de hepatite viral aguda, início insidioso e com período de incubação de 15 a 160 dias (média de 50 dias), evolução subclínica, sendo cerca de 80% dos casos com apresentação assintomática e anictérica (o que dificulta o diagnóstico). A história natural da hepatite C é marcada por uma evolução silenciosa. Os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado e costumam se manifestar apenas nas fases mais avançadas da doença. Assim, o diagnóstico da doença geralmente é tardio, ocorrendo décadas após a infecção viral. Quando sintomática, as manifestações iniciais são inespecíficas de fadiga, mal-estar, anorexia, náuseas/ vômitos, febrícula, aversão ao café e cigarro. Após período de 01 semana ou mais, a fase prodrômica pode evoluir para a fase icterica, com manifestações de icterícia [“amarelão”], colúria [urina escura, cor de coca-cola], acolia [fezes claras], hepatomegalia [aumento do volume do fígado]. Na hepatite C aguda autolimitada, que ocorre em 15% a 25% dos casos, os sintomas podem persistir durante semanas. A recuperação clínica/ laboratorial ocorre geralmente em 03 a 04 meses nos casos não complicados de hepatite C. Caso houver evolução para hepatite crônica, o quadro é geralmente assintomático no início da evolução; depois, ocorre perda progressiva de função hepática.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL: A investigação inicial da infecção pelo HCV é feita com a pesquisa por **anticorpos contra o vírus (anti-HCV) por meio de TR ou testes laboratoriais**. No entanto, a detecção do anti-HCV isoladamente indica apenas exposição ao HCV, havendo necessidade de **detecção da CV-HCV** para a definição de um caso de infecção ativa.

FONTES DE EXPOSIÇÃO E RESERVATÓRIOS: O homem é o único reservatório de importância epidemiológica. **Estima-se que 3% da população mundial esteja infectada pelo vírus da hepatite C e que existam entre 1,4 e 1,7 milhão de pessoas cronicamente infectadas no Brasil.**

Transmissão ocorre principalmente por **via parenteral, por meio do contato com sangue contaminado**.

TRANSMISSIBILIDADE: O risco para profissionais da saúde expostos a **picada de agulha**, com sangue positivo para HCV, é **de 1,8%**. Transmissibilidade desde uma semana antes do início dos sintomas de hepatite aguda e mantém-se enquanto o paciente apresentar HCV-RNA detectável.

PATOGENICIDADE: Vírus da Hepatite C pode levar a quadro de hepatite viral aguda, sendo 80% dos casos com apresentação assintomática e anictérica. Hepatite fulminante pode ocorrer em 0,1% dos casos. Na ausência de tratamento, ocorre cronificação em 60% a 85% dos casos (em média, 20% podem evoluir para cirrose e de 01% a 05% dos pacientes desenvolvem carcinoma hepatocelular). Estado de portador em 1,5 a 3,2% dos casos.

VIRULÊNCIA: A história natural da hepatite C é marcada por uma evolução silenciosa. A maioria dos casos é assintomática. Hepatite fulminante em 0,1% dos casos. Na ausência de tratamento, ocorre cronificação em 60% a 85% dos casos.

VACINAÇÃO INDICADA: Não existe vacina até o presente momento.



DEFINIÇÃO DO AGENTE: Agente causador é o Vírus da Hepatite A.

DANOS À SAÚDE RELACIONADOS AO RISCO IDENTIFICADO: Maioria dos casos leves/ assintomáticos, com hepatite aguda em alguns casos. Hepatite fulminante em 0,1% dos casos.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS: Manifestações iniciais da hepatite A são inespecíficas, com quadro de fadiga, mal-estar, anorexia, náuseas/ vômitos, febrícula, aversão ao café e cigarro. Período de incubação de 04 semanas. Após período de 01 semana ou mais, a fase prodrômica pode evoluir para a fase ictérica, com manifestações de icterícia [“amarelão”], colúria [urina escura, cor de coca-cola], acolia [fezes claras], hepatomegalia [aumento do volume do fígado]. A icterícia pode ou não aparecer, sendo provável que a maioria dos casos permaneça anictérica. A recuperação clínica/ laboratorial ocorre geralmente em 02 a 03 semanas. Ocorre replicação do vírus no fígado, com presença dele no fígado, bile, fezes e sangue no final do período de incubação e fase aguda pré-ictérica. A viremia, a eliminação do vírus nas fezes e a infecciosidade diminuem rapidamente com o aparecimento da icterícia. Não existe estado de portador, a perpetuação ocorre pelo grande n° de casos subclínicos. Não exige tratamento específico.

FONTES DE EXPOSIÇÃO E RESERVATÓRIOS: Homem.

