

**HEPATITES VIRAIS:  
desafios para  
o período de  
2011 a 2012**

# As hepatites virais

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes tipos de vírus, sendo os mais comuns os vírus A, B, C, D e E. Todos esses vírus agem nas células do fígado, mas apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas.

Essas doenças podem ser classificadas, de acordo com as formas de transmissão, em dois grupos: no primeiro, encontram-se as hepatites A e E, transmitidas de modo fecal-oral, cujo mecanismo de infecção está relacionado às condições socioeconômicas, de saneamento básico e de higiene pessoal.

O segundo grupo, o das hepatites B, C e D, é de transmissão sanguínea, da mãe para o filho durante gravidez e parto (transmissão vertical), pelo contato sexual ou por meio de procedimentos cirúrgicos, odontológicos, transfusão de sangue/hemoderivados e hemodiálise em que não se aplicam as normas de biossegurança adequadas. As hepatites B,

C e D ainda podem ocorrer em consequência do compartilhamento de material contaminado para uso de drogas, higiene pessoal ou colocação de tatuagens e piercings.

A infecção provocada pelos vírus A e E causa apenas formas agudas de hepatite, das quais o indivíduo pode recuperar-se, eliminando o vírus do seu organismo. As formas graves ocorrem em menos de 1% dos casos. Já as hepatites causadas pelos vírus B, C e D causam tanto infecções agudas como crônicas, ou seja, as hepatites B, C e D podem evoluir para a eliminação dos vírus ou, na falha desse mecanismo, tornarem-se infecções crônicas, principal determinante da ocorrência de cirrose e câncer de fígado nos indivíduos afetados. Os sintomas são pouco frequentes tanto nas infecções agudas quanto crônicas, mas quando aparecem podem caracterizar icterícia, fadiga, dor abdominal, náusea e vômitos, entre outros.



# As hepatites virais no Brasil

Uma importante característica das hepatites virais é sua distribuição heterogênea nas diferentes regiões brasileiras, dadas as especificidades dos agentes etiológicos, mecanismos de transmissão e evolução clínica.

Entre 1999 e 2009, 124.687 casos confirmados de hepatite A foram relatados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Desses, 88.533 (71%) ocorreram em indivíduos de até 12 anos. As taxas de incidência revelaram-se crescentes até o ano de 2005, no qual se encontra o maior valor da série, com 11,9 casos da doença por 100 mil habitantes. Desde então, esses números decresceram gradativamente, chegando a 5,4 no ano de 2009, destacando-se as regiões Norte e Centro-Oeste, com taxas de 16,5 e 10,1, respectivamente, nesse mesmo ano. Ainda em 2009, a região Nordeste foi responsável pelo maior número de casos (3.845). As crianças representaram o grupo mais acometido, em que não foram observadas diferenças de ocorrência entre os sexos.

Com relação à hepatite B, o número de casos confirmados aumentou no decorrer dos anos, passando de 473 em 1999 para 14.601 em 2009. Os casos acumulados resultaram em 96.044, ocorrendo, em sua maioria, nos adultos jovens. A região Sul, de 2002 a 2008, manteve as maiores taxas de detecção, variando entre 8,4 e 15,6 casos da doença por 100 mil habitantes. No cenário do ano de 2009, a taxa para o Brasil foi de 7,6 e a região Norte se destacou por ser a que mais identificou casos em sua população (13,4 casos de hepatite B por 100 mil habitantes). Nessa

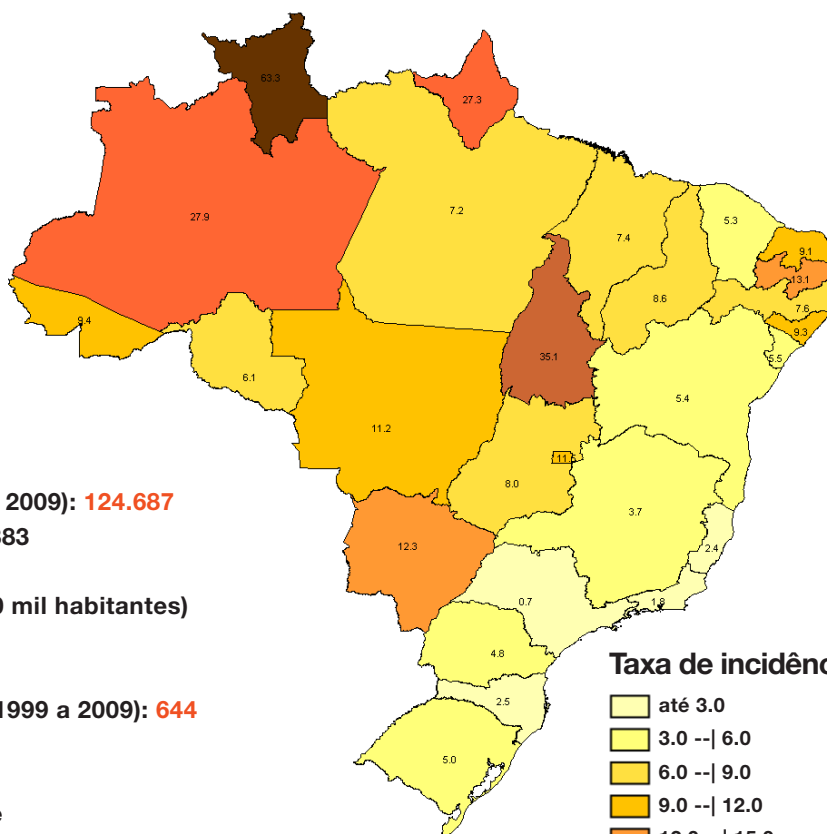
região encontram-se os estados com as mais altas taxas de detecção do país, a saber, Acre (111,8), Roraima (29,2) e Rondônia (23,5).

