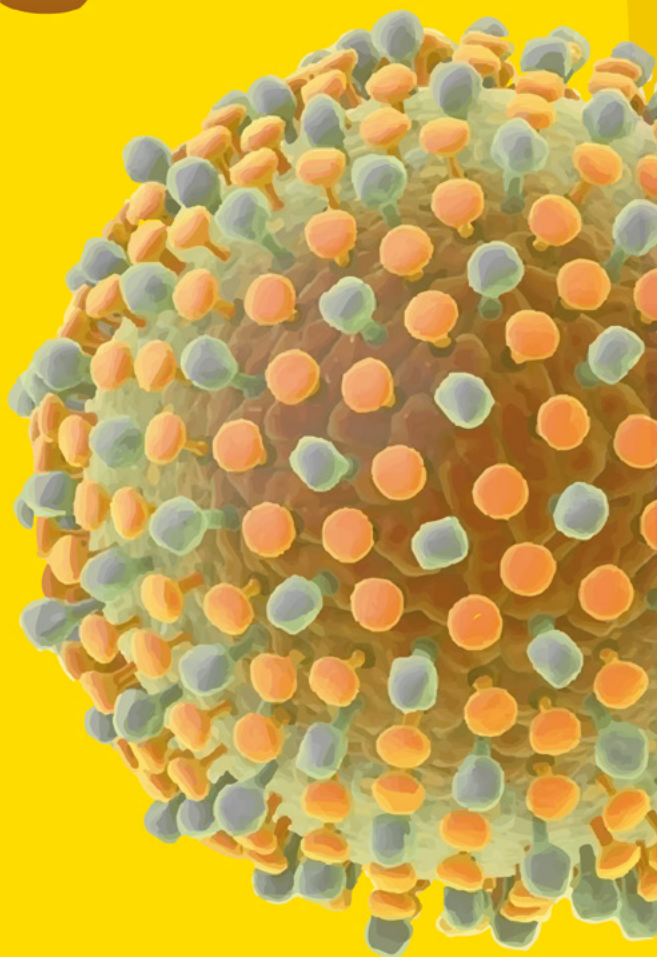
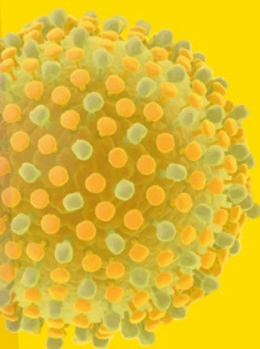


Hepatites Virais

Prevenção da
Transmissão
Vertical



Julho
AMARELO 

SUS 

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO



Cenário Epidemiológico

As hepatites virais são um importante problema de saúde pública em todo mundo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 325 milhões de pessoas no mundo são afetadas pelas hepatites B e C, causando 1,4 milhão mortes por ano. É a segunda causa de morte entre as doenças infecciosas, ficando atrás apenas da tuberculose.

Desde 2016, a OMS vem propondo estratégias para a eliminação das hepatites virais B e C até 2030, e o Brasil também foi signatário desse plano.

A transmissão dos vírus das hepatites B e C pode ser evitada com a adoção de medidas de prevenção específicas para cada um desses vírus.

Atualmente, existem medicamentos eficazes que controlam a replicação viral na hepatite B, evitando as complicações tardias da evolução da doença, como cirrose hepática e câncer de fígado.

Novas drogas orais também curam a maioria dos casos de hepatite C e são extremamente eficazes, com pouquíssimos efeitos colaterais.

Para que possamos atingir a meta da eliminação e do controle das hepatites virais é fundamental que sejam tomadas várias ações de saúde pública voltadas para prevenção, testagem e tratamento, principalmente, as que possam interromper a cadeia de transmissão vertical.

No Brasil, a taxa de detecção de casos de hepatite B no momento da gestação, no período de 1999 a 2019, foi de 10,7%. O diagnóstico e o tratamento precoce podem evitar a transmissão vertical. Assim, a presente cartilha tem como objetivo ser um guia prático para auxiliar profissionais de saúde que atuam na atenção básica e em maternidades no enfrentamento do problema.



