

**Doenças transmissíveis, onde e como tratar-se, como se faz o controle atualmente.**

**Tuberculose, Hepatites, Sífilis Congênita, HIV**

**Onde se tratar:**

**Secretaria Estadual da Saúde  
Divisão de Controle da Tuberculose em São Paulo  
Divisão de Controle da Tuberculose CVE-SES/SP**

Av. Dr. Arnaldo 351 - 6º andar Cerqueira Cesar - São Paulo/SP

e-mail: [dvtbc@saude.sp.gov.br](mailto:dvtbc@saude.sp.gov.br)

Tel.: (xx11) 3066-8764

3066-8291 3066-8294

Fax/Tel.: (xx11) 3082-2772

**Secretaria Municipal de São Paulo**

**Endereço**

R. Santa Isabel, 181 - Vila Buarque - CEP: 01221-010

Telefones:

Sac Covisa: 3397-8278 / 8279 / 8280

CCZ: 3397-8900 / 8901 / 8955 / 8956

**Ministério da Saúde**

Disque Saúde: 0800-61 1997

Endereço do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais:

SAF Sul Trecho 02, Bloco F, Torre I, Edifício Premium,  
Térreo, Sala 12

CEP: 70.070-600 - Brasília/DF

**Publicações**

» [Guia de Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde - 7ª edição](#)

**Links**

» Programa Nacional de DST e AIDS

SEPN 511 - Bloco C - 70.750-543

Brasília - DF

Tel. (61) 3448-8000

<http://www.aids.gov.br>

» Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos

Ata de registro de preço de medicamentos e correlatos

<http://rnp.saude.gov.br/>

» Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Vinculada ao Ministério da Saúde, a fundação atua na área de tecnologia da saúde, pesquisa, educação, assistência e formulação de estratégias de saúde pública.

<http://www.fiocruz.br>

» Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Site que busca promover a integração das várias profissões e especialidades que participam na profilaxia, investigação epidemiológica, diagnóstico, tratamento e controle das DST.

<http://www.dstbrasil.org.br/>

Conexão Direta

Programa Nacional de DST e AIDS

SEPN 511 - Bloco C - 70.750-543

Brasília - DF

Tel. (61) 3448-8000

<http://www.aids.gov.br>

Para esclarecimento sobre DST e Aids ligue

Disque-Saúde

0800-611997

Disque saúde 0800 61 1997

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Brasília / DF

CEP: 70058-900

## 1 - Tuberculose

A tuberculose é uma infecção contagiosa, potencialmente mortal, causada por uma bactéria que se encontra no ar chamada *Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis* ou *M. africanum*.

O termo tuberculose faz referência à doença mais frequentemente causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, mas que, por vezes, também pode ser devida à ação do *M. bovis* ou do *M. africanum*. Apesar de outras micobactérias provocarem afecções semelhantes à tuberculose, essas infecções não são contagiosas e a maioria delas não responde aos medicamentos que, em contrapartida, se revelam muito eficazes contra a tuberculose.

Os seres humanos padecem de tuberculose desde a Antiguidade.

Ela converteu-se num imenso flagelo na Europa durante a Revolução Industrial, quando as cidades se povoaram de forma exagerada e representou então mais de 30 % dos óbitos.

Com o desenvolvimento do antibiótico estreptomicina nos anos 40, da isoniazida nos anos 50, do etambutol nos anos 60 e da rifampicina nos anos 70, a batalha contra a tuberculose parecia ganhar. Contudo, em meados da década de 80, o número de casos em alguns países começou novamente a aumentar. A SIDA, juntamente com o excesso populacional e as más condições sanitárias de muitas zonas urbanas, os albergues para pessoas sem casa e as prisões, fizeram com que voltasse a ser um problema grave de saúde pública.

Além disso, é particularmente preocupante que algumas variedades de bactérias responsáveis se tenham tornado resistentes aos antibióticos utilizados para tratar a

doença. De qualquer modo, em alguns dos países referidos a incidência da tuberculose está de novo a começar a diminuir.

Esta doença é mais frequente entre as pessoas de idade avançada.

