

Hepatites Virais

Marcella Tavares de Vasconcelos¹
Helaine Coelho de Souza¹

Introdução

As Hepatites virais são doenças de elevada prevalência mundial; somente em relação à Hepatite B, mundialmente mais de 300 milhões de pessoas são portadoras do vírus e cerca de 1% do total de casos evolui para a morte.

No Brasil, aproximadamente 8% da população é portadora do vírus B, sendo a região Norte a área de maior incidência de casos. No entanto, as outras regiões não ficam muito atrás, somente no Paraná, os bancos de sangue detectam anualmente de 20 mil a 30 mil novos doadores infectados.

A alta incidência do vírus B explica-se, pela sua principal via de transmissão ser a via parenteral, destacando-se a via sexual, sendo considerada uma Doença Sexualmente Transmissível (DST). Os vírus das Hepatites A, C e Delta também são potencialmente transmissíveis por via sexual. Os vírus B e C apresentam larga distribuição geográfica e capacidade de causar infecções crônicas, as quais se associam ao risco elevado de cirrose hepática e hepatocarcinoma. Essas duas formas representam um grave problema sanitário em praticamente todos os países do mundo. Discutimos sua relevância epidemiológica e os principais mecanismos de transmissão e prevenção, identificados para ambas as formas.

O Ministério da Saúde disponibiliza a relação dos principais grupos de mulheres brasileiras acometidos pelos vírus das Hepatites B e C. Nestas tabelas abaixo constata-se que o HBV é altamente prevalente em indivíduos, no caso mulheres, que mantêm relações sexuais com vários parceiros e muitas vezes sem proteção e em mulheres usuárias de drogas injetáveis (Tabela 1). Já o HCV apresenta elevada prevalência em usuários de drogas injetáveis (Tabela 2).

¹ Alunas do 6º de Medicina da FTESM

Tabela 1 - Taxas de prevalência da infecção pelo HBV em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica.

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População
1,2%	Conceição et al	1000	1979	Salvador/BA	Mulheres
1,58%					Doadores de sangue
2,04%					Doadores de sangue
1,7%	Silva et al	1382	1986	Salvador/BA	Gestantes
9,0%	Caterino de Araújo et al	45	1990	São Paulo/SP	Profissionais do sexo
0,42%	Sabino et al	477	1992	São Paulo/SP	Gestantes
7,75%	Cotrim et al	15	1992	Salvador/BA	Mulheres com CA
33,3%		15			Hepatocelular
6,7%	Lurie et al	600	1995	Multicêntrico	Profissionais do sexo
39%				São Paulo	Baixo estatus sócio-econômico
50,0%				São Paulo	Alto estatus sócio-econômico
29,0%				Campinas	Baixo estatus sócio-econômico
38,0%				Campinas	Alto estatus sócio-econômico
29,0%				Santos	Baixo estatus sócio-econômico
69,0%				Santos	Alto estatus sócio-econômico
20,0%	Dos Santos et al	1024	1995	Salvador/BA	Gestantes
0,6%					Azevedo et al
7,62	Carvalho et al	78	1996	Santos/SP	
12%					Cardoso et al
82%	Duarte et al	7992	1997	Ribeirão	
0,5%				Preto/SP	Gest. Cujas gestações terminaram em aborto
7,0%					Gest. Cujas gestações terminaram em aborto
0,95%	Miranda et al	121	1998	Vitória/ES	Presidiárias
1,84%		410	1999	Vitória/ES	Clínica de DST
0,84%	Andrade et al	1959	1999	Belo Horizonte/MG	Gestantes
0,8%	Reich et al	1502	2000	Londrina/PR	Gestantes
0,4%	Bastos et al	225	2000	Rio de Janeiro/RJ	Centro de Trat. Usuários Drogas
0,0%		30		Mulheres usuárias de Drogas	
1,1%	Miranda et al	1608	2001	Vitória/ES	Gestantes
0%	Bittencourt et al	57	2001	Salvador/BA	Gestantes HTLV I positivas
0,5%	Ximenez et al	874	2002	Rio de Janeiro/RJ	Gestantes
0,26%	De Souza et al	8477	2004	Campo Grande/MS	Gestantes

Ministério da Saúde: Manual de DST.