Hepatite B

Rastreo e vacinação para hepatite B na gestante

A investigação da hepatite B deve ser realizada para todas as gestantes no 1º trimestre da gestação, ou quando se iniciar o pré-natal. O profissional de saúde, médico ou enfermeiro, deve solicitar a pesquisa do HBsAg. Gestantes portadoras de exame HBsAg reagente deverão ser orientadas e referenciadas já durante o pré-natal a unidades obstétricas que assegurem a administração de vacina hepatite B e da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) ao RN. A referência e contrarreferência devem ser documentadas no cartão da gestante.

Para as gestantes que tiveram o exame HBsAg não reativo, deve ser avaliado e recomendado o esquema vacinal para hepatite B. Ele consiste em três doses da vacina durante a gestação, desde o 1º trimestre, para todas as gestantes sem histórico de vacinação ou com esquema vacinal incompleto.

Existem outros marcadores para detectar contato prévio com o vírus da hepatite B: o Anti-HBC total determina a presença de anticorpos para hepatite B, tanto para a classe IgM quanto para IgG. O Anti-HBC IgM é um marcador de infecção recente, de fase aguda, encontrado no soro até 32 semanas após a infecção, mas também pode estar presente em alguns casos na fase crônica, em períodos de reagudização da infecção. O Anti-HBC IgG é um marcador de infecção passada que caracteriza o contato prévio com o vírus, e permanece por toda a vida de pacientes que tiveram infecção pelo vírus da hepatite B. Esse é o marcador utilizado na triagem sorológica de doadores de sangue, porque este sangue não poderá ser utilizado para transfusão.

Gestantes que não foram avaliadas durante o pré-natal devem realizar a pesquisa de HBsAg no momento da admissão hospitalar para o parto. O exame pode ser feito por meio de teste rápido.

Gestantes expostas ao vírus da hepatite B em qualquer trimestre, por relação sexual ou acidente com material biológico, deverão receber associação de vacina e IGHAB.



Hepatite B

O marcador que indica a imunidade para o vírus da hepatite B (VHB) é o anti-HBs, mas não é necessária sua realização após a vacinação para confirmação de imunidade: o esquema vacinal completo induz concentração de anticorpos protetores em >95% dos lactentes, crianças e adultos jovens saudáveis.

Sendo assim, a dosagem de anti-HBs pós-vacinal só deverá ser solicitado para aquelas gestantes que apresentem fator de risco de maior exposição ao vírus ou para perda da resposta de memória imunológica, como as situações listadas a seguir:

- Profissionais de saúde e de segurança pública
- Filhas de mães HBsAg reagentes
- Parcerias sexuais de pessoas vivendo com HBV
- Usuários de drogas injetáveis
- Pessoas privadas de liberdade
- Profissionais do sexo
- Usuárias de PrEP
- Pessoas trans
- Pessoas vivendo com HIV com contagem de linfócitos T CD4+

Nestes casos, o teste de anti-HBs deve ser feito entre 1 a 2 meses após o término do esquema vacinal, podendo ser considerados também exames coletados até 6 meses após a última dose. Em caso de realização de anti-HBs fora do período preconizado, após 6 meses da última dose, com resultado <10 UI/L, deve-se administrar uma dose de reforço, seguida da repetição do exame entre 1 a 2 meses após essa dose.



Hepatite B

Gestantes com hepatite B

Os exames complementares necessários para avaliar indicação de tratamento profilático são HBeAg, ALT e CV-HBV, e devem ser solicitados sem aguardar a consulta com especialista, assim como o início da terapia profilática no período adequado da gestação se estiver indicada.

Para verificar se a gestante precisará receber tratamento deverá ser solicitado a o HBeAg, ALT e CV-HBV.

A terapia antiviral para as gestantes com infecção crônica pelo HBV deve ser avaliada conforme a gravidade da doença da mãe e os potenciais benefícios e riscos para o feto.

Segundo o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde (MS, 2020) é indicado que:

— Gestantes com fibrose hepática avançada (Metavir F3) ou com cirrose hepática (Metavir F4), e que já estejam em terapia antiviral, deverão continuar o tratamento com o TDF

— Mulheres que engravidaram em uso de Entecavir deverão ter seu esquema substituído por TDF

— O uso de interferon está contraindicado durante a gestação. Seu uso deverá ser descontinuado para se introduzir esquema oral com TDF

Resultados que indicam o início do tratamento imediato:

- Gestantes com HBeAg reagente e com idade superior a 30 anos;
- Qualquer HBeAg + CV-HBV > 2.000 UI/ml + valor de ALT acima do nível normal (>19U/L)

O TDF é o único antiviral que tem seu uso recomendado na gestação.