Os casos confirmados de hepatite C no Brasil entre 1999 e 2009 somam um total de 60.908 e são mais frequentes nos indivíduos de 30 a 59 anos. Do total de casos, 69,3% (42.221) são de residentes da região Sudeste, que apresenta, desde 2002, as maiores taxas de detecção, padrão semelhante ao observado na região Sul. Em 2009, a taxa para o Brasil foi de 5,1. Ainda nesse ano, o estado do Acre chama a atenção por apresentar uma taxa de 22,7 casos por 100 mil habitantes, superando os estados de São Paulo (14,2) e Rio Grande do Sul (10,4).

A região Norte detém 1.235 (77%) dos 1.605 casos de hepatite D confirmados no Brasil entre 1999 a 2009. Cerca de metade dos casos está concentrada em indivíduos com menos de 29 anos de idade. Em 2009, foram confirmados 300 casos no país, sendo 242 (80,6%) na região Norte, principalmente nos estados do Amazonas (114) e Acre (105).

Os casos confirmados de hepatite E no Brasil entre 1999 e 2009 somam um total de 810. A região Sudeste possui o maior número com 426 (52,6%) e, na sequência, encontram-se as Regiões Nordeste (131 casos), Sul (107 casos), Norte (85 casos) e Centro-Oeste (59 casos). O estado de São Paulo apresenta 41% (333) de todos os casos confirmados no país.

De modo geral, o que se observa no país é a redução do número de casos confirmados de hepatite A, ao passo que ocorre aumento dos casos das hepatites B, C e D.



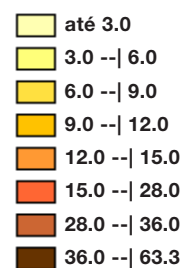
**Casos acumulados (1999 a 2009): 124.687**  
 2008 – 10.834    2009 – 10.383

**Taxa de incidência (por 100 mil habitantes)**  
 2008 – 5,7    2009 – 5,4

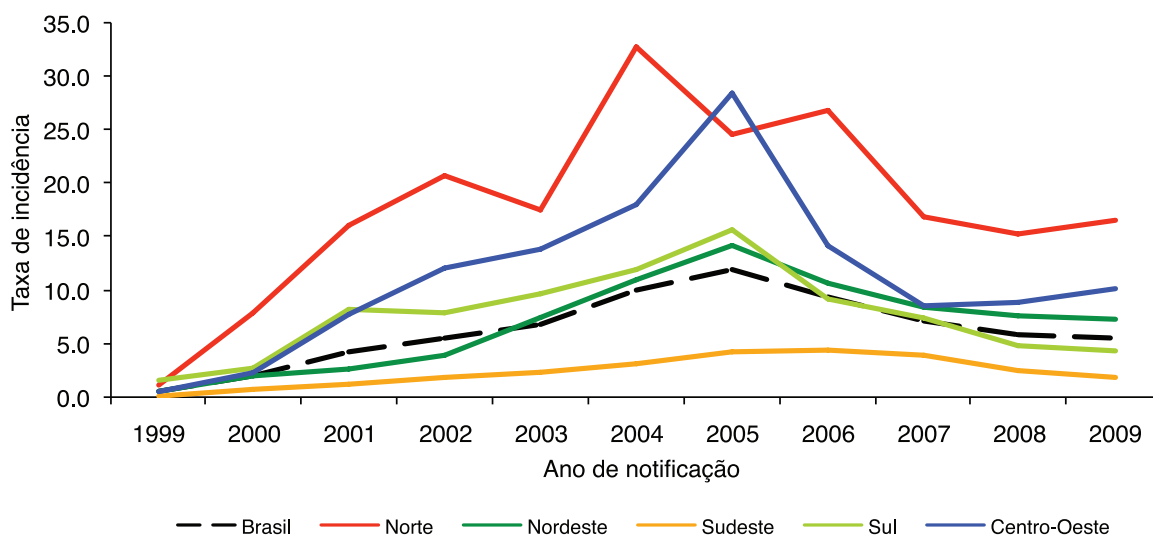
**Nº de óbitos acumulados (1999 a 2009): 644**  
 2008 – 50    2009 – 46

**Coefficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes)**  
 2008 – 0,03    2009 – 0,02

**Taxa de incidência / 2009**

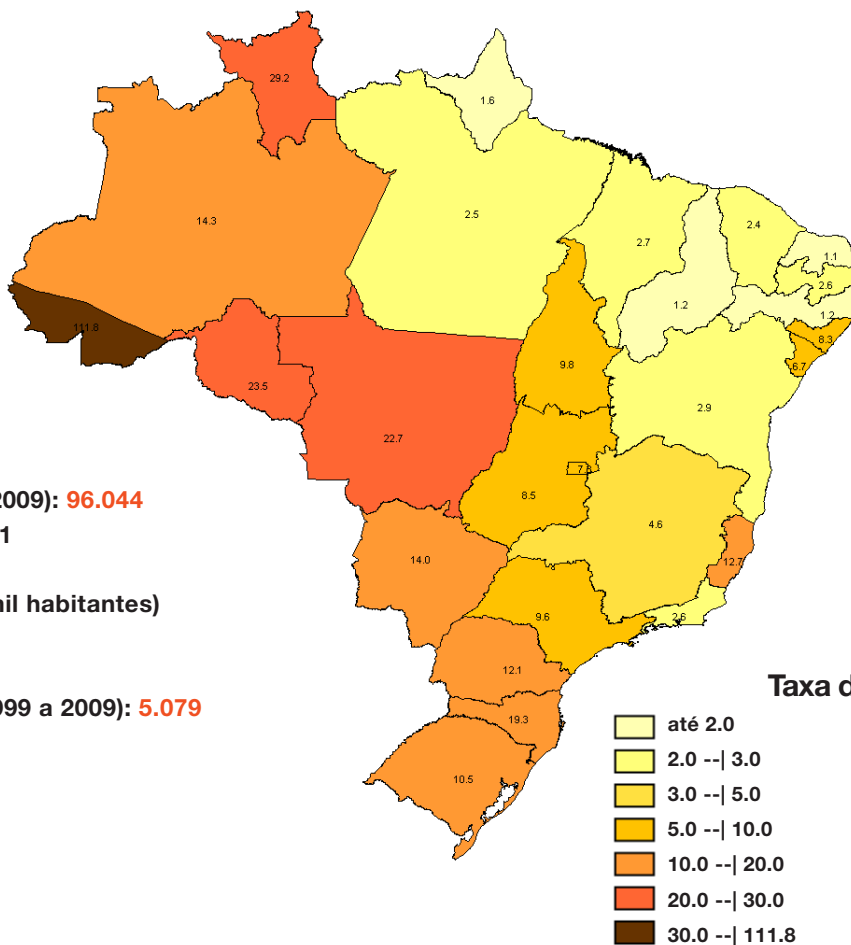


**Taxa de incidência de hepatite A (por 100.000 hab.) segundo região de residência por ano de notificação. Brasil, 1999 a 2009**



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e IBGE. Casos notificados no SINAN até 31/12/2009 e registrados no SIM de 1999 até 2009. Dados preliminares.

# Hepatite B



**Casos acumulados (1999 a 2009): 96.044**

2008 – 13.389    2009 – 14.601

**Taxa de detecção (por 100 mil habitantes)**

2008 – 7,1    2009 – 7,6

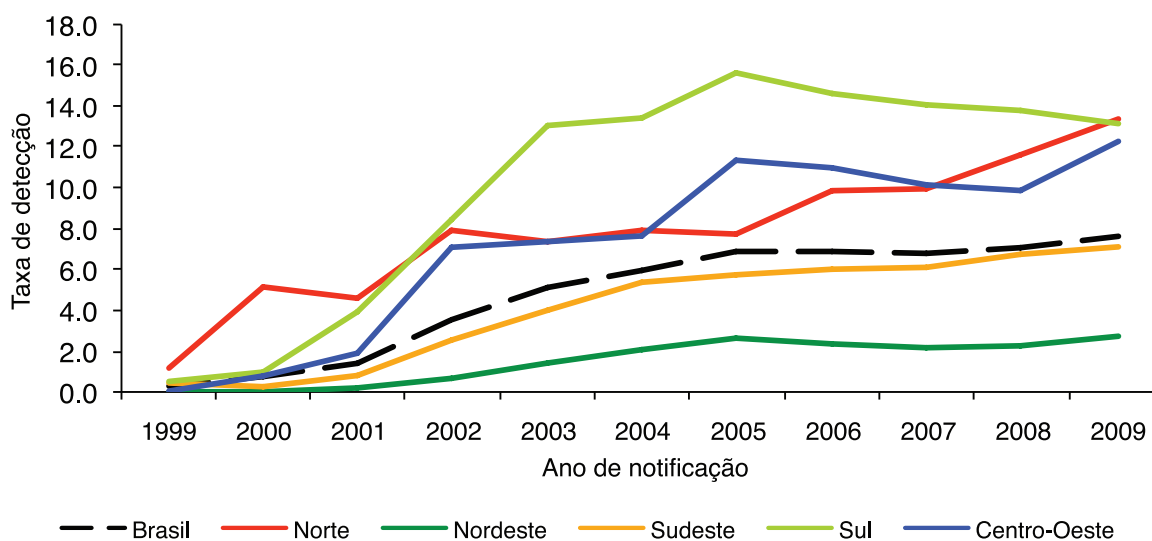
**Nº de óbitos acumulados (1999 a 2009): 5.079**