Tabela 2 - Taxas de prevalência da infecção pelo HCV em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica.

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População
33,3%	Gir et al	207	1994	Ribeirão Preto/SP	Mulheres com AIDS
0,9%	Martins et al	1273	1995	Goiânia/GO	Gestantes
77,0%	Carvalho et al	78	1996	Santos/SP	Mulheres usuárias de drogas injetáveis
0,97%	Andrade et al	1959	1999	Belo Horizonte/MG	Gestantes
1,5%	Lima et al	6995	2000	Campinas/SP	Gestantes
19%	Miranda et al	121	2000	Vitória/ES	Presidiárias
0,8%	Reich et al	1006	2000	Londrina/PR	Gestantes
5,8%	Bastos et al	225	2000	Rio de Janeiro/RJ	Centro Trat. Usuários Drogas
6,7%		30			Mulheres usuárias de drogas
0%	Bittencourt et al	57	2001	Salvador/BA	Gestantes HTLV I positivas
16,2%	Strazza et al	290	2004	São Paulo/SP	Presidiárias
0,08%	Bastos et al	30	2004	Rio de Janeiro/RJ	Mulheres usuárias de drogas

Ministério da Saúde: Manual de DST.

Discussão

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, de distribuição universal, que têm em comum o hepatotropismo. Possuem semelhanças do ponto de vista clínico-laboratorial, mas apresentam importantes diferenças epidemiológicas e quanto à sua evolução. As últimas décadas foram de notáveis conquistas no que se refere à prevenção e ao controle das hepatites virais. As mais significativas foram as identificações dos agentes virais, o desenvolvimento de testes laboratoriais específicos. Entre as doenças endêmico-epidêmicas, que representam problemas importantes de saúde pública no Brasil, salientam-se as Hepatites Virais, cujo comportamento epidemiológico, no nosso país e no mundo, tem sofrido grandes mudanças nos últimos anos. A melhoria das condições de higiene e de saneamento das populações, a vacinação contra a Hepatite B e as novas técnicas moleculares de diagnóstico do vírus da Hepatite C estão entre esses avanços importantes. As condições do nosso país: sua heterogeneidade socioeconômica, a distribuição irregular dos serviços de saúde, a incorporação desigual de tecnologia avançada para diagnóstico e tratamento de en-

fermidades, são elementos importantes que devem ser considerados na avaliação do processo endemo-epidêmico das hepatites virais. O número de pacientes infectados é incerto, relacionado geralmente a alguns Estados e municípios brasileiros, e o esclarecimento dos agentes causadores das hepatites, cuja identificação requer técnicas laboratoriais complexas de biologia molecular, é realizado de maneira insuficiente. Por outro lado, “a progressiva integração entre as instâncias gestoras dos programas de vigilância e controle das doenças com grupos de pesquisa e desses com os serviços” e a disponibilização de bancos de dados nacionais mais confiáveis apontam para novos e melhores caminhos.

Enfrentar o importante problema de saúde pública que constituem, no Brasil, as doenças transmissíveis endêmico-epidêmicas, continua sendo um grande desafio. Entre essas doenças salientam-se as Hepatites Virais, cujo comportamento epidemiológico, no nosso país e no mundo, tem sofrido grandes mudanças nos últimos anos. A expansão da cobertura vacinal no que se refere à Hepatite B, a mais efetiva detecção por parte dos Bancos de Sangue do vírus C e a substancial melhoria das condições sanitárias, entre outros, foram fatores decisivos que muito contribuíram para esta modificação.

O Ministério da Saúde criou, em 5 de fevereiro de 2002, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV), que deverá contribuir para aprimorar o conjunto de ações de saúde relacionadas às hepatites. Três importantes projetos de avaliação epidemiológica das hepatites virais foram propostos: 1) Projeto Sentinela de Gestantes – para 40.000 mulheres em idade fértil; 2) Projeto Sentinela das Forças Armadas – para 8.000 recrutas; e 3) Inquérito Domiciliar Nacional – para 65.000 pessoas entre cinco e 39 anos de idade. No Projeto Sentinela de Gestantes realizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids serão realizados testes para sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C em maternidades de todo o país. O Projeto Sentinela das Forças Armadas, também organizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids, irá avaliar jovens entre 17 e 22 anos para sífilis, HIV, VHB e VHC. O terceiro estudo, planejado por CENEPI/FUNASA, será um inquérito em todas as capitais brasileiras, onde serão avaliadas as hepatites A, B e C. A partir dos dados colhidos nesses projetos, a realidade das hepatites virais no Brasil poderá ser melhor avaliada e as ações de prevenção e assistência às pessoas doentes poderão ser melhor planejadas.

A grande importância das hepatites não se limita ao enorme número de pessoas infectadas; estende-se também às complicações das for-

mas agudas e crônicas. Os vírus causadores das hepatites determinam uma ampla variedade de apresentações clínicas, de portador assintomático ou hepatite aguda ou crônica, até cirrose e carcinoma hepatocelular. Considerando que as consequências das infecções são diversas, na dependência do tipo de vírus, o diagnóstico de hepatite, nos dias atuais, será incompleto, a menos que o agente etiológico fique esclarecido.

As Hepatites causadas pelos vírus B e C são as mais importantes para a saúde pública. Isso se deve à combinação de dois fatores, um de natureza epidemiológica e outro de natureza clínica. Epidemiologicamente a relevância dessas doenças deve-se a larga distribuição geográfica, ao enorme número de indivíduos infectados, em praticamente todos os países do mundo e as formas de transmissão. Do ponto de vista clínico, ambos apresentam elevado potencial de cronificação, estando intimamente associados ao aparecimento de graves afecções hepáticas, destacando-se a “cirrose e o carcinoma”.

Para fins de vigilância epidemiológica, as hepatites podem ser agrupadas de acordo com a maneira preferencial de transmissão em fecal-oral (vírus A e E) e parenteral (vírus B, C, D); mas são pelo menos sete os tipos de vírus que já foram caracterizados: A, B, C, D, E, G e TT, que têm em comum o hepatotropismo. Uma das principais características que diferenciam esses vírus é a sua capacidade (ou incapacidade) de determinar infecções crônicas; outra é a possibilidade de ocasionar comprometimento sistêmico relevante (como a glomérulo-nefrite do VHB e a crioglobulinemia do VHC). Os vírus A, B, e C são os responsáveis pela grande maioria das formas agudas da infecção. Mas, apesar do crescente uso de técnicas laboratoriais cada vez mais sensíveis, cerca de 5% a 20% das hepatites agudas permanecem sem definição etiológica. Nas hepatites fulminantes, essa porcentagem torna-se ainda maior.

A vigilância epidemiológica das hepatites no nosso país utiliza o sistema universal e passivo, baseado na notificação compulsória dos casos suspeitos. Embora o sistema de notificação tenha apresentado melhoras, ele ainda é insatisfatório.

Hepatite B

O vírus da hepatite B está classificado na família HepaDNA. Devido à sua alta especificidade, o VHB infecta o homem, que constitui o

reservatório natural. O risco de desenvolver doença aguda icterica aumenta com a idade do paciente, inversamente à possibilidade de cronificação.

Considerando que muitos indivíduos infectados são assintomáticos e que as infecções sintomáticas são insuficientemente notificadas, a frequência da hepatite B é, certamente, ainda subestimada. Apesar das dificuldades relacionadas à subnotificação dos casos, mesmo em países com tradição de qualidade em serviço de saúde, sabe-se que a hepatite B apresenta distribuição universal e variada, segundo regiões e grupos populacionais. Estima-se que cerca de 300 milhões a 350 milhões de pessoas, aproximadamente 5% da população mundial sejam portadoras crônicas do VHB, dos quais 60 milhões deverão morrer devido ao hepatocarcinoma e 45 milhões pelas consequências das cirrose hepática. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que pelo menos 15% da população já esteve em contato com o vírus da hepatite B e que 1% da população apresenta doença crônica relacionada a este vírus. Tais projeções conferem a esse vírus uma extraordinária relevância médico-sanitária, sendo apontado pela OMS como o segundo agente carcinogênico conhecido, atrás apenas do tabaco em termos quantitativos.