Informações complementares estão disponíveis no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e coinfeções, disponível em <http://www.aids.gov.br/biblioteca>.



Hepatite B

Todas as mulheres que apresentam perfil sorológico HBsAg e HBeAg reagentes têm aumento no risco de transmissão perinatal. Por isso, a terapia profilática com TDF no último trimestre da gestação está indicada.

Para as gestantes que apresentarem o perfil sorológico HBsAg reagente e HBeAg não reagente, mesmo com valores de ALT dentro do LSN, a determinação dos níveis de CV-HBV deverá ser realizada imediatamente e repetida ao final do segundo trimestre da gestação.

A indicação sobre a terapia profilática deverá ser realizada entre a 28ª e a 32ª semana de gestação.

No caso de gestantes que tenham comprovadamente HBsAg reagente e que iniciem tardiamente o pré-natal, ou que não tenham acesso ao resultado da CV-HBV em tempo hábil, será necessário considerar o início da profilaxia com TDF enquanto se aguarda CV-HBV ou até o momento do parto.

Profilaxia com TDF (300mg uma vez ao dia VO) entre 28-32 semanas de gestação:

- Gestante HBeAG reagente e idade menor que 30 anos;

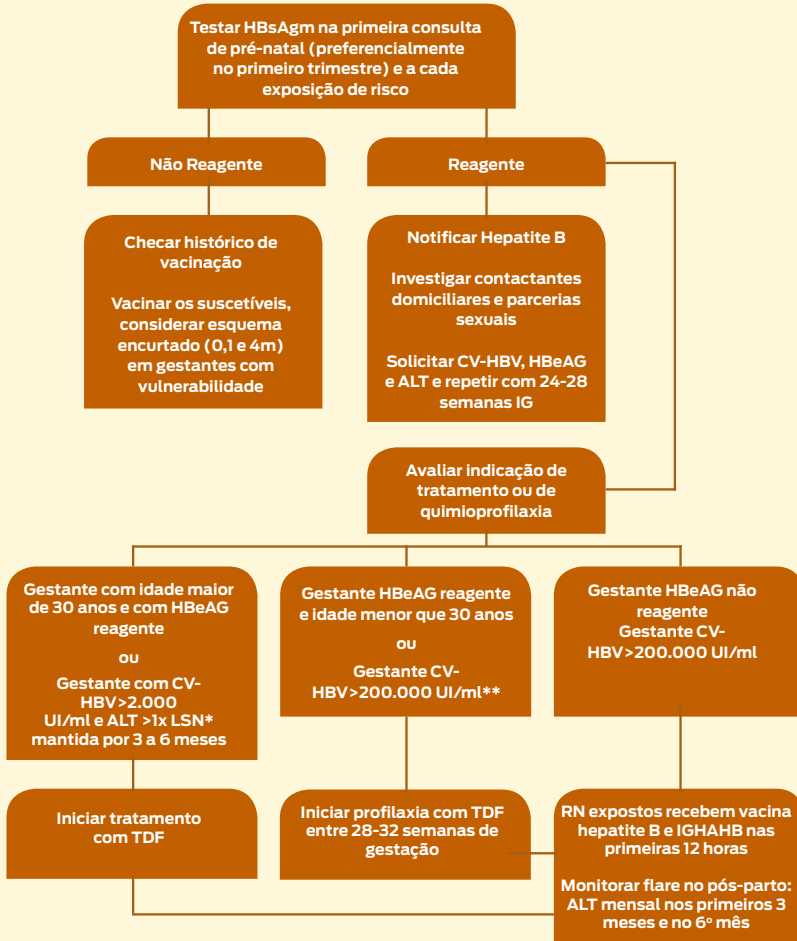
ou

- Gestante CVHBV > 200.000 UI/mL



Hepatite B

Fluxograma de prevenção de TV de hepatite B



*LSN para mulheres = 19 U/L

** Para gestantes que tenham comprovadamente HBsAg reagente e que iniciem tardiamente o pré-natal, ou que não tenham acesso ao resultado da CV-HBV em tempo hábil, será necessário considerar iniciar profilaxia com TDF enquanto se aguarda CV-HBV ou até o momento do parto.

Fonte: PCDT, MS, outubro/2020.