2008 – 565    2009 – 461

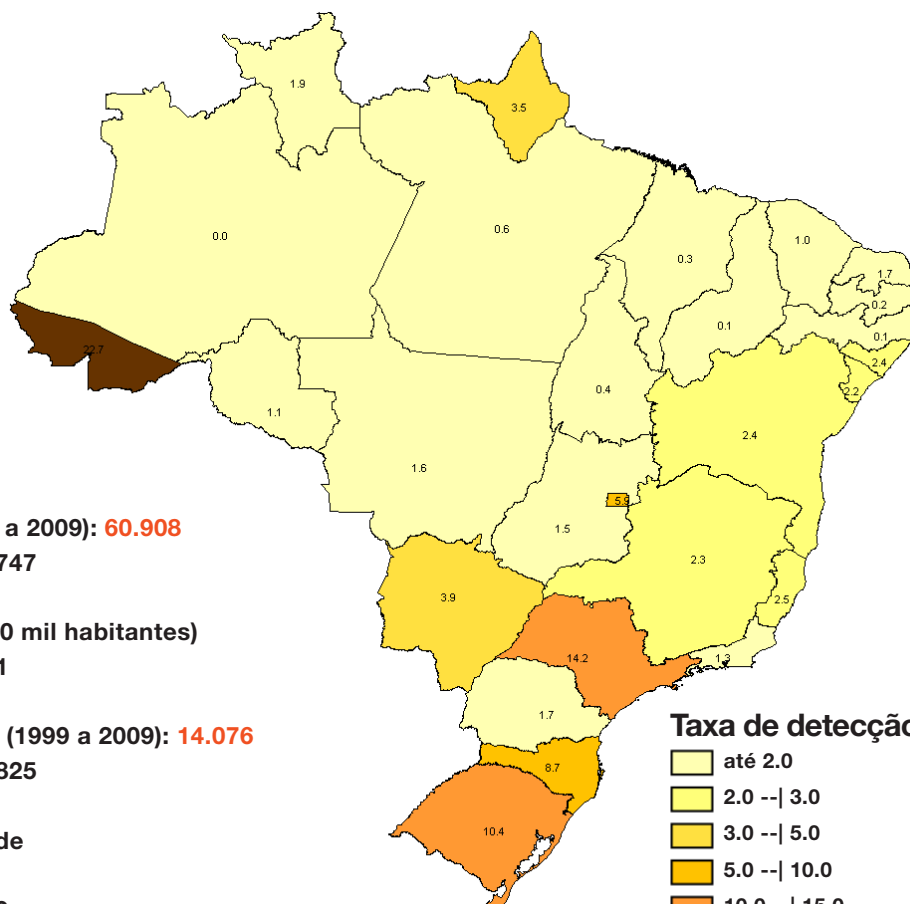
**Coefficiente de mortalidade  
(por 100 mil habitantes)**

2008 – 0,3    2009 – 0,2

**Taxa de detecção de hepatite B (por 100.000 hab.) segundo região de residência por ano de notificação. Brasil, 1999 a 2009**



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e IBGE. Casos notificados no SINAN até 31/12/2009 e registrados no SIM de 1999 até 2009. Dados preliminares.

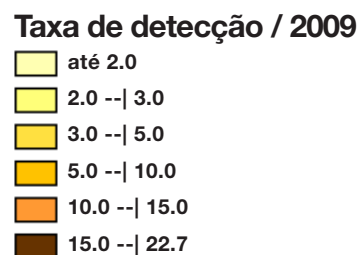


**Casos acumulados (1999 a 2009): 60.908**  
 2008 – 9.954    2009 – 9.747

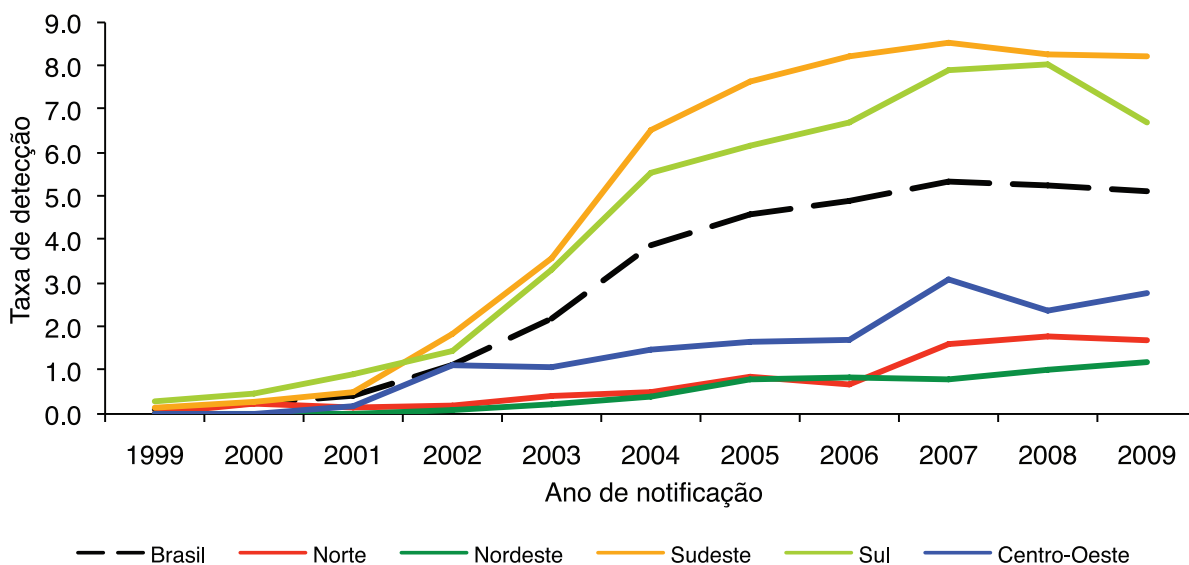
**Taxa de detecção (por 100 mil habitantes)**  
 2008 – 5,2    2009 – 5,1