VIAS DE TRANSMISSÃO E DE ENTRADA: A hepatite viral A é transmitida pela **via fecal-oral**.

TRANSMISSIBILIDADE: Pode ocorrer desde duas semanas antes do início dos sintomas até o final da 2ª semana da doença.

PERSISTÊNCIA DO AGENTE NO AMBIENTE: Período de incubação 15-45 dias (média de 30 dias), transmissibilidade duas semanas antes do início dos sintomas até o final da 2ª semana da doença.

VACINAÇÃO INDICADA: Vacina específica para Hepatite A, que apresenta elevada segurança e eficácia. Mais de 95% dos vacinados desenvolvem títulos protetores de anticorpos após a primeira dose; após a segunda dose, esse percentual sobe para quase 100%. Na primeira dose, a proteção é obtida após duas a quatro semanas. A segunda dose garante uma proteção duradoura, não sendo necessários reforços futuros. A vacina hepatite A (inativada) purificada é indicada no calendário básico de vacinação da criança.

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.

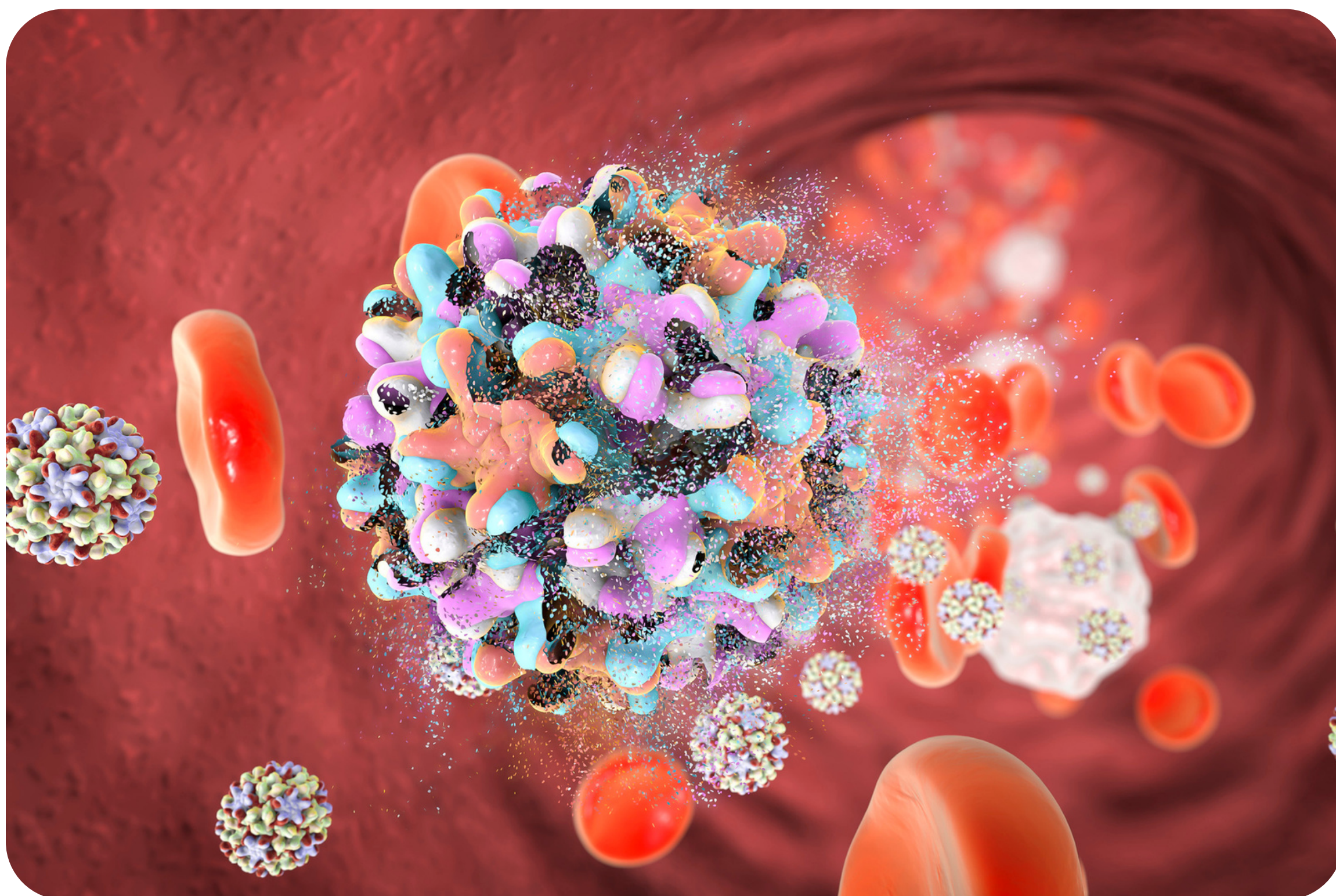
TRANSMISSÃO: As formas de transmissão são idênticas as da hepatite B, sendo: Relações sexuais sem preservativo com uma pessoa infectada; Da mãe infectada para o filho durante a gestação e parto; Compartilhamento de material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos); Compartilhamento de materiais de higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objetos que furem ou cortam); Na confecção de tatuagem e colocação de piercings, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos que não atendam as normas de biossegurança; Por contato próximo de pessoa a pessoa (presumivelmente por cortes, feridas e soluções de continuidade); Transfusão de sangue (mais relacionadas ao período anterior a 1993).