Existem três razões básicas para que se verifiquem mais casos entre os indivíduos de proveta idade:

- 1) muitos foram infectados quando a tuberculose era mais frequente
- 2) com a passagem dos anos, a eficiência do sistema imunitário do organismo reduz-se, o que possibilita que as bactérias inativas sejam reativadas
- 3) os idosos que se encontram em centros de cuidados crónicos têm maior probabilidade de estar mais em contato com adultos da mesma idade, correndo o risco de contrair a doença.

A doença é em parte devida a condições de maior pobreza e de salubridade deficiente e, em parte, à forma como evoluiu a tuberculose.

Durante milhares de anos, a tuberculose cobrou um preço muito elevado na Europa, que era povoada principalmente por brancos, os mais resistentes à doença conseguiram sobreviver e reproduzir-se.

Como consequência, essas pessoas transmitiram os genes da resistência à tuberculose às gerações seguintes.

Pelo contrário, deve assinalar-se que entre os grupos étnicos que contraíram a doença numa época relativamente recente (como se tem observado, por exemplo, na população de etnia negra americana que foi contagiada pela primeira vez à sua chegada ao novo continente) a incidência da tuberculose é maior, dado que tiveram muito menos tempo para desenvolver genes resistentes e transmiti-los à sua descendência.

### Como se desenvolve a infecção

Atualmente nos países desenvolvidos, a tuberculose só se transmite inalando ar contaminado com *Mycobacterium tuberculosis* num ambiente fechado.

Para que o ar se contamine, uma pessoa com tuberculose ativa terá de expelir as bactérias com a tosse e estas poderão permanecer no ar durante várias horas.

No entanto, um feto pode adquirir tuberculose através da mãe, antes ou durante o nascimento, por respirar ou engolir líquido amniótico infectado, e um lactente pode contrair a doença, depois de nascer, ao respirar ar que contenha gotículas infectadas.

Nos países em vias de desenvolvimento, as crianças podem infectar-se com outra micobactéria que cause tuberculose.

Este organismo, chamado *Mycobacterium bovis*, pode ser transmitido através do leite não pasteurizado.

O sistema imunitário de uma pessoa afetada com tuberculose destrói habitualmente as bactérias ou então encerra-as no local da infecção.

De fato, cerca de 90 % a 95 % de todas as infecções por tuberculose saram sem que a pessoa sequer o note.

Todavia, por vezes as bactérias não são destruídas, antes permanecendo inativas dentro de determinados glóbulos brancos (chamados macrófagos) durante muitos anos. Aproximadamente 80 % das infecções tuberculosas são causadas pela ativação de bactérias inativas.

As bactérias que vivem nas cicatrizes que a infecção inicial deixa (localizadas geralmente na parte superior de um ou de ambos os pulmões) podem começar a multiplicar-se. A ativação de bactérias inativas pode ter lugar quando o sistema imunitário do indivíduo não funciona bem (por exemplo, em virtude da SIDA, do uso de corticosteróides ou da idade avançada), caso em que a afecção pode pôr a sua vida em perigo.

Geralmente uma pessoa infectada com tuberculose tem uns 5 % de probabilidades de vir a desenvolver uma infecção ativa num período de um a dois anos. A eclosão da tuberculose varia em grande medida de pessoa para pessoa, dependendo de diversos fatores, como a origem étnica.

Contudo, o índice de progressão depende, em particular, da força do sistema imunológico do indivíduo. Por exemplo, a progressão de uma infecção ativa é muito mais provável e rápida nos doentes com SIDA.

Um doente com SIDA que aparece infectado com tuberculose tem 50 % de probabilidades de desenvolver uma doença ativa antes de dois meses. Se as bactérias que causam a infecção tuberculosa se tornam resistentes aos antibióticos, uma pessoa com SIDA e tuberculose tem 50 % de probabilidades de morrer num lapso de tempo de dois meses.

A tuberculose ativa começa habitualmente nos pulmões (tuberculose pulmonar). A tuberculose que afeta outras partes do organismo (tuberculose extrapulmonar) costuma provir de uma infecção tuberculosa pulmonar que se disseminou através do sangue. Como no caso dos pulmões, a infecção pode não causar doença, dado que as bactérias podem permanecer inativas acantonadas numa pequena cicatriz.

### Sintomas e complicações

De início, uma pessoa infectada pode simplesmente não se sentir bem ou ter uma tosse que é atribuída ao tabaco ou a um episódio recente de gripe. A tosse pode produzir uma pequena quantidade de expectoração verde ou amarela pela manhã. A quantidade de expectoração aumenta habitualmente à medida que a doença progride. Finalmente, a expectoração pode surgir raiada de sangue, embora não seja frequente encontrá-lo em grandes quantidades.

Um dos sintomas mais frequentes é o fato de se acordar durante a noite empapado num suor frio que obriga a pessoa a mudar de roupa ou mesmo a trocar de lençóis. Este suor é devido à descida da ligeira febre de que o doente se não apercebe.

A dificuldade em respirar pode indicar a presença de ar (pneumotórax) ou líquido (derrame pleural) no espaço da pleura.

Cerca de um terço das infecções que se declaram fazem-no sob a forma de derrame pleural. Aproximadamente 95 % dos derrames pleurais que afetam os adultos jovens são causados por uma infecção recente por *Mycobacterium tuberculosis*.

Em geral torna-se difícil estabelecer o diagnóstico, mas os médicos experientes sabem que a referida situação deve ser tratada como tuberculose porque, caso contrário, cerca de metade das infecções acabariam por se converter numa verdadeira tuberculose do pulmão ou de outro órgão.

Numa primoinfecção tuberculosa as bactérias transferem-se da lesão do pulmão para os gânglios linfáticos que drenam esse órgão. Se as defesas naturais do organismo

puderem controlar a infecção, esta não prossegue o seu avanço e as bactérias são inativadas.

Contudo, nas crianças, os gânglios linfáticos podem aumentar de volume e comprimir os brônquios, causando uma tosse metálica e até, possivelmente, um colapso pulmonar.

Ocasionalmente as bactérias disseminam-se pelos canais linfáticos até formar um grupo compacto (massa) de gânglios no pescoço. Estes gânglios linfáticos podem rebentar, romper a pele e deixar sair o pus através dessa abertura.

A tuberculose pode afetar outros órgãos do corpo além dos pulmões, numa doença denominada tuberculose extrapulmonar. Os rins e os ossos são provavelmente os locais onde mais frequentemente se desenvolve a tuberculose extrapulmonar.

A tuberculose dos rins pode determinar poucos sintomas, mas a infecção é capaz de destruir parte desses órgãos. A partir daí, a tuberculose pode propagar-se para a bexiga, mas, diferentemente de outras infecções vesicais, pode não provocar muitos sintomas.

Nos homens, a infecção também se pode propagar à próstata, às vesículas seminais e ao epidídimo, formando uma tumefacção no escroto. Nas mulheres, a tuberculose pode cicatrizar os ovários e as trompas de Falópio, provocando esterilidade. A partir dos ovários, a infecção pode propagar-se ao peritoneu (a membrana que reveste a cavidade abdominal). Os sintomas desta doença, chamada peritonite tuberculosa, podem variar desde a fadiga e queixas de estômago ligeiras com alguma dor à palpação até uma dor intensa parecida com a da apendicite.

A infecção pode propagar-se até uma articulação, causando artrite tuberculosa. A articulação fica inflamada e dói. As mais frequentemente afetadas são as que suportam mais peso (as ancas e os joelhos), mas os ossos do pulso, da mão e do cotovelo também podem ser lesados.

A tuberculose pode infectar a pele, os intestinos e as glândulas supra-renais.

Registaram-se mesmo casos em que a infecção se localizou na parede da aorta (a principal artéria do corpo), causando a sua ruptura.

Quando a tuberculose se propaga ao pericárdio (o saco membranso que rodeia o coração), este dilata-se em virtude da presença de líquido, uma doença conhecida como pericardite tuberculosa. Este líquido pode afetar o bombear de sangue por parte do coração.

Os sintomas são febre, dilatação das veias do pescoço e dificuldade em respirar.

Uma infecção tuberculosa localizada na base do cérebro (meningite tuberculosa) é extremamente perigosa.

Em alguns países desenvolvidos, a meningite tuberculosa é, atualmente, mais frequente entre as pessoas de idade avançada.

Nos países em vias de desenvolvimento, é mais frequente entre as crianças, desde a nascença até aos 5 anos.

Os sintomas da meningite tuberculosa são febre, dor de cabeça constante, náuseas e sonolência que pode acabar em coma.

A nuca costuma estar tão rígida que o queixo não consegue tocar no peito. Quanto mais se atrasar o tratamento, mais probabilidades há de que ocorram danos

cerebrais irreparáveis. Por vezes, enquanto a pessoa afetada de meningite tuberculosa melhora, pode ter-se formado no cérebro uma massa semelhante a um tumor chamada tuberculoma.

Este pode provocar sintomas como fraqueza muscular, semelhante à causada por um acidente vascular cerebral, e é possível que tenha de ser extirpado cirurgicamente.

### A tuberculose miliar

Quando um grande número de bactérias se dissemina por todo o corpo através da corrente sanguínea, pode produzir-se uma variedade de tuberculose que põe a vida em perigo. Esta infecção recebe o nome de tuberculose miliar devido aos milhões de pequenas lesões do tamanho de um grão de alpista, as pequenas sementes arredondadas que as aves silvestres comem.

Os sintomas da tuberculose miliar podem ser muito difusos e difíceis de identificar; entre eles figuram a perda de peso, febre, arrepios, fraqueza, mal-estar geral e dificuldade em respirar. Se a medula óssea for afetada, é possível que a pessoa tenha uma anemia intensa e outras anomalias do sangue, que sugerem a presença de leucemia. Uma libertação intermitente de bactérias para a corrente sanguínea a partir de uma lesão oculta pode causar febre intermitente, com um enfraquecimento gradual do organismo.

### Tuberculose miliar

Nas crianças as bactérias podem infectar a coluna (as vértebras) e as extremidades dos ossos compridos dos braços e das pernas. Se as vértebras forem afetadas, surge dor. Como nestes casos as radiografias da coluna podem ser normais, é possível que seja necessário utilizar outras técnicas, como a tomografia axial computadorizada (TAC) ou a ressonância magnética (RM). Se a doença não receber tratamento, uma ou duas vértebras podem achatam-se e causar paralisia nas pernas.

Nos países em vias de desenvolvimento, as bactérias da tuberculose podem ser transmitidas através de leite contaminado e instalar-se nos gânglios linfáticos do pescoço ou então no intestino delgado. Dado que a membrana mucosa do tubo digestivo é resistente às bactérias, só se verificará uma infecção se um grande número destas permanecerem no intestino delgado durante muito tempo ou se o sistema imunitário for deficiente. A tuberculose intestinal pode não causar nenhum sintoma, mas antes provocar um crescimento anormal de tecido na zona infectada, que assim pode confundir-se com um tumor.

### Diagnóstico

Em geral, o primeiro indício de tuberculose é uma radiografia do tórax anormal, efetuada no contexto de uma avaliação para diagnosticar uma doença com sintomas muito vagos. Na radiografia, a doença manifesta-se como zonas brancas irregulares que contrastam com o fundo normalmente escuro, embora outras infecções e o cancro possam dar as mesmas imagens. Também pode revelar a presença de derrame pleural ou mesmo um aumento da silhueta do coração (pericardite).

O diagnóstico depende dos resultados da prova cutânea da tuberculina e do exame da expectoração, no qual se pesquisa o *Mycobacterium tuberculosis*.

Apesar de a prova da tuberculina ser uma das mais úteis no momento de diagnosticar a doença, ela só indica que houve uma infecção pela referida bactéria em algum momento do passado. Não indica se a infecção se encontra ativa na atualidade, nem se em algum local do organismo há bactérias tuberculosas vivas.

## Prova de tuberculina

A prova cutânea da tuberculina efetua-se injetando uma pequena quantidade de proteína derivada das bactérias da tuberculose entre as camadas da pele, geralmente no antebraço. Por vezes, injeta-se uma substância de controlo noutra parte, que contenha algum elemento perante o qual os indivíduos geralmente reajam, como leveduras ou fungos.

Aproximadamente dois dias depois observa-se o local da injeção: o inchaço e a vermelhidão indicam um resultado positivo. Se uma pessoa não reagir à substância de controlo, é possível que o seu sistema imunitário não esteja a funcionar de forma adequada. Nesse caso, um resultado negativo de uma prova cutânea da tuberculina poderá ser incorreto (falso negativo). As pessoas afetadas de tuberculose grave e cujo sistema imunitário seja deficiente também poderão fornecer falsos resultados negativos ao serem submetidas a esta prova.

Para se certificar do diagnóstico, o médico tem de obter uma amostra de expectoração, líquido infectado ou tecido para a analisar no laboratório. É possível utilizar uma agulha para se obter uma amostra de líquido do peito, do abdómen, de uma articulação ou do saco que rodeia o coração. Para obter uma pequena porção de tecido infectado, provavelmente será necessário recorrer a um procedimento de pequena cirurgia denominado biópsia. A expectoração pode constituir uma amostra pulmonar adequada; caso contrário, o médico pode utilizar um instrumento chamado broncoscópio para inspecionar os canais brônquicos e obter amostras de muco ou de tecido pulmonar.

Provavelmente será necessário efetuar uma punção da coluna vertebral para obter uma amostra de líquido da espinal medula (líquido cefalorraquidiano), com o objetivo de procurar confirmação de uma meningite tuberculosa, uma infecção das membranas que cobrem o cérebro e a espinal medula. A amostra de líquido é enviada a um laboratório que disponha do equipamento necessário para efetuar uma análise chamada «reação em cadeia da polimerase» (PCR). Apesar de o médico poder contar com os resultados das análises rapidamente, costuma-se administrar antibióticos face à mais leve suspeita de meningite tuberculosa, com a finalidade de evitar a morte do doente e reduzir ao mínimo o dano cerebral.

O exame dos rins à procura de tuberculose é consideravelmente mais difícil do que no setor pulmonar.

Para a análise de PCR pode utilizar-se uma amostra de urina, mas é possível que sejam necessários outros exames para determinar qual o dano que a doença já causou.

Por exemplo, o médico pode usar uma técnica radiológica na qual se injeta um contraste. O referido contraste delimita o contorno dos rins na radiografia e revela qualquer massa ou cavidade anormal que possa ser causada pela tuberculose. Em certos casos, o médico utiliza uma agulha para obter uma amostra do tecido de uma massa. A amostra é examinada ao microscópio para distinguir se se trata de um tumor ou de tuberculose.

Para confirmar a tuberculose dos órgãos reprodutores femininos, o médico pode examinar a pelve com um tubo que possui uma lâmpada numa das suas extremidades (laparoscópio). Por vezes, a doença pode ser descoberta através de um exame ao microscópio de amostras colhidas na parte interna do útero.

Em alguns casos, necessita-se de uma amostra de tecido do fígado, de um gânglio linfático ou da medula óssea. Apesar de, em geral, ser possível obter essas amostras mediante uma agulha, pode ser às vezes necessário recorrer à cirurgia.

## Tratamento

Em quase todas as situações os antibióticos curam mesmo os casos mais avançados de tuberculose. Os antibióticos que se podem utilizar são cinco e a sua eficácia é tal que uma só bactéria em cada milhão escapa ao seu efeito. Como uma infecção de tuberculose pulmonar ativa costuma conter 1000 milhões de bactérias ou mais, qualquer fármaco que se administrasse isoladamente deixaria mil microrganismos totalmente resistentes à sua acção.

Como consequência, é necessário administrar pelo menos dois fármacos com mecanismos de acção diferentes que, associados, possam destruir virtualmente todas as bactérias. O tratamento deve continuar inclusivamente muito depois de o doente se sentir completamente bem, porque leva muito tempo até conseguir eliminar aquelas bactérias de crescimento lento e reduzir a possibilidade de recaída quase a zero.

Os antibióticos mais frequentemente utilizados são:

- Isoniazida
- Rifampicina
- Pirazinamida
- Estreptomina
- Etambutol.

Os três primeiros fármacos podem estar contidos no mesmo comprimido. Isso reduz o número de comprimidos que o doente tem de tomar diariamente e assegura o cumprimento adequado da terapêutica.

Os antibióticos isoniazida, rifampicina e pirazinamida podem causar náuseas e vômitos como resultado do seu efeito sobre o fígado. Nos casos em que se verifiquem efetivamente náuseas e vômitos, os medicamentos devem deixar de ser administrados até que se possam fazer análises da função hepática.

Se os resultados mostrarem uma reacção apenas a um deles, em regra costuma encontrar-se um substituto satisfatório para poder completar o tratamento.

O etambutol começa a ser aplicado numa dose relativamente elevada para ajudar a reduzir rapidamente o número de bactérias. A dose é reduzida ao cabo de dois meses, com o fim de evitar efeitos colaterais prejudiciais para os olhos.

A estreptomina foi o primeiro fármaco considerado eficaz contra a tuberculose; deve, porém, ser administrada por injeção. Apesar de continuar a ser um medicamento muito eficaz contra as infecções avançadas, pode afetar o sentido do equilíbrio e a audição se for administrado em grandes doses ou durante mais de três meses.

Atualmente quase nunca é necessário extrair cirurgicamente uma parte do pulmão, desde que o doente siga rigorosamente o esquema de tratamento.

No entanto, em certos casos, é preciso recorrer à cirurgia para drenar o pus de onde ele se tiver acumulado e ocasionalmente para corrigir uma deformação da coluna causada pela tuberculose.

## Prevenção

Existem várias formas de prevenir a tuberculose. Por exemplo, pode utilizar-se a luz ultravioleta, pelo seu poder germicida, naqueles sítios onde pessoas diversas com afecções distintas possam ter de estar sentadas juntas durante várias horas, como nos hospitais ou nas salas de espera dos serviços de urgência. Aquela luz destrói as bactérias que se encontrem no ar.

O fármaco isoniazida é muito eficaz quando se aplica a indivíduos com elevado risco de desenvolver tuberculose. Entre eles encontram-se aqueles que tenham estado em contato íntimo com alguém afetado pela doença, como, por exemplo, os trabalhadores da saúde cujas provas cutâneas à tuberculina se tenham tornado positivas (quando antes eram negativas) e cujas radiografias não revelem nenhuma doença.

Isso significa que existe uma infecção recente que ainda se não desenvolveu por completo; ela pode ser curada tomando isoniazida diariamente durante 6 a 9 meses. Estudos recentes demonstraram que cerca de 10 % das pessoas com infecções recentes desenvolvem tuberculose se não for aplicado tratamento, qualquer que seja a sua idade.

O benefício da terapêutica preventiva é evidente nas pessoas com menos de 25 anos que reajam face à prova cutânea da tuberculina, dado que existe a possibilidade de que aquela infecção seja recente e possa ser curada facilmente antes que progrida.

Os benefícios do tratamento preventivo em adultos com mais de 25 anos é difícil de demonstrar.

O risco de toxicidade pelos antibióticos pode ser maior do que o risco de desenvolver tuberculose, excepto quando a reacção é o resultado provável de uma infecção recente.

Um indivíduo que tenha tido um resultado positivo na prova cutânea da tuberculina e, além disso, se infecte com o vírus da imunodeficiência humana (VIH, o vírus causador da SIDA) corre um risco muito elevado de desenvolver uma infecção ativa; como consequência, administra-se-lhe isoniazida durante o maior tempo possível, para evitar o desenvolvimento da tuberculose.

As pessoas infectadas com o VIH que não reajam à prova cutânea da tuberculina, mas que tenham um risco considerável de entrar em contato com pessoas com tuberculose ativa, devem também receber isoniazida. Este tratamento preventivo revela-se eficaz para eliminar as bactérias tuberculosas.

As pessoas com tuberculose pulmonar que estejam a receber tratamento não precisam de estar isoladas durante mais do que alguns dias, porque os fármacos reduzem rapidamente a capacidade infectante das bactérias.

De qualquer modo, os indivíduos que tosse e não tomam a sua medicação corretamente podem necessitar de um isolamento mais prolongado para que não transmitam a doença. Um doente costuma deixar de ser contagioso ao fim de 10 a 14 dias de tratamento farmacológico.

Contudo, se uma pessoa trabalha com outras muito expostas à doença, como os pacientes com SIDA ou as crianças pequenas, o médico pode necessitar de repetir as análises de uma amostra de expectoração para determinar quando já não existe perigo de transmissão da infecção.

Nos países em vias de desenvolvimento aplica-se uma vacina chamada BCG para evitar a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A sua eficácia é duvidosa e só se utiliza nos países em que a probabilidade de contrair tuberculose é muito elevada.

### Doenças semelhantes à tuberculose

Existem vários tipos de micobactérias. Algumas são semelhantes às que causam a tuberculose; de fato, podem provocar infecções com muitos dos sintomas da doença em questão. Apesar de estas micobactérias serem comuns, em geral só causam infecção nas pessoas com um sistema imunitário debilitado.

As bactérias infetam principalmente os pulmões, mas também podem atacar os gânglios linfáticos, os ossos, a pele e outros tecidos.

As mais habituais são um grupo de micobactérias conhecidas como o complexo *Mycobacterium avium*. Estas micobactérias são muito resistentes à maioria dos antibióticos, incluindo os utilizados para tratar a tuberculose. As infecções causadas por estas bactérias não são contagiosas.

A infecção pulmonar causada pelo complexo *Mycobacterium avium* ocorre nas pessoas de meia-idade cujos pulmões tenham sido danificados por um tabagismo prolongado, uma infecção tuberculosa antiga, bronquite, enfisema ou outras doenças. Todavia a infecção por esta micobactéria é particularmente comum entre os doentes com SIDA.

A infecção costuma desenvolver-se lentamente.

Os primeiros sintomas são tosse e expectoração com muco.

À medida que a infecção avança, o indivíduo pode cuspir sangue regularmente e ter dificuldade em respirar.

Uma radiografia do tórax pode revelar a infecção. No entanto, é necessário analisar no laboratório uma amostra de expectoração do indivíduo afetado para poder distinguir esta infecção da tuberculose. O tratamento com antibióticos não costuma ser eficaz, nem mesmo quando se associam vários fármacos.

De qualquer modo, dentro de muito pouco tempo disporíamos de novos medicamentos capazes de atrasar a progressão destas infecções nas pessoas de idade avançada. Os casos ligeiros em pessoas que não estejam doentes com SIDA podem curar-se sem tratamento.

Nos doentes com SIDA ou outras afecções que debilitam o sistema imunológico, o complexo *Mycobacterium avium* pode disseminar-se por todo o corpo. Os sintomas são febre, anemia, perturbações sanguíneas, diarreia e dor de estômago. Apesar de os antibióticos poderem aliviar temporariamente os sintomas, a infecção costuma ser mortal, a menos que a resposta imunológica do organismo melhore.

A infecção dos gânglios linfáticos causada pelo complexo *Mycobacterium avium* pode verificar-se nas crianças, geralmente entre 0 e 5 anos de idade.

Ela ocorre habitualmente por se comer terra ou beber água contaminadas pelas micobactérias. Os antibióticos não curam normalmente a infecção, mas os gânglios linfáticos infectados devem ser extirpados mediante cirurgia.

Outras micobactérias crescem nas piscinas e até mesmo nos aquários domésticos e podem originar perturbações cutâneas.

Estas infecções podem desaparecer sem tratamento.

No entanto, as pessoas com infecções crônicas costumam necessitar de tratamento com tetraciclinas ou outro antibiótico durante 3 a 6 meses.

Outra variedade de micobactéria, o *Mycobacterium fortