Doenças Infecciosas e Parasitárias
Edição XII

Capítulo 15

HEPATITES VIRAIS: REVISÃO DOS AVANÇOS DIAGNÓSTICOS, TRATAMENTO E PREVENÇÃO NA ATUALIDADE

BEATRIZ OLIVEIRA SECCHI[1]
DANIEL CONTIERO BATTISTAM[1]
FRANCISCO ALEXANDRE DE OLIVEIRA JUNIOR[1]
GIOVANNA BRAGA FERREIRA[1]
GUILHERME CARDOSO DA SILVA[1]
HELENA REGINA GUELPA QUERINO[1]
LUANA KAROLINE FERREIRA REIS[1]
MARIA PAULA VITALINO FARIA DA SILVA[1]
RAFAEL TREVISAN RIBEIRO CLAPIS FERREIRA[1]
VITÓRIA ALVIM ROCHITI[1]

1. Discente - Medicina da Universidade de Marília - UNIMAR.

Palavras-chave:
Hepatites virais; Saúde pública; Epidemiologia.

Doi **10.59290/978-65-6029-129-4.15**

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Hepatites virais são causadas pelas cepas do vírus A, B, C, D e E, apresentam variações epidemiológicas, clínicas e laboratoriais diferentes. Têm em comum a caracterização de uma inflamação hepática difusa com diversas sintomatologias.

No Brasil, de acordo com os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, a epidemiologia de cada uma das cepas se encontra em fases diferentes, nesse sentido, é válido analisar cada uma das cepas para que possa ser evidenciada sua interferência na saúde pública do país. A hepatite B é endêmica no Brasil, com prevalência variável por região. A vacinação contra ela faz parte do Programa Nacional de Imunizações desde a década de 1990, resultando em uma redução significativa na incidência, especialmente em crianças. Além desta, a hepatite C também é uma preocupação, com alta prevalência, sua transmissão ocorre principalmente pelo contato com sangue contaminado, como o compartilhamento de seringas. Já a hepatite A é mais comum em áreas com condições sanitárias precárias, o surto da doença pode ocorrer em áreas endêmicas, principalmente entre populações vulneráveis. Além destas, a hepatite D é rara e geralmente ocorre em pessoas com hepatite B e a hepatite E é menos comum, mas pode causar surtos. A abordagem para cada tipo de hepatite requer estratégias específicas de saúde pública.

Sob essa perspectiva, cada tipo apresenta-se com particularidade pontuais e distintas, trazendo impacto na transmissibilidade e apresentações clínicas divergentes. Nesse sentido, faz-se necessário analisar o impacto diagnóstico, e compreender como a prevenção tem impactos significativos para controlar a disseminação das hepatites. Ademais, é importante avaliar os métodos de tratamento e seus avanços apresentados pelas pesquisas nos últimos anos.

Portanto, esta análise busca avaliar os progressos no diagnóstico das hepatites virais e destacar a importância da prevenção e examinar os métodos de tratamento disponíveis atualmente, bem como seus avanços.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de março a maio de 2024, por meio de pesquisas em bases de dados PubMed, SciELO e BVS, juntamente com consultas aos dados oficiais no *website* do Ministério da Saúde brasileiro. Foram utilizados os descritores: hepatites virais; atualizações no tratamento para hepatites virais; métodos de prevenção para hepatites virais; atualizações de diagnósticos para hepatites. Desta busca, foram encontrados 10 artigos, posteriormente submetidos aos processos de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados nos últimos 10 anos, que abordavam as temáticas propostas para a pesquisa, estudos tipo revisão, meta-análise, disponibilizados na íntegra. As temáticas são as seguintes: epidemiologia das hepatites no Brasil, avanços clínicos e diagnósticos, e importância da prevenção. Como critérios de exclusão foram utilizados os seguintes distratores: artigos duplicados, ou disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção, restaram seis artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, a situação epidemiológica das hepatites requer atenção, pois cada tipo apresenta características distintas, as quais exigem abordagens específicas para conter a infecção. De acordo com o Ministério da Saúde, a hepatite B tem uma prevalência intermediária, afetando entre 1 e 3% da população, enquanto a hepatite C representa um desafio significativo, com aproximadamente 1,4% da população infectada, muitas vezes sem sintomas perceptíveis e podendo levar a complicações graves. Por outro lado, a hepatite A e a hepatite D são menos comuns no Brasil, com foco em surtos localizados e infecções raras. No entanto, a hepatite E é uma preocupação emergente, com surtos esporádicos relatados, especialmente em áreas endêmicas. O diagnóstico das hepatites virais é realizado por meio da detecção de marcadores no sangue, soro, plasma ou fluido oral, utilizando imunoensaios e técnicas de biologia molecular.

O Ministério da Saúde implementou testes rápidos para hepatite B e C no SUS, ampliando o diagnóstico precoce que é fundamental para conter o avanço da carga viral de forma coordenada e de acordo com o tipo da variante; contudo, para a hepatite A, não há tratamento antiviral específico, existindo apenas alívio dos sintomas. Já para a hepatite B, são utilizados inibidores de transcriptase reversa, enquanto a hepatite C teve a introdução de novos medicamentos com ação direta, os quais apresentam resultados mais eficazes e menos efeitos colaterais em comparação com as terapias anteriores. Ademais, o tratamento da hepatite D envolve o uso de interferon alfa, enquanto para a hepatite E, há estudos sobre o uso da Ribavirina.

A prevenção das hepatites virais no Brasil é realizada, principalmente, por meio do sistema de vacinação para hepatite A e B, além do uso de preservativos, que são distribuídos amplamente. Nesse sentido, é crucial que os órgãos públicos concentrem esforços na melhoria das condições de saneamento e higiene.

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória, por esse motivo, prevenir, diagnosticar e notificar são as estratégias mais eficazes para conter a infecção.

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 imunoensaios, e/ou na detecção do ácido nucleico viral, por meio de técnicas de biologia molecular (BRASIL, 2016). Desde 2011, o Ministério da Saúde inseriu os testes rápidos de hepatite B e C na rede SUS, o que tem ajudado a ampliar o diagnóstico de ambas as infecções. Os testes rápidos são testes de triagem e, caso apresentem resultados reagentes, deverão ser confirmados com a realização da carga viral para hepatite C (HCV-PCR), carga viral para hepatite B (HBV-DNA).

Em relação ao diagnóstico clínico, os quadros agudos das hepatites virais são diversificados, variando de formas assintomáticas até insuficiência hepática aguda grave. Fadiga, anorexia, náuseas e mal-estar geral predominam na maioria dos casos subclínicos. Nos pacientes sintomáticos, o período de doença aguda pode se caracterizar pela presença de urina escura (colúria), fezes esbranquiçadas e icterícia.

A hepatite crônica é assintomática na maioria dos casos. De modo geral, as manifestações clínicas aparecem apenas em fases adiantadas de acometimento hepático e podem incluir fibrose, cirrose hepática, carcinoma hepatocelular e comprometimento de outros órgãos.

As aminotransferases, como a alanina aminotransferase (ALT ou TGP) e a aspartato ami-

notransferase (AST ou TGO), são consideradas marcadores sensíveis de lesão no parênquima hepático, embora não sejam específicas para nenhum tipo de hepatite. Em estágios agudos da hepatite, essas enzimas podem aumentar até dez vezes o limite superior da normalidade. Além disso, podem ser observadas outras alterações laboratoriais não específicas, como elevação de bilirrubinas, fosfatase alcalina e leve linfocitose. Embora não sejam exclusivas das hepatites virais, essas mudanças nos testes de função hepática apontam para a necessidade de investigar a causa subjacente, que pode incluir infecções pelos vírus das hepatites A, B, C, D ou E (BRASIL, 2007).

O diagnóstico das formas crônicas das hepatites B e C é determinado pela persistência da replicação viral por mais de seis meses, sem apresentação de manifestações clínicas distintas ou padrões evolutivos específicos. O diagnóstico etiológico é viabilizado por meio de exames sorológicos e/ou moleculares. O progresso tecnológico na área de diagnóstico possibilitou a elaboração de técnicas avançadas atualmente empregadas, como os testes rápidos baseados em imunoensaios cromatográficos de fluxo lateral. Esses testes, que podem ser concluídos em até 30 minutos e não requerem instalações laboratoriais, desempenham um papel crucial na ampliação do acesso ao diagnóstico precoce das hepatites B e C, facilitando a rápida conexão do paciente aos serviços de saúde (BRASIL, 2016).