**Nº de óbitos acumulados (1999 a 2009): 14.076**  
 2008 – 1.980    2009 – 1.825

**Coefficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes)**  
 2008 – 1,0    2009 – 0,9

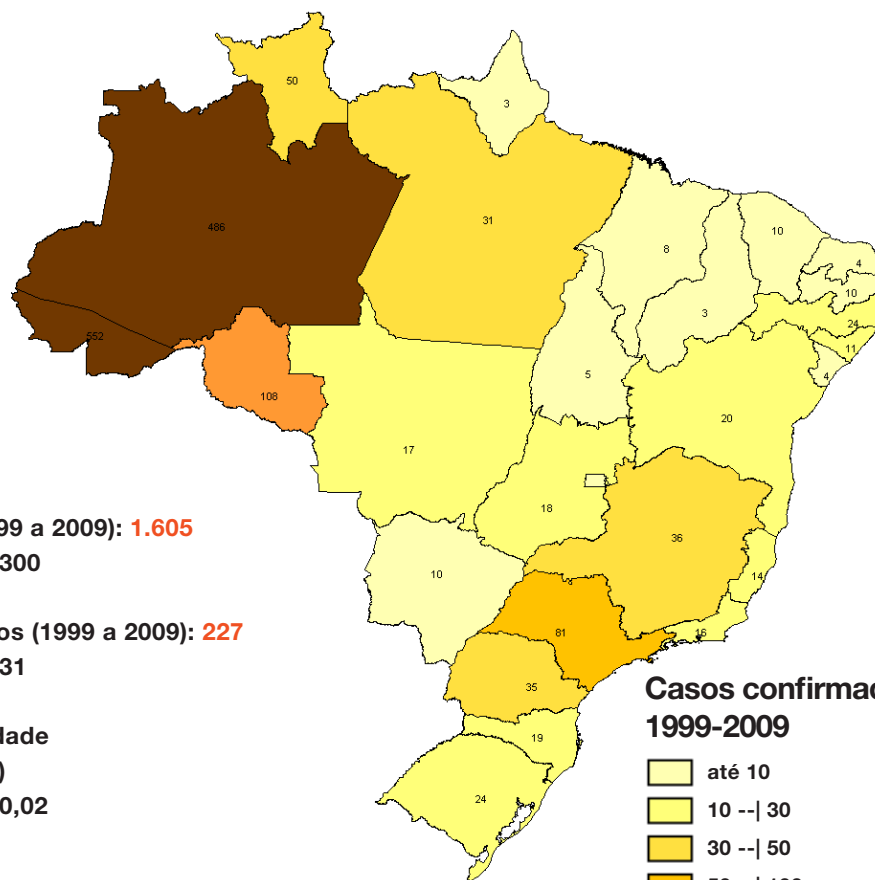


**Taxa de detecção de hepatite C (por 100.000 hab.) segundo região de residência por ano de notificação. Brasil, 1999 a 2009**



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e IBGE. Casos notificados no SINAN até 31/12/2009 e registrados no SIM de 1999 até 2009. Dados preliminares.

## Hepatite D



Casos acumulados (1999 a 2009): **1.605**

2008 – 213      2009 – 300

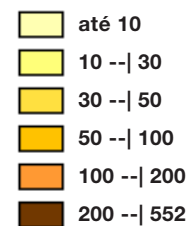
Nº de óbitos acumulados (1999 a 2009): **227**