Hepatite B

O marcador que in Se necessário, o início do TDF profilático pode ser realizado no 2º trimestre de gestação, desde que respeitadas as indicações para quimioprofilaxia, na presença de: fatores de risco para trabalho de parto pré-termo, gestação múltipla (gemelar), necessidade de procedimentos fetais invasivos (por exemplo, amniocentese) ou HBV-DNA ≥ 109 UI/mL na primeira dosagem.

Transmissão Vertical

Logo após o nascimento, os recém-nascidos de mulheres com HBV (HBsAg reagente) devem receber imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e a primeira dose do esquema vacinal para HBV. As demais doses serão feitas aos 2, 4 e 6 meses.

São recomendados os seguintes cuidados com os RNs:

- Banho em água corrente ainda na sala de parto, imediatamente após o nascimento. Quando isso não for possível, limpar com compressas macias todo o sangue e secreções visíveis no RN e proceder ao banho em água corrente logo em seguida.
- Aspiração gástrica para a remoção de secreção infectada.
- Aplicação da vacina hepatite B ainda na sala de parto ou, o no máximo nas primeiras 12 horas após o nascimento, na dose de 0,5mL no vasto lateral.

As gestantes que receberam antivirais devem ter as enzimas hepáticas monitoradas durante todo o tratamento.

A suspensão da profilaxia deve ser definida por especialista da rede de referência, preferencialmente entre 1 a 3 meses após o término da gestação.

Gestantes com hepatite B crônica que não estão em uso terapêutico de antiviral ou que suspenderam a quimioprofilaxia com TDF devem ser monitoradas com avaliação mensal de ALT nos primeiros 3 meses, depois no 6º mês; posteriormente manter seguimento de rotina. Tal atenção nos primeiros 6 meses após o parto deve-se ao risco de reativação viral com exacerbação da doença hepática materna.

A imunoprofilaxia combinada de IGHAHB e vacina no RN exposto previne a transmissão perinatal da hepatite B em mais de 90% dos RN.



Hepatite B

Administração da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) ao neonato ainda na sala de parto ou dentro das primeiras 12 a 24 horas de vida, para RN de qualquer peso ou idade gestacional, na dose de 0,5mL no vasto lateral do membro oposto ao da vacina da hepatite B.

Administração concomitantemente à primeira dose da vacina e à IGHAHB em locais de aplicação diferentes.

Na ausência de informações sobre o estado imunológico da mãe, recomenda-se administração de vacina de hepatite B imediatamente na sala de parto, coleta do HBsAg materno e fornecimento de IGHAHB à criança confirmada como exposta dentro dos primeiros sete dias de vida.

Mais informações no “Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais”, disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_crie_.pdf.

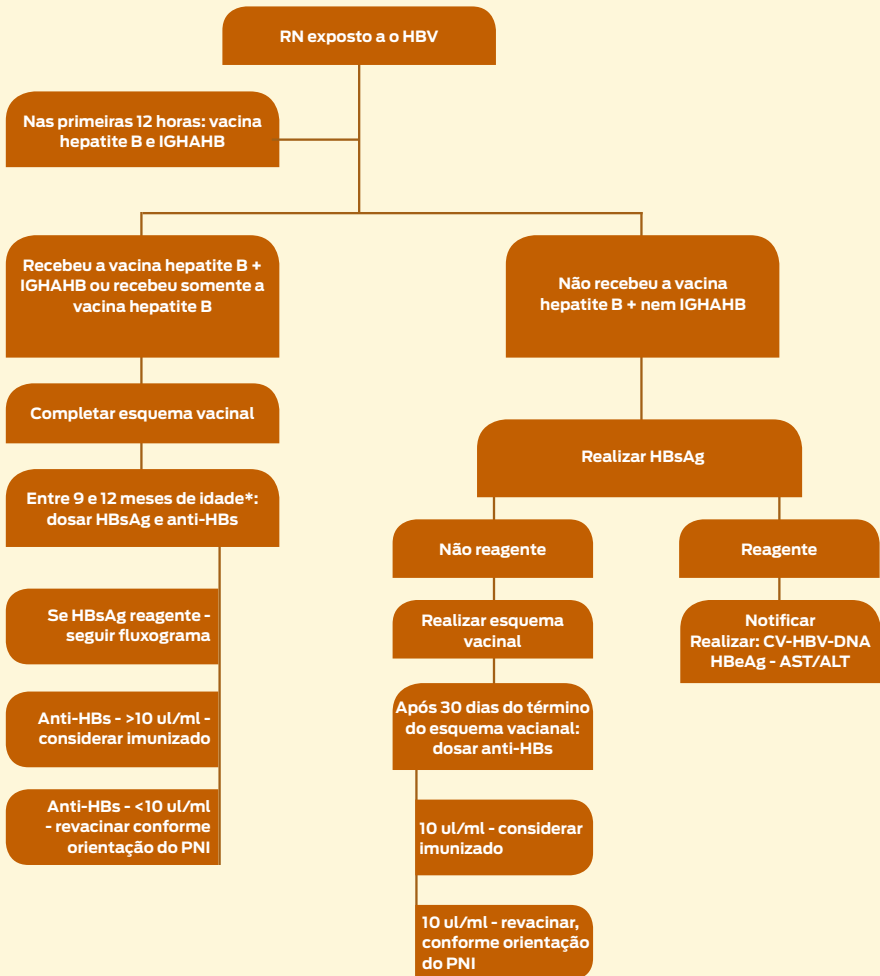
Acompanhamento de crianças expostas ao HVB

O acompanhamento de crianças expostas ao VHB dependerá das ações realizadas no pós-parto, com a administração de IGHAHB e a vacinação. Filhos de mães HBsAg reagente que receberam imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) devem realizar testagem para HBsAg e anti-HBs entre 9-12 meses de idade. Crianças expostas ao HBV que não receberam seguimento adequado, ou que chegam tardiamente ao serviço de saúde e para as quais não há registro da profilaxia para hepatite B após o nascimento, precisam ser investigadas quanto à infecção pelo HBV, conforme descrito no fluxo a seguir:



Hepatite B

Fluxograma de acompanhamento de crianças exposta ao vírus da Hepatite B



Fonte: PCDT, MS, outubro/2020

Para avaliação dos critérios de tratamento da criança com hepatite B, seguir as recomendações contidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e coinfeções, disponível em <http://www.aids.gov.br/biblioteca>.



Hepatite C

Rastreio para hepatite C na gestante

Todas as mulheres gestantes devem ser testadas para HCV na primeira consulta de pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre. O diagnóstico de gestantes portadoras de HCV permite identificar as mulheres e as crianças que precisarão de acompanhamento. Além disso, possibilita tomada de decisões clínicas que podem diminuir a exposição ou o risco da transmissão vertical, como a prática de procedimentos invasivos desnecessários.

Os testes rápidos (anti-HCV) utilizados no diagnóstico da infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) estão disponíveis nas unidades básicas de saúde, nas maternidades e nos serviços especializados no tratamento das hepatites virais.

Quando o anti-HCV for reagente, deve ser solicitado o exame de carga viral do HCV (HCV-RNA) para a confirmação da infecção pelo vírus da hepatite C.

Gestantes com hepatite C

Para as gestantes portadoras de HCV, no início do pré-natal deve ser solicitado dosagens da CV-HCV e testes de função hepática, para avaliação do risco da transmissão vertical e do estadiamento de doença hepática.

A hepatite C tem cura e os medicamentos estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, eles não devem ser utilizados durante a gestação porque são teratogênicos ou não apresentam comprovação de segurança durante a gestação.

O desejável é que mulheres portadoras de HCV tenham uma gestação planejada, realizando o tratamento antes de engravidar e aguardando um período de 6 meses após o término do tratamento.



Hepatite C

Transmissão Vertical (TV do HCV)

Com o objetivo de tentar diminuir os riscos de transmissão vertical, recomenda-se evitar o parto laborioso e tempo de ruptura de membranas maior que seis horas.

Para os recém-nascidos, não há recomendações específicas, mas são sugeridos os seguintes cuidados:

- **Banho em água corrente ainda na sala de parto, imediatamente após o nascimento. Quando isso não for possível, limpar com compressas macias todo o sangue e secreções visíveis no RN e proceder ao banho em água corrente logo em seguida.**
- **Aspiração gástrica para a remoção de secreção infectada.**

Não há evidências de transmissão vertical do HCV pelo aleitamento materno. O alimento é, portanto, recomendado. No entanto, fissuras ou feridas sangrantes na mama podem ser um meio de exposição ao lactente, sendo recomendada a interrupção temporária até cicatrização completa. Bebês que receberam leite de mama lesionada com fluido contendo sangue devem ter acompanhamento laboratorial conforme o fluxograma de acompanhamento de crianças expostas ao vírus da Hepatite C.

Acompanhamento de crianças expostas ao HVC

As crianças que foram expostas ao vírus HCV devem ser acompanhadas.

No período de 3 a 6 meses deve ser solicitado o primeiro exame laboratorial, o teste molecular da Carga viral do vírus C (HCV-HCV).



Hepatite C

Crianças que apresentarem CV-HCV detectável devem ser imediatamente notificadas e encaminhadas ao serviço especializado onde, aos 18 meses, deverá ser solicitado o teste anti-HCV.

Crianças com CV-HCV não detectável devem realizar um teste para a detecção do anti-HCV aos 18 meses de idade para verificar se a possibilidade de infecção foi descartada ou se precisarão de acompanhamento como crianças portadoras do vírus da hepatite C.

Crianças com menos de 18 meses podem apresentar anticorpos da classe IgG sem indicar a presença de infecção, pois anticorpos da classe IgG maternos podem atravessar passivamente a barreira placentária e persistirem na criança até esta idade.

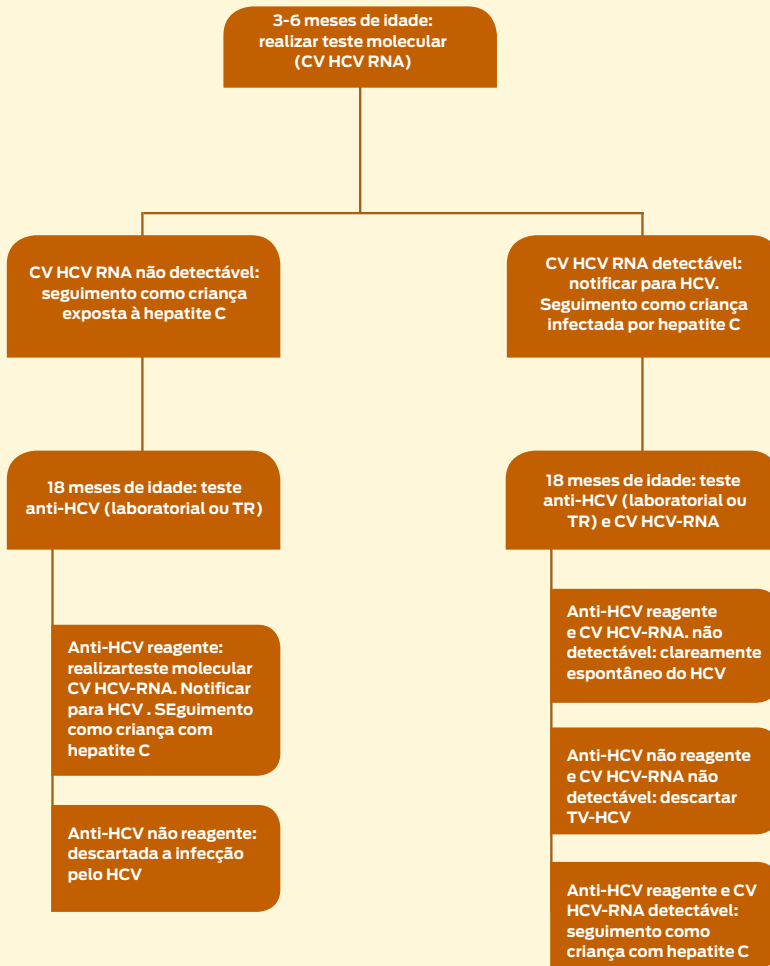
No entanto, a persistência de anti-HCV, após os 18 meses, indica possível contaminação da criança e deve ser confirmada com a realização de carga viral do HCV.

O acompanhamento de crianças portadoras do HCV deve ser feito anualmente com enzimas hepáticas (AST, ALT, GGT, FA) e carga viral de HCV. Caso, tenha alteração das enzimas hepáticas acima de 1,5 vezes o limite superior da normalidade, o tratamento é recomendado após os 3 anos de idade nas crianças com genótipo 1 e após os 4 anos com genótipo 3.



Hepatite C

Fluxograma de acompanhamento de crianças exposta ao vírus da Hepatite C



Fonte: Fonte: PCDT, MS, outubro/2020.



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e coinfeções. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2020.