O diagnóstico de hepatite A aguda é realizado através da detecção da imunoglobulina M (IgM) anti-HAV no soro por imunoensaio enzimático.

O diagnóstico de hepatite B aguda envolve a pesquisa de quatro marcadores específicos: HBsAg, anticorpos anti-HBc totais, IgM anti-HBc e anticorpos anti-HBs. A presença simultânea de HBsAg e IgM anti-HBc caracteriza a hepatite B aguda, enquanto os anticorpos anti-HBs não são detectados nessa fase. Durante a convalescença, os pacientes perdem o HBsAg antes do surgimento dos anticorpos anti-HBs, e a detecção de IgM anti-HBc é crucial para o diagnóstico. A recuperação é indicada pelo aparecimento de anticorpos anti-HBs. A presença de anticorpos anti-HBc totais e anti-HBs indica recuperação da hepatite B aguda. A IgG anti-HBc permanece em altos títulos ao longo da vida, enquanto os títulos de anticorpos anti-HBs podem variar e, às vezes, tornar-se indetectáveis após vários anos. A avaliação quantitativa do HBsAg pode ser útil para determinar o curso da hepatite B aguda, com níveis persistentemente altos indicando risco de evolução para a forma crônica. Pacientes positivos para o DNA do HBV ou o HBeAg por mais de 6 semanas após o início dos sintomas têm maior probabilidade de desenvolver infecção crônica (GOLDMAN & SCHAFER, 2022).

Ao suspeitar de hepatite C aguda, os pacientes devem ser submetidos a testes para detectar anticorpos anti-HCV usando imunoensaio enzimático e RNA do HCV por meio de PCR, com limite inferior de detecção de $\leq$ 50 UI/mℓ. Com base nos resultados dos testes, podem-se observar quatro perfis de marcadores. A detecção de RNA do HCV na ausência de anticorpos anti-HCV sugere fortemente infecção aguda pelo HCV, confirmada pela soroconversão posterior. Pacientes com infecção aguda podem apresentar ambos os marcadores no diagnóstico, dificultando a diferenciação entre hepatite C aguda, exacerbação aguda da hepatite C crônica ou hepatite aguda de outra causa em pacientes com hepatite C crônica.

O diagnóstico de infecção pelo HDV é baseado na detecção de três marcadores: naticorpos anti-HD totais, IgM anti-HD e RNA do HDV, este último pode ser quantificado por PCR em tempo real. Todos os pacientes posi-

tivos para HBsAg devem ser testados e a presença de anticorpos anti-HD é indicativa de infecção pelo HDV. Em casos de coinfecção autorresolutiva por HBV-HDV, a presença de RNA do HDV e IgM anti-HD é transitória e frequentemente passa despercebida. A presença de IgM anti-HBc indica infecção aguda concomitante pelo HBV. Na superinfecção por HDV em portadores crônicos de HBsAg, a IgM anti-HBc não é observada. O RNA do HDV é detectado no soro ou plasma antes e durante o episódio agudo, enquanto anticorpos anti-HD totais e IgM anti-HD são detectados durante a fase aguda. Anticorpos anti-HD e, por vezes, IgM anti-HD permanecem elevados se a doença se tornar crônica (GOLDMAN & SCHAFER, 2022).

O diagnóstico de hepatite E aguda é feito com base na detecção de anticorpos IgM anti-HEV, os quais surgem nas primeiras 6 semanas e podem persistir por 3 a 12 meses. A IgG anti-HEV, por sua vez, geralmente persiste durante toda a vida após a infecção aguda.

A hepatite crônica é caracterizada pela presença de necroinflamação crônica do fígado e pode ter diversas causas, como vírus hepatotrópicos, autoimunidade, consumo de álcool, distúrbios metabólicos e outros fatores menos comuns. No entanto, as infecções crônicas por vírus da hepatite, como o HBV e o HCV, são consideradas as principais causas de hepatite crônica globalmente, com mais de 300 milhões de pessoas cronicamente infectadas. Essas infecções são também as principais responsáveis pela cirrose hepática e pelo carcinoma hepatocelular, resultando em mais de 1 milhão de mortes por ano. A infecção crônica pelo HBV pode estar associada à infecção pelo vírus da hepatite D (HDV), enquanto o vírus da hepatite A não leva à hepatite crônica. Em geral, o vírus da hepatite E (HEV) não causa hepatite crônica, exceto em pacientes imunossuprimidos (GOLDMAN & SCHAFER, 2022).