2008 – 42      2009 – 31

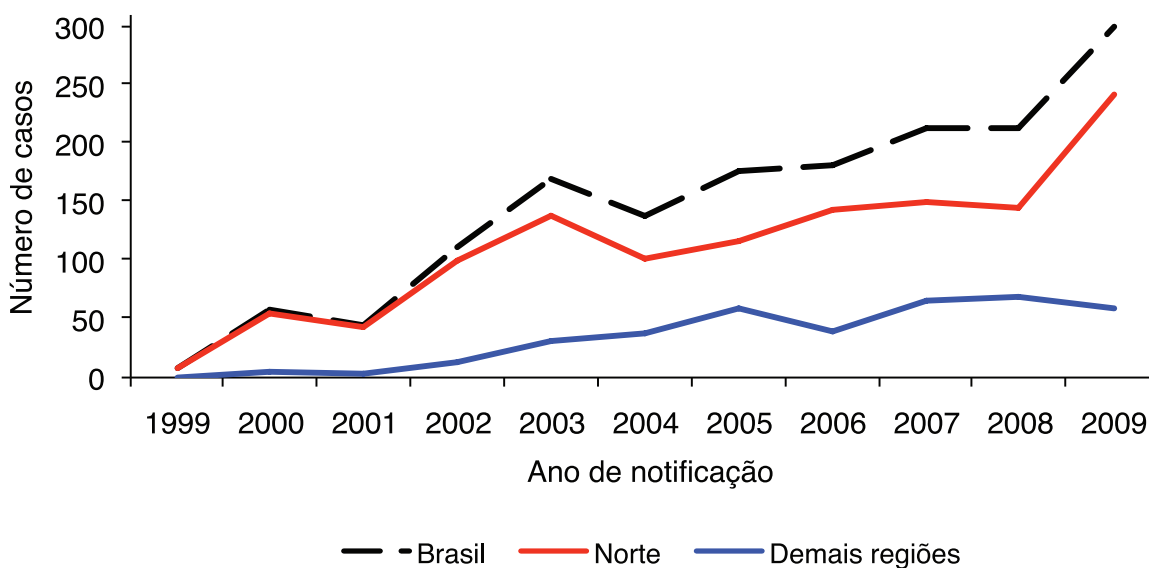
Coeficiente de mortalidade  
(por 100 mil habitantes)

2008 – 0,02      2009 – 0,02

**Casos confirmados  
1999-2009**



**Casos confirmados de hepatite D segundo região de residência por ano de notificação. Brasil, 1999 a 2009**



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Casos notificados no SINAN até 31/12/2009 e registrados no SIM de 1999 até 2009. Dados preliminares.



# O Brasil no combate às hepatites

O maior objetivo do Ministério da Saúde no controle das hepatites virais é prevenir novas infecções e melhorar a qualidade de vida dos portadores das hepatites B, C e D. Conhecer o comportamento epidemiológico das hepatites virais quanto ao agente etiológico, pessoa, tempo e lugar; identificar os principais fatores de risco; ampliar estratégias de imunização da hepatite B; detectar, prevenir e controlar os surtos oportunamente; reduzir a prevalência de infecções e avaliar o impacto das medidas de controle são fatores fundamentais nessa resposta.

O enfrentamento das hepatites B e D acontece por meio da vacinação contra a hepatite B e o incentivo ao uso do preservativo em todas as práticas sexuais, além de ações específicas direcionadas às populações mais vulneráveis.

## **Atualmente, o Ministério da Saúde oferece vacina contra a hepatite B na rotina das mais de 36 mil salas de vacina da rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)**

A vacinação contra a hepatite A está disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) de todas as unidades federadas. Não existe vacina contra a hepatite C, o que reforça a necessidade de um controle adequado da cadeia de transmissão no domicílio e na comunidade.

As principais medidas de controle das hepatites virais de transmissão sexual e sanguínea (vírus B, C e D) consistem na adoção de medidas

de prevenção. Os indivíduos devem ser orientados quanto aos mecanismos de transmissão dessas doenças e ao não compartilhamento de objeto de uso pessoal, como lâminas de barbear ou de depilar, escovas de dente, materiais de manicure e pedicure e ao uso de preservativos em todas as práticas sexuais.

As hepatites A e E têm como medida mais eficaz de prevenção a disponibilização de água potável, em quantidade suficiente, nos domicílios. Também é fundamental a educação da população quanto às boas práticas de higiene, com ênfase na lavagem das mãos; medidas de saneamento básico, como água tratada e esgoto; orientação de creches, pré-escolas e instituições fechadas para adoção de medidas rigorosas de higiene; cozimento adequado de mariscos, frutos do mar e desinfecção (uso de cloro) de alimentos crus, como frutas e verduras.

Além das medidas de controle específicas para as hepatites virais, ações de educação em saúde, tanto para o desenvolvimento da capacidade técnica dos profissionais envolvidos nessas ações como para a orientação da comunidade em geral sobre as hepatites virais e sua prevenção, são continuamente implementadas.

Paralelamente, é de fundamental importância o desenvolvimento de ações que possibilitem o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e o acompanhamento dos portadores, garantindo a adesão e a redução do abandono do tratamento, fatores determinantes no sucesso terapêutico.

Embora as hepatites virais sejam doenças de notificação compulsória, o ato de notificar deve ser entendido como apenas uma ação, entre outras, no processo de vigilância. O rastreamento da fonte de infecção relacionada a cada caso é primordial para a implantação de medidas adequadas de prevenção

e controle. Em termos coletivos, a vigilância permite acompanhar a tendência da doença e avaliar as medidas de prevenção que estão sendo executadas. A realização de busca ativa auxilia na identificação de novos casos, principalmente entre os comunicantes.