Embora a transmissão parenteral tenha se tornado conhecida desde os primórdios das investigações sobre hepatite B, pouco se sabia, no final da década de 1960, sobre outros possíveis mecanismos capazes de manter o VHB numa comunidade.

A possibilidade de que a hepatite B pudesse ser uma doença sexualmente transmissível (DST) viria a ser reforçada com isolamento do antígeno no sêmem e com as primeiras evidências de que contactantes íntimos de portadores crônicos pareciam estar sobre risco mais elevado de adquirir a infecção.

Já a transmissão horizontal decorre do contato com fluídos orgânicos contendo o VHB, como o sangue, sêmem e saliva. Abre-se, assim, um amplo leque de possibilidades de transmissão através de vários mecanismos, o que explica, ao menos parcialmente, a vasta distribuição do VHB, em diversas partes do mundo, bem como a existência de muitos e diferentes grupos de pessoas com maior risco de adquirir a infecção. Justifica-se, dessa maneira, a maior prevalência dessa doença entre indivíduos submetidos a determinados riscos, entre os quais se destacam: hemodiálise, multitransfusões de sangue ou hemoderivados, trabalho com sangue humano, acidentes perfurocortante com material contaminado, convivência íntima com

infectados, asseio pessoal insatisfatório, uso de drogas ilícitas injetáveis e exposição a múltiplos parceiros sexuais.

De forma mais específica, a transmissão do vírus B se faz através de solução de continuidade (pele e mucosas); relações sexuais; exposição percutânea (parenteral) a agulhas ou outros instrumentos contaminados; transfusão de sangue e hemoderivados; uso de drogas intravenosas; procedimentos odonto-médico-cirúrgicos, quando não respeitadas as regras de biossegurança; transmissão vertical e contatos domiciliares.

Em um estudo realizado para avaliar a soroprevalência das hepatites A e B na América Latina, foi observado um importante aumento na positividade de anti-HBc entre os adolescentes a partir de 16 anos, nos cinco países analisado, além do Brasil. Um outro estudo de soroprevalência da hepatite B que foi realizado em quatro capitais brasileiras mostrou uma taxa geral de 7,9% de anti-HBc positivo. A mais alta prevalência foi observada na região Norte, com taxas significativamente mais elevadas no grupo de baixo nível socioeconômico e entre adolescentes.

Sabe-se hoje que o VHB circula em altas concentrações no sangue e em títulos baixos nos outros fluidos orgânicos, e que é aproximadamente 100 vezes mais infectante do que o HIV e 10 vezes mais do que o VHC. O sangue e os outros líquidos orgânicos de uma pessoa portadora do VHB já podem ser infectantes duas a três semanas antes de aparecerem os primeiros sinais da doença, e se mantêm assim durante a fase aguda. Atenção especial deve ser dada aos portadores crônicos que podem permanecer infectantes por toda a vida. Em geral, quando a hepatite B é adquirida no período perinatal, há enorme possibilidade de cronificação, decorrente da tolerância imunológica própria dessa fase da vida. Casos de hepatite fulminante, no entanto, foram descritos em lactentes, quando, ao mesmo tempo há passagem de Anti-HBc e de Anti-HBe da mãe para os filhos. Há, nesses casos, uma resposta imunológica exacerbada e, quando ocorre o desaparecimento dos anticorpos maternos, as células citotóxicas, sensibilizadas ao AgHBc e ao AgHBe, poderão destruir, de maneira fulminante, os hepatócitos infectados. As crianças do sexo masculino têm maior risco de desenvolver doença hepática crônica. Ao analisar a história natural da infecção que ocorre por transmissão vertical, alguns elementos chamam a atenção: a) geralmente os pacientes são assintomáticos; b) o clareamento do AgHBs é raro (< 2%) nos primeiros anos de vida; c) a negatificação do AgHBs é de apenas cerca de 0,6% ao ano; e d) na maioria dos casos de hepatocarcinoma, o

VHB foi adquirido por transmissão vertical. Mas as crianças também se contaminam na infância através de transmissão horizontal, por contato interpessoal, ou através da contaminação com líquidos corporais que contêm o agente, tais como: lágrima, suor, sêmen, urina, secreções de feridas.