Os marcadores sorológicos utilizados para diagnosticar hepatite B crônica incluem HBsAg, anticorpos anti-HBs, anticorpos totais anticerne da hepatite B (HBc), IgM anti-HBc, HBeAg e anticorpos anti-HBe. O DNA do HBV é um marcador molecular crucial, com ensaios baseados na PCR em tempo real ou na TMA sendo as melhores abordagens para detectá-lo e quantificá-lo. A infecção crônica pelo HBV é caracterizada pela persistência do HBsAg no soro por mais de 6 meses após o episódio agudo. Indivíduos com anticorpos anti-HBc isolados geralmente não apresentam viremia, mas em alguns casos, especialmente quando HBsAg ou anticorpos anti-HBs não são detectados, pode haver viremia. A avaliação da gravidade e prognóstico da hepatite B crônica inclui níveis séricos ou plasmáticos de ALT e DNA do HBV, tradicionalmente avaliados pela biópsia hepática, mas, atualmente, substituídos por marcadores sorológicos e técnicas de imagem não invasivas (GOLDMAN & SCHAFER, 2022).

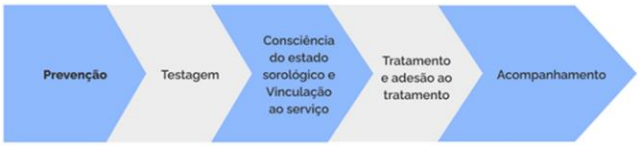
A infecção crônica pelo HCV é caracterizada pela persistência do RNA do HCV por mais de 6 meses. O diagnóstico da hepatite C crônica é estabelecido pela detecção simultânea de anticorpos anti-HCV e do RNA do HCV. A replicação do HCV na ausência de anticorpos anti-HCV é rara e ocorre principalmente em pacientes com imunossupressão profunda, como aqueles submetidos à hemodiálise ou com agamaglobulinemia (GOLDMAN & SCHAFER, 2022).

Conforme as diretrizes apresentadas, é recomendado que os marcadores de infecção pelo HDV sejam investigados pelo menos uma vez em cada portador crônico de HBsAg.

O diagnóstico de hepatite E aguda é estabelecido principalmente pela detecção de naticorpos IgM anti-HEV. Além disso, o RNA do

HEV pode ser detectado tanto no sangue quanto nas fezes, sendo que sua presença é transitória. Em pacientes imunossuprimidos, como os receptores de transplante de órgãos sólidos, a hepatite E crônica é caracterizada pela presença repetida de anticorpos anti-HEV positivos e RNA do HEV no sangue (GOLDMAN & SCHAFER, 2022), conforme a **Figura 15.1.**

Figura 15.1 Cascata das hepatites virais



Fonte: BRASIL, 2024.

De acordo com a Cascata das Hepatites Virais, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, diagnóstico e tratamento eficazes dessas doenças requerem uma abordagem em cascata, que envolve desde o rastreamento até o tratamento adequado, visando prevenir complicações graves, como cirrose e carcinoma hepatocelular.

Tratamento

Nas pesquisas revisadas, foram encontradas algumas condutas terapêuticas. Não há tratamento antiviral específico disponível para a hepatite A, apenas medicamentos para alívio dos sintomas, os quais geralmente desaparecem dentro de dois meses. Quanto à infecção por HBV (vírus B da hepatite), medidas de suporte tendem a ser suficientes, com resolução em cerca de 90% dos casos. Ademais, a terapêutica fica direcionada aos mecanismos de ataque viral, utilizando-se os inibidores de transcriptase reversa (DUARTE, 2021).

No Brasil, as escolhas medicamentosas são o Fumarato de Tenofovir Desoproxila ou o Entecavir. A profilaxia deve ser tomada para todos os contatos expostos, indicando-se imunoglobulina e vacinação para pacientes soronegativos ou com sorologia desconhecida, consoante com critérios estabelecidos.

Nesse viés, o principal objetivo é a supressão viral, evitando, com isso, a persistência da hepatopatia e a morte.

Apesar do tratamento ser via antiviral de ação direta, há um intenso número de assintomáticos, com isso grande parte dos infectados não recebe o diagnóstico, fato concomitante com a limitação terapêutica de determinados locais. As alternativas terapêuticas incorporadas ao SUS tem se apresentado bem eficientes e com resposta virológica sustentada (**Quadro 15.1**). A diferença na escolha do tratamento segue os seguintes critérios: 1. as indicações para determinadas populações; 2. a comodidade posológica; 3. o controle mais acessível; e 4. o custo. A finalidade do tratamento é a negativação persistente do RNA viral após 12 a 24 semanas do fim da terapia.

Quadro 15.1 Principais fármacos e associações mais frequentes para o tratamento da hepatite C

Principais fármacos e associações mais frequentes para o tratamento da Hepatite C
Sofosburvir + Daclatasvir
Sofosburvir/Ledipasvir
Sofosburvir/Velpatasvir
Elbasvir/Grazoprevir
Glecaprevir/pibrentasvir
Ribavirina

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2022.

Quanto à terapia da hepatite C, encontrou-se a seguinte informação baseada nos artigos: Até 2011 o controle do HCV consistia na combinação das drogas interferon peguilado (PEGIFN) e ribavirina (RBV), alcançando uma resposta viral sustentada (RVS) em torno de 40 a 50% em pacientes portadores do genótipo 1.

No Brasil, a partir de 2011, foi introduzida uma nova terapia com melhores resultados e

menos efeitos colaterais; trata-se do uso de novos medicamentos de ação direta, classificados como inibidores de protease de 1ª geração (IP), que têm como alvo a serina protease NS3/4ª do HCV. A RVS mostra-se por volta de 80%, além de ter um tempo de tratamento máximo em torno de 48 semanas.

Os primeiros medicamentos dessa classe foram o Boceprevir e o Telaprevir, no entanto, para o paciente passar por esse tratamento, ele deve atender a todos os critérios citados a seguir: 1. monoinfecção pelo genótipo 1 do HCV; 2. fibrose hepática avançada (Metavir F3 ou F4) ou F2 há mais de três anos; 3. doença hepática compensada e; 4. ausência de tratamento prévio com inibidores de protease. O tratamento com o Telaprevir consiste em uma dose de 750 mg a cada 8 horas, via oral, juntamente com alimentos gordurosos, associados a PEG-IFN. A terapia compreende 12 semanas com mais 36 semanas somente de PEG-INF. Caso não se atinja a carga viral abaixo de 1000 ul/mL nas semanas 4 a 12 ou se detectável na semana 24 do tratamento, o mesmo deve ser descontinuado.

A terapêutica do boceprevir consiste em doses de 800 mg a cada 8 horas, junto com alimentos e associado ao PEG-IFN. A durabilidade é de 44 semanas, sendo necessária sua interrupção caso a carga viral seja superior a 100 ul/mL na semana 12 ou se detectável na semana 24 de tratamento. Também apresentam limitações, pois atuam na proteína NS3, a qual apresenta grande potencial mutagênico, conferindo ao Boceprevir e ao Telaprevir uma baixa barreira genética à resistência viral, portanto, alguns subtipos do vírus apresentam resistência a tais fármacos. Ainda que demonstrem resultados mais eficazes do que com a terapia única PEG-IFN/RBN, a terapia com Boceprevir e Telaprevir é pouco específica, de alto custo, e com muitos efeitos colaterais.

Em 2015, novos tratamentos para o HCV foram aprovados pela Anvisa e incorporados ao tratamento de casos crônicos: fazem parte dessa nova terapia as drogas Sofosbuvir, Declatasvir e o Simeprevir. Essa nova terapia apresentou um RVS chegando a atingir 100% de efetividade em alguns subgrupos de pacientes, possui menos efeitos colaterais, redução no tempo de tratamento, ausência de uso do PEG-IFN e menor necessidade de exames de biologia molecular para avaliação.