As principais fontes de notificação são: a comunidade, os serviços de assistência médica, os hemocentros e bancos de sangue, as clínicas de hemodiálise, laboratórios, escolas, creches e outras instituições. Além disso, os casos podem ser captados nos sistemas oficiais da vigilância.

Em relação ao tratamento, todo o arsenal terapêutico incorporado pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas é adquirido e distribuído pelo Ministério da Saúde, de forma a garantir o acesso universal ao tratamento no Sistema Único de Saúde.

**Em 2009, o SUS realizou mais de 9 milhões de testes para as hepatites virais. No terceiro trimestre de 2010, 8.018 pacientes estavam em tratamento para a hepatite B e 10.507 em tratamento para a hepatite C. Desde 2005, quando se iniciou a centralização da compra de medicamentos para as hepatites virais, o Ministério da Saúde já investiu quase 800 milhões de reais em aquisições.**

Em **2009**, um novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da **hepatite crônica B e coinfeções** incluiu novos medicamentos entre eles o **tenofovir**, o **entecavir** e o **adefovir**, que, junto com a **ribavirina** e o **interferon**, passaram a ser disponibilizado centralizadamente pelo Ministério da Saúde. Em **2010**, foram comprados mais de **890 mil** frascos de medicamentos para as **hepatites B e C** perfazendo um total de cerca de **R\$ 234 milhões**. No momento, o protocolo clínico da hepatite C está em revisão.

# **Desafios e perspectivas para o período de 2011 a 2012**

# 1.

## Aprimorar a governança e gestão para o enfrentamento das hepatites virais

- Até 2011**
- estimular a inclusão de ações de enfrentamento às hepatites virais nos Planos Estaduais de Saúde das 27 UF;
  - fomentar pesquisas mediante a publicação de editais.
- Até 2012**
- implantar a vigilância sentinela das hepatites virais nos Laboratórios de Saúde Pública.

# 2.

## Promover o acesso a serviços qualificados de atenção

- Até 2011**
- ➔ viabilizar a ampliação da oferta de triagem para hepatites virais nos serviços de saúde;
  - ➔ ter estabelecido em cada UF atendimento integral aos portadores de hepatites virais na rede de serviços, nos diferentes níveis de complexidade;
  - ➔ estimular a ampliação da triagem sorológica nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA;
  - ➔ estimular a ampliação da oferta da sorologia para a hepatite D nas regiões endêmicas;
  - ➔ ter pelo menos uma referência laboratorial em cada UF para realização de biologia molecular da hepatite C;
  - ➔ ter desenvolvido materiais educativos específicos para portadores de hepatites virais.
- Até 2012**
- ➔ ter pelo menos uma referência laboratorial em cada UF realizando o teste de HBV-DNA;
  - ➔ ter produzido e validado testes rápidos para as hepatites B e C;
  - ➔ ter validado um teste para a hepatite D.

## Número de testes sorológicos realizados\*. Brasil, 2004 a 2009



Fonte: Sistema de Informação de Insumos Estratégicos - SIES - Entradas por item de Material e Tabela de Produção Ambulatorial – SIA/SUS, março 2010.

\* Considerados os testes sorológicos ressarcidos pela tabela SIA/SUS a estados e municípios e aqueles adquiridos por compra centralizada pelo Ministério da Saúde.

# 3.

## Promover o acesso à vacinação contra a hepatite B, preservativos e outros insumos

### 1ª Fase

- Até 2011**
- ➔ ter ampliado a vacinação contra a hepatite B para a faixa etária de 20 a 24 anos;
  - ➔ ter 95% de cobertura vacinal contra a hepatite B:
    - \* da população na faixa etária de 15 a 19 anos;
    - \* das pessoas privadas de liberdade;
    - \* da população indígena acessada;
    - \* dos trabalhadores de saúde da rede pública e privada.
  - ➔ ter 100% de cobertura vacinal contra a hepatite B entre gestantes;
  - ➔ disponibilizar preservativos nos serviços que atendem os portadores de hepatites virais.

### 2ª Fase

- Até 2012**
- ➔ ter ampliada a vacinação contra a hepatite B para a faixa etária de 25 a 29 anos.

## 4. Reduzir a transmissão vertical da hepatite B

- Ação Continuada**
- oferecer triagem sorológica a todas as gestantes que realizam pré-natal na rede básica do SUS;
  - realizar medidas profiláticas em todos os recém-nascidos de mães diagnosticadas com hepatite B.



# 5.

## Fortalecer o protagonismo e a articulação com o movimento social

- Até 2010** → publicar edital para o fortalecimento das redes do movimento e redes sociais com ações de enfrentamento das hepatites virais.
- Até 2011** → publicar edital de apoio a eventos de mobilização, articulação e protagonismo em hepatites virais.



# Para saber mais

## **A** Hepatite A

A transmissão da hepatite A é fecal-oral, por contato inter-humano ou por meio de água e/ou alimentos contaminados pelo vírus. Na maioria dos casos, o indivíduo recupera-se totalmente, eliminando o vírus do seu organismo. A insuficiência hepática aguda grave ocorre em menos de 1% dos casos.