Considerações sobre a prevenção da Hepatite B

O conhecimento adequado sobre a frequência do vírus B e a implementação de estratégias indicadas para a sua prevenção exigem métodos complexos de vigilância epidemiológica. Além da prevalência geral na população, devem ser avaliados os indivíduos que constituem grupos de risco e, ainda, aqueles que apresentam diferentes condições patológicas tais como: infecção peri-natal, hepatites agudas e crônicas, portadores assintomáticos do vírus B, cirróticos e pacientes com carcinoma hepatocelular.

Todas as gestantes devem ser avaliadas no exame pré-natal (3º trimestre) em relação aos marcadores do vírus B. Em 407 gestantes avaliadas nos anos 1998-1999, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a prevalência do AgHBs foi baixa, de 0,73% (dados não publicados). A vigilância da infecção perinatal deve incluir, além da identificação das mães infectadas com o VHB, os testes pós-vacinação dos lactentes nascidos de mães com AgHBs positivo. Estes testes, realizados nos lactentes após a vacina contra hepatite B, têm também a finalidade de identificar aqueles não-respondedores e que requerem revacinação. Há muitos anos se questiona se o aleitamento materno tem um papel importante na transmissão da hepatite B. Marcadores virais como o AgHBs, e mesmo partículas de DNA-VHB, já foram isolados em amostras de leite materno e de colostro. Por outro lado, a frequência reduzida da identificação do agente viral nestas circunstâncias tem um significado relativo. Há situações que estão relacionadas à amamentação, como as fissuras nos mamilos, sangramentos e exsudato de lesões nas mamas que podem facilmente expor o recém nascido ao VHB.

A vacinação contra o VHB é a maneira mais eficaz na prevenção de infecção aguda ou crônica, e também na eliminação da transmissão do vírus em todas as faixas etárias. As estratégias utilizadas para eliminar a transmissão viral são constituídas por quatro componentes:

- prevenção de infecção perinatal, através de triagem materna e de profilaxia pós-exposição dos recém-nascidos de mães AgHBs +;

- vacinação contra hepatite B de todas as crianças, visando prevenir a infecção na infância e em idades mais avançadas;
- vacinação dos adolescentes que não foram protegidos;
- vacinação de indivíduos pertencentes a grupos de risco.

A vacinação contra a hepatite B de recém-nascidos e menores de 1 ano já foi implantada, com sucesso, nos serviços básicos de saúde do país. Mais recentemente, uma das metas do Ministério da Saúde é vacinar jovens com menos de 20 anos. A redução da transmissão sexual está sendo enfrentada em trabalho conjunto com a Coordenação DST/Aids em campanhas de esclarecimento e distribuição de preservativos. Para as populações específicas, com grau elevado de risco (homens que fazem sexo com homens, presidiários, prostitutas, usuários de drogas ilícitas) é urgente que sejam promovidas campanhas com distribuição de material informativo. No entanto, mesmo entre os profissionais de saúde, podem ser necessárias medidas para esclarecimento sobre as hepatites virais: um estudo recente realizado, em Porto Alegre, para avaliar o grau de conhecimento de ginecologistas e obstetras sobre hepatite B foi preocupante.

A vacina contra a hepatite B é extremamente eficaz (90 a 95% de resposta vacinal em adultos imunocompetentes), não apresenta toxicidade e produz raros e pouco significativos efeitos colaterais. As doses recomendadas variam conforme o fabricante do produto. É feita IM (não pode ser feita nos glúteos) e, seguindo o esquema clássico, com intervalo entre as doses de zero, 1 e 6 meses. Há outros esquemas de vacinação mais rápidos para certas circunstâncias. A gravidez e a lactação não são contra-indicações para o uso da vacina. A administração da série completa das doses da vacina é o objetivo de todos os esquemas de imunização, mas níveis protetores de anticorpos se desenvolvem após uma dose da vacina em 30% a 50% de adultos saudáveis, e em 75% após duas doses. Inúmeros estudos, nacionais e internacionais, já mostraram que a vacina contra o VHB apresenta bons resultados também para a proteção de grupos de risco: homossexuais promíscuos, hemodialisados, pacientes imunodeprimidos, usuários de drogas e outros.

A vacinação de indivíduos imunes ao VHB ou daqueles que já foram vacinados não aumenta os riscos dos efeitos adversos da vacina. Em populações com taxas altas de infecção e/ou de cobertura vacinal, se o estado de imunidade de um indivíduo adulto é desconhecido, podem ser

realizados testes sorológicos antes de se usar a vacina e, assim, reduzir custos. O mesmo, porém, não deve ser feito nas áreas de baixa endemicidade e/ou com crianças e adolescentes.

Para um indivíduo ser considerado “não respondedor” o resultado do anti-HBs deve ser negativo dentro de seis meses após a terceira dose da vacina. Cerca de 5% das crianças não respondem à vacinação, sendo que a resposta dos recém-nascidos, com menos de 2 kg, à vacinação ainda não está bem estabelecida.

Profilaxia pós-exposição

Imunização ativa, passiva ou ativo-passiva, em curto período de tempo após a exposição ao VHB, pode efetivamente prevenir as infecções. Quando a vacina anti-VHB é aplicada nas primeiras 12-24 horas após a exposição ao vírus, a eficácia é de 70% - 90%. A associação de vacina e Gamaglobulina hiperimune (HBIG) apresenta níveis semelhantes de eficácia. Para os indivíduos que não respondem à vacina, é importante lembrar que uma dose de HBIG pode significar 70% - 90% de proteção, quando administrada dentro de sete dias de exposição percutânea. A utilização de HBIG também é de valor após contato sexual com indivíduo com hepatite B aguda, se administrada até duas semanas após a relação. Para recém-nascidos de mães AgHBs+ é obrigatória a vacinação associada à HBIG. Deve ser aplicada IM, na dose de 0,06 ml/kg peso corporal, e se a dose calculada ultrapassar 5 ml deve-se dividir a aplicação em duas áreas diferentes. Maior eficácia na profilaxia é obtida com o uso precoce (dentro de 24 horas após o nascimento ou após o eventual acidente). Não há benefício comprovado na utilização da HBIG uma semana após o contágio.

Hepatite C

A transmissão da hepatite C faz-se essencialmente por contato com o sangue e hemoderivados contaminado com o vírus, colocando sobre máximo risco os usuários de drogas ilícitas, injetáveis, os politransfundidos, os pacientes submetidos à hemodiálise e os indivíduos que sofrem acidentes perfuroscortantes com material contaminado. A transmissão do VHC é ainda questão aberta, embora constantemente aceita como muito menos provável do que a transmissão do VHB. Portanto, o risco de infecção pelo VHC tende a ser mais elevados em grupos

populacionais específicos, tais como indivíduos intensamente exposto à atividade sexual com múltiplos parceiros e a drogas ilícitas, injetáveis, bem como seus respectivos contactantes imediatos. Em determinadas circunstâncias, esses fatores de risco ocorrem simultaneamente, refletindo maior frequência de contato com drogas entre aqueles com intensa exposição sexual múltipla ou entre seus parceiros.

Embora o vírus C (VHC) seja transmitido por contato direto, percutâneo ou através de sangue contaminado, em percentual significativo de casos não se identifica a via de infecção.

Não se conhece, com precisão, a prevalência do VHC no nosso país; há relatos feitos em diversas áreas que sugerem que, em média, ela esteja entre 1% a 2% da população em geral. Os indivíduos considerados de risco são aqueles que receberam transfusões de sangue e/ou hemoderivados antes de 1992, usuários de drogas intravenosas, pessoas com tatuagens e *piercings*, alcoólatras, portadores de HIV, transplantados, hemodialisados, hemofílicos, presidiários e sexualmente promíscuos.

Alvariz, em estudo retrospectivo de 1594 pacientes com positividade do anti-HCV (Elisa 2 e/ou 3), avaliados entre 1975 e 2003, descreve uma prevalência de 44,8% infectados por transfusão de hemoderivados, 4,5% por drogas EV e 47% dos pacientes infectados por via ignorada. Figueiredo e colaboradores, revisando a literatura, encontrara-se que a frequência do VHC é baixa em profissionais da área de saúde, porém esse grupo pode ser considerado como de risco para contrair a hepatite C.

No Brasil, Ozakik e colaboradores não encontraram VHC positivo em dentistas analisados.

Tanto a hepatite aguda, quanto a crônica, pelo VHC, são geralmente assintomáticas. A manutenção do RNA-VHCA por mais de seis meses após a infecção caracteriza a infecção crônica. Não há consenso no que se refere a proporção de indivíduos que desenvolvem a doença crônica. Estimava-se que, em média, deveria ficar entre 70% a 80% dos infectados, mas estudos realizados recentemente mostram que a proporção dos que se livram do vírus pode ser maior.

Como a hepatite aguda pelo vírus C é em geral assintomática, é pouco provável que a sua vigilância possa ser realizada em âmbito nacional. Entre outros fatores, porque: a) não há marcador sorológico confiável para a infecção aguda; b) é difícil diferenciar, do ponto de vista clínico, infecção aguda de exacerbação de infecção crônica; e c) porque, apesar de ter me-

lhorado a notificação de casos anti-VHC positivos, não há recursos suficientes para o esclarecimento da situação que requer investigação complexa.

A co-infecção pelos vírus VHC e HIV é relativamente frequente entre os viciados em drogas ilícitas e entre os hemofílicos, ocorrendo entre 50% e 75% dos casos. A presença da infecção pelo HIV parece acelerar a evolução da infecção crônica pelo VHC para a cirrose e para a descompensação hepática, principalmente entre os mais imunodeprimidos. A resposta virológica sustentada ao tratamento com Interferon Alfa e ribavirina é inferior àquela encontrada em monoinfectados pelo VHC.

Considerações sobre a prevenção da Hepatite C

Apesar das múltiplas tentativas, ainda não há vacina contra a hepatite C, e tampouco uma profilaxia eficaz pós-exposição. A redução da infecção (e das doenças a ela relacionadas) requer a implementação de atividades de prevenção primárias e secundárias. As primárias, para reduzir a incidência da infecção; as secundárias, para diminuir o risco de hepatopatia e de outras doenças entre os portadores do VHC.

A prevenção primária tem como alvo a diminuição da incidência da infecção pelo VHC. Para que se inicie atividades de prevenção secundária e terciária é necessária a identificação dos indivíduos anti-VHC infectados, pois essas se destinam a reduzir o risco de transmissão e a evolução para hepatopatia crônica. A prevenção deve focalizar o aconselhamento de pessoas que usam drogas ou que estão em risco de uso, e aquelas com práticas sexuais também consideradas de risco. Aconselhamento e testes laboratoriais devem ser conduzidos em locais ou situações onde indivíduos de risco são localizados, como, por exemplo, prisões, clínicas de DST, HIV e AIDS, instituições de drogados, de doentes neurológicos e mentais. Para serem eficazes, as atividades de prevenção nesses locais, frequentemente exigem um atendimento multidisciplinar dirigido a aspectos do uso de drogas, médicos, psicológicos, sociais e legais.

Os programas de prevenção para o vírus C deveriam incluir:

- prevenção de transmissão por atividades de alto risco (uso de drogas e sexo não protegido com múltiplos parceiros);
- triagem de doadores e procedimentos de inativação de produtos potencialmente contaminados com o vírus C (transmissão através de sangue, produtos derivados de sangue, transplantes de órgãos e tecidos); e
- melhorar as práticas de controle de infecção (transmissão através de procedimentos médicos).

Os pacientes infectados pelo VHC necessitam de um acompanhamento mais aprofundado, no sentido de avaliar a existência de doença hepática crônica e a necessidade de tratamento antiviral ou de outras terapêuticas especializadas, como o transplante hepático. Pessoas cronicamente infectadas pelo VHC apresentam um risco aumentado de morbidade por insultos hepáticos adicionais. Hepatite fulminante, causada pelo vírus da hepatite A, pode ser evitada nesses pacientes, através da vacina contra VHA. Os portadores do VHC também apresentam riscos adicionais quando contraem o vírus da hepatite B, tendo maior probabilidade de contrair a infecção pelo VHB, já que alguns meios de transmissão são comuns aos dois vírus. Assim, a vacina da hepatite B é altamente recomendada nesses pacientes. Uma outra recomendação adequada é evitar o uso de álcool nesses pacientes, já que o seu uso (> 10 g/dia para mulheres e > 20 g/dia para homens) tem sido associado à progressão mais rápida de cirrose, que expõe o paciente ao aparecimento de carcinoma hepatocelular.

A infecção aguda pelo vírus da hepatite C é usualmente (80%) assintomática. De qualquer maneira, a hepatite C faz parte do diagnóstico diferencial das hepatites agudas virais. A confirmação de hepatite C aguda inclui exames negativos para IgM anti-VHA, IgM anti-HBc e teste positivo para anti-VHC, com confirmação. Alguns pacientes podem apresentar anti-VHC negativo no início dos sintomas e somente exames seriados vão evidenciar o diagnóstico. A identificação de alguém com hepatite aguda C deveria desencadear um processo de busca epidemiológica para evidenciar a fonte de infecção.

Nos indivíduos com anti-VHC positivo, a infecção crônica pode ser diagnosticada pela persistência de RNA VHC positivo por mais de seis meses. A determinação e a notificação dessas pessoas com hepatite C crônica auxiliam no diagnóstico de quem são essas pessoas, qual a sua fonte de transmissão e onde elas estão. Essas informações podem melhorar a qualidade das ações para prevenção e facilitar o seguimento desses pacientes.

Profilaxia pós-exposição

Após um acidente com exposição percutânea ou de mucosa, o indivíduo-fonte deve ser testado para o anti-VHC. Se for positivo, a pessoa exposta deve ser testada para anti-VHC e ser submetida à determinação da ALT, no momento da exposição e quatro e seis meses depois. Para um diagnóstico mais precoce, a determinação do RNA do VHC pode ser reali-

zada quatro a seis semanas após a exposição. Imunoglobulinas e agentes anti-virais não são recomendados após exposição ao vírus da hepatite C.

Conclusão

Em resumo, para que se possa desenvolver normas adequadas de vigilância sanitária e viabilizar a diminuição da incidência, ou mesmo a erradicação das infecções, devem ser considerados os aspectos epidemiológico e de prevenção, específicos para cada tipo de hepatite viral. No estudo Avaliação da Assistência às Hepatites Virais, publicado em 2002 pelo Ministério da Saúde, ficou evidente a pequena oferta, no Brasil, de exames de biologia molecular para identificar os agentes etiológicos das hepatites virais. Aproximadamente a metade dos ambulatórios públicos das diferentes regiões não tem acesso ao DNA-VHB, e cerca de 40% não possuem exames de biologia molecular para hepatite C. É indispensável que haja a colaboração dos gestores de saúde, estaduais e municipais, profissionais de saúde, representantes da sociedade civil e aqueles que detêm o poder de comunicação.

Finalmente, vê-se com entusiasmo que está se tornando realidade a efetiva integração das pesquisas clínicas de cunho acadêmico (nacionais e internacionais) com os serviços de saúde. Estudos bem desenhados, com todo o rigor científico, sobre as doenças transmissíveis existentes no nosso país estão sendo apresentados em Programas de Pós-graduação (Mestrados e Doutorados), permitindo aprofundar o conhecimento de um dos maiores problemas de saúde do Brasil: as hepatites virais.

A hepatite B permanece como um dos mais graves problemas de saúde pública em muitos países, apesar de, em anos recentes, a vacinação específica e as campanhas educativas contra a AIDS terem contribuído para uma tendência de redução da sua prevalência em âmbito mundial. ◆

Referências

Aspectos epidemiológicos das hepatites virais - Medicina Ribeirão Preto-Passos Abc.

Manual de DST - Hepatites Virais. Ministério da Saúde.

Revista brasileira de Epidemiologia - Volume 7 - São Paulo - Dez 2007.

Vacinação contra Hepatite B – Folha de Londrina.

VERONESI – Tratado de Infectologia – 2005, 3ª ed., Atheneu.

TAVARES, Walter; MARINHO; Luís Alberto Carneiro – Rotina de Diagnóstico e Tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. 2007, 2ª ed. – Editora Atheneu.