SINAIS E SINTOMAS: Da mesma forma que 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, observação de pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

DIAGNÓSTICO: 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.

TRATAMENTO: Após o resultado positivo e confirmação, o médico indicará o tratamento de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções. Os medicamentos não ocasionam a cura da hepatite D. O objetivo principal do tratamento é o controle do dano hepático. Todos os pacientes portadores de hepatite Delta são candidatos à terapia disponibilizadas pelo SUS. Atualmente as terapias são compostas por alfapeguinterferona 2a e/ou um análogo de nucleotídeo. Todos os pacientes com hepatite D devem ser encaminhados a um serviço especializado. Além do tratamento medicamentoso orienta-se que não se consuma bebidas alcoólicas.

PREVENÇÃO: A imunização para hepatite B é a principal forma de prevenção da doença, sendo universal no Brasil desde 2016. Outras medidas envolvem: uso de preservativo em todas as relações sexuais, não compartilhar de objetos de uso pessoal [como lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, material de manicure e pedicure, equipamentos para uso de drogas, confecção de tatuagem e colocação de piercings]. Além disso, toda mulher grávida precisa fazer o pré-natal e os exames para detectar a hepatites, a HIV e a sífilis.



A Hepatite E é uma infecção causada pelo vírus E (HEV). O vírus causa hepatite aguda de curta duração e auto-limitada. Na maioria dos casos é uma doença de caráter benigno. A hepatite E pode ser grave na gestante e raramente causa infecções crônicas em pessoas que tenham algum tipo de imunodeficiência.

TRANSMISSÃO: 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.

SINAIS E SINTOMAS: Geralmente, causam hepatite aguda de curta duração e autolimitada (2 – 6 semanas) em adultos jovens e 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 que não é diagnosticada. Os sinais e sintomas, quando presentes, incluem inicialmente fadiga, mal-estar, febre, dores musculares. Esses sintomas iniciais podem ser seguidos de enjojo, vômitos, dor abdominal, constipação ou diarreia, presença de urina escura e pele e os olhos amarelados (icterícia). A hepatite fulminante ocorre com mais frequência quando a hepatite E ocorre 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. Até 20-25% das mulheres grávidas podem morrer se tiverem hepatite E no terceiro trimestre.

DIAGNÓSTICO: 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.

TRATAMENTO: Da mesma forma que a hepatite A, a hepatite E não tem um tratamento específico. O mais importante evitar a automedicação para alívio dos sintomas, vez que, o uso de medicamentos desnecessários ou que são tóxicos ao fígado podem piorar o quadro. O médico saberá prescrever o medicamento mais adequado para melhorar o conforto e garantir o 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 há o risco de infecção crônica pelo vírus da hepatite E (HEV) e necessidade de tratamento com antivirais.

PREVENÇÃO: A melhor forma de evitar a doença é melhorando as condições de saneamento básico e de higiene, como, por exemplo: Lavar as mãos (incluindo após o uso do sanitário, trocar fraldas e antes do preparo de alimentos); Lavar com água tratada, clorada ou fervida, os alimentos que são consumidos crus, deixando-os de molho por 30 minutos; Cozinhar bem os alimentos antes de consumi-los, principalmente carne suína; Lavar adequadamente pratos, copos, talheres e mamadeiras; Usar instalações sanitárias; No caso de creches, pré-escolas, lanchonetes, restaurantes e instituições fechadas, adotar medidas rigorosas de higiene, tais como a desinfecção de objetos, bancadas e chão utilizando hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária. Não tomar banho ou brincar perto de valões, riachos, chafarizes, enchentes ou próximo de onde haja esgoto; evitar a construção de fossas próximas a poços e nascentes de rios.



Gostou das
informações
deste eBook?



Nos acompanhe para mais
conteúdos exclusivos como
este. Acesse nossas redes
sociais, clicando nos ícones
ao lado.