A testagem para hepatite A é recomendada para doenças crônicas do fígado, coagulopatias, crianças menores de 13 anos com HIV/aids, imunodepressão, candidatos a transplante, transplantados de órgão sólido e hemoglobinopatias, entre outras.

A vacina contra a hepatite A não faz parte do calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização. O encaminhamento, quando indicado, deverá ser feito pelo médico. No entanto, essa vacina está disponível no CRIE nas seguintes situações: hepatopatias crônicas de qualquer etiologia; portadores crônicos do VHB e VHC; coagulopatias; crianças menores de 13 anos com HIV/aids; adultos com HIV/aids que sejam portadores do VHB ou VHC; doenças de depósito; fibrose cística; trissomias; imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora; candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes; transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; doadores de órgão sólido ou de medula óssea, cadastrados em programas de transplantes; hemoglobinopatias.

## **B** Hepatite B

A principal via de transmissão da hepatite B é a sexual, seguida da vertical (de mãe para filho); dá-se pelo contato com sangue, pelas vias parenterais e percutâneas e por fluidos corporais. Também existe possibilidade de transmissão da doença por meio do compartilhamento de seringas e agulhas, contaminadas, colocação de piercing, procedimentos de tatuagem, manicure com materiais não esterilizados, compartilhamento de objetos contaminados com sangue, transfusão de sangue, hemoderivados, hemodiálise ou ainda sêmen e secreção vaginal.

A testagem para a hepatite B é recomendada para vítimas de abuso sexual, vítimas de acidente com material biológico, profissionais de saúde, usuários de drogas injetáveis/inaláveis, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, coletadores de lixo hospitalar e domiciliar e doadores de sangue.

Mais de 36.000 salas de vacinação em todo o Brasil oferecem a vacina para a hepatite B. Esta faz parte do calendário de vacinação da criança e do adolescente e está disponível para a população de menores de 20 anos de idade. A imunização contra a hepatite B é realizada em três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses). Todo recém-nascido deve receber a primeira dose da vacina logo após o nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida.

A oferta dessa vacina estende-se também a outros grupos em situações de maior vulnerabilidade, independentemente da faixa etária, tais como: gestantes após o primeiro trimestre de gestação; trabalhadores da saúde; bombeiros, policiais militares, policiais civis e policiais rodoviários; carcereiros, agentes de delegacia e de penitenciárias; coletadores de lixo hospitalar e domiciliar; comunicantes sexuais de VHB; doadores de sangue; homens e mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (homens que fazem sexo com homens e mulheres que

fazem sexo com mulheres); lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT); pessoas reclusas (em presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas, dentre outras); manicures, pedicures e podólogos; populações de assentamentos e acampamentos; populações indígenas; potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundidos; profissionais do sexo/prostitutas; usuários de drogas injetáveis, inaláveis e pipadas; portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis; caminhoneiros, dentre outros.

O Ministério da Saúde disponibiliza, nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), a vacinação passiva por meio da Imunoglobulina Humana Anti-hepatite tipo B, que é indicada em situações especiais para pessoas não vacinadas e expostas ao vírus da hepatite B, nas seguintes situações: prevenção da infecção perinatal pelo vírus da hepatite B; vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeitos de infecção por VHB, sem vacinação para hepatite B; comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B; vítimas de abuso sexual e imunodeprimidos após exposição de risco.

## C

### Hepatite C

A transmissão ocorre por meio do sangue infectado, principalmente pela via parenteral, sendo a transmissão sexual e vertical pouco frequente. São consideradas populações de risco acrescido: indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993; usuários de drogas injetáveis (cocaína, anabolizantes, complexos vitamínicos), inaláveis (cocaína) ou pipadas (crack); pessoas que compartilham ou utilizam instrumentos não esterilizados para realização de piercings, tatuagem e manicure, além de objetos para higiene pessoal (escovas de dentes, lâminas de barbear e de depilar etc.).

A infecção crônica pelo vírus da hepatite C, com suas consequências para a função hepática, representa hoje, nos países desenvolvidos, a principal causa de indicação de transplante de fígado. Não existe vacina para a hepatite C.

## D

### Hepatite D

A transmissão da hepatite D ocorre pelo contato com sangue por via parenteral e percutânea, por fluidos corporais e pela via sexual. A doença pode apresentar-se como infecção assintomática ou assumir formas graves. É a principal causa de cirrose hepática em crianças e adultos jovens em áreas endêmicas da região amazônica do Brasil. A forma aguda implica maior gravidade e pode apresentar-se na forma fulminante, com mortalidade de 2 a 20%. Para adquirir a hepatite D, necessariamente o indivíduo precisa ter tido a hepatite B.

## E

### Hepatite E

A transmissão da hepatite E é fecal-oral, por contato inter-humano ou por meio de água e alimentos contaminados pelo vírus da hepatite E. Na maioria dos casos, a hepatite E é uma doença autolimitada (de cura espontânea). Raramente apresenta formas clínicas graves, principalmente em gestantes.



[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)  
[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)



**Ministério  
da Saúde**

**Governo  
Federal**