O sofosbuvir é um análogo nucleotídeo inibidor específico da polimerase NS5B do HCV. Este medicamento possui ação pangenotípica e elevada barreira genética. Atua como uma pródroga, a dose diária é de 400 mg e pode ser tomada em uma única vez, o que facilita a adesão ao tratamento.

Porém, em pacientes com doença renal crônica não é recomendado o uso quando a medição de creatinina estiver abaixo de 30 mL/min. Em pacientes com cirrose não há necessidade de ajustes posológicos.

O daclatasvir é um poderoso inibidor do complexo de replicação NS5A do HCV, encontrando RVS de 90% em 12 semanas em pacientes de 1º tratamento e em pacientes com tratamentos anteriores uma taxa RVS de 86%. Em relação à fibrose, pacientes cirróticos alcançam 63% de taxa RVS, enquanto os não cirróticos RVS em torno de 96%. Sua dose única diária é de 60 mg.

O simeprevir é um inibidor de protease NS3 de 2ª geração, que atua nos genótipos 1, 2, 4, 5 e 6, possui metabolização hepática e sua ligação ocorre com as proteínas circulantes com a albumina. Conforme o tratamento, alcança uma taxa de RVS em torno de 92% dos pacientes virgens de tratamento em períodos de 12 a 24 semanas, com combinações entre o fármaco e a ribavirina, e, também, com o sofosbuvir, dependendo da avaliação prévia. Sua dose única di-

ária é de 150 mg. Para o tratamento da HDV (vírus D da hepatite), utiliza-se o interferon alfa (um medicamento antiviral).

Outro provável tratamento é com o interferon alfa peguilado. Este é realizado por 1 ano. Na mesma linha, utiliza-se bulevirtida na terapia contra a hepatite D, na Europa. Também deve ser evitado o consumo de bebidas alcoólicas, a fim de evitar sobrecarga hepática. Não há tratamento específico comprovado para hepatite E, do mesmo modo que ocorre com as hepatites virais agudas. Porém, existem estudos que mostram eficácia significativa no tratamento da hepatite E crônica com o uso de ribavirina por 12 semanas.

Prevenção

Primeiramente, é importante ressaltar que as hepatites virais são doenças de notificação compulsória. Esse registro é importante para mapear os casos de hepatites no país e ajuda a traçar diretrizes de políticas públicas no setor. A prevenção adequada para hepatite do tipo A é a vacina, que é altamente eficaz e segura. Não há contraindicações para imunização de gestantes. Atualmente, faz parte do calendário infantil, no esquema de 1 dose aos 15 meses de idade.

Além disso, a vacina está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), no esquema de 2 doses – com intervalo mínimo de 6 meses – para pessoas acima de 1 ano de idade com as seguintes condições: hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive infecção crônica pelo HBV e/ou pelo HCV; pessoas com coagulopatias, hemoglobinopatias, trissomias, doenças de depósito ou fibrose cística (mucoviscidose); pessoas HIV positivo; pessoas submetidas à terapia imunossupressora ou que vivem com doença imunodepressora; candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes, ou transplantados de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas; doadores de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas, cadastrados em programas de transplantes. Ademais, do mesmo modo, a principal forma de prevenção da infecção pelo vírus da hepatite B e D é a vacina, que está disponível no SUS para todas as pessoas não vacinadas, independentemente da idade. Para crianças, é aplicada a vacina pentavalente.

Para a população adulta, o esquema completo se dá com aplicação de três doses. Para população imunodeprimida, deve-se observar a necessidade de esquemas especiais com doses ajustadas. Outras formas de prevenção devem ser observadas, como usar camisinha em todas as relações sexuais e não compartilhar objetos de uso pessoal. Todavia, para hepatite C e E não há vacina, logo, para evitar a infecção o ideal é melhorar as condições de saneamento básico e de higiene, por exemplo: lavar as mãos; lavar alimentos antes de consumo e cozinhá-los bem; lavar adequadamente pratos, copos, talheres e mamadeiras; usar instalações sanitárias. Em creches, pré-escolas, lanchonetes, restaurantes e instituições fechadas, adotar medidas rigorosas de higiene, tais como a desinfecção de objetos, bancadas e chão; não tomar banho ou brincar perto de riachos, chafarizes, enchentes ou próximo de onde haja esgoto; evitar a construção de fossas próximas a poços e nascentes de rios; usar preservativos e higienizar mãos, genitália, períneo e região anal antes e após as relações sexuais. Também é importante não compartilhar com outras pessoas qualquer objeto que possa ter entrado em contato com sangue (seringas, agulhas, alicates, escova de dente etc.); usar preservativo nas relações sexuais; além disso, grávidas precisam fazer no pré-natal os exames para detectar as hepatites B e C, a HIV e sífilis. Em caso de resultado positivo, é necessário seguir todas as recomendações médicas.

O tratamento da hepatite C não é indicado para gestantes, mas após o parto a mulher deve ser tratada. Alguns cuidados também devem ser observados nos casos em que se sabe que o indivíduo tem infecção ativa pelo HBV, para minimizar as chances de transmissão para outras pessoas.

CONCLUSÃO

Em suma, a revisão destaca a complexidade da situação epidemiológica das hepatites virais no Brasil, ressaltando a necessidade de abordagens específicas para cada tipo de hepatite. A análise abrangeu dados epidemiológicos, avanços clínicos e diagnósticos, além da importância da prevenção.

Os resultados indicam a importância do diagnóstico precoce, o uso de testes rápidos implementados pelo Ministério da Saúde e o avanço terapêutico, especialmente para hepatite C. A prevenção, através da vacinação e medidas de higiene, continua sendo crucial. Nesse sentido, faz-se necessário buscar constantemente novos meios de diagnóstico, tratamento e prevenção para diminuir os casos.

Além disso, é importante avaliar a sintomatologia, uma vez que muitos pacientes se encontram assintomáticos na fase aguda, e, quando sintomáticos, têm sinais e sintomas inespecíficos, impossibilitando a diferenciação entre as cepas virais, assim a investigação só ocorre por meio da sorologia. A metodologia de diagnóstico empregada no Brasil procura aumentar o acesso da população ao teste rápido, além de proporcionar a resolutividade da doença, contribuindo para a maior adesão ao tratamento.

Quanto à farmacologia das hepatites virais, tem-se como alvo a sintomatologia e o tratamento com inibidores de transcriptase reversa. As medidas terapêuticas variam conforme a cepa da hepatite, portanto, o tratamento é individualizado, mostrando assim a importância do diagnóstico e da pesquisa pela carga sorológica, seja na doença ou na variante.

As hepatites são doenças de notificação compulsória, uma vez que seu registro é importante para o rastreamento de pessoas que tiveram contato com o paciente infectado e estão passíveis de desenvolver a doença.

Portanto, esta revisão destaca a complexidade da situação epidemiológica das hepatites virais no Brasil, ressaltando a necessidade de abordagens específicas para cada tipo de hepatite. Os resultados indicam a relevância do diagnóstico precoce, o uso de testes rápidos implementados pelo Ministério da Saúde e o avanço terapêutico, especialmente para hepatite C. A prevenção, através da vacinação e de medidas de higiene, continua sendo crucial. Há uma necessidade constante de buscar novos meios de diagnóstico, tratamento e prevenção para diminuir os casos de hepatite, bem como a pesquisa da carga viral por meio da sorologia. O avanço tecnológico, incluindo testes rápidos, tem contribuído significativamente para identificação e tratamento eficaz dos casos.

A avaliação clínica e o tratamento farmacológico são individualizados, destacando-se a importância da sorologia e da biópsia hepática.

Em suma, a abordagem multidisciplinar e a constante busca por avanços são cruciais para enfrentar eficazmente as hepatites virais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Unidade de atenção primária: rastreamento diagnóstico. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

DUARTE, G. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: hepatites virais. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, 2021. doi: 10.1590/S1679-4974202100016.esp1.

GOLDMAN, L. & SCHAFER, A.I. Goldman-Cecil Medicina. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022.

KUMAR, S. Distúrbios hepáticos e biliares: hepatite. MSDManuals, aug. 2022. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/ptbr/profissional/distúrbios-hepáticos-e-biliares/hepatite/hepatitee#Diagnóstico_v21348342_pt. Acesso em: 13 abr. 2024.

VICENTIM, J. & BERETTA, A.L. Hepatite C e as novas estratégias de tratamento: revisão de literatura. Revista Brasileira de Análises Clínicas, 2019. doi: 10.21877/2448-3877.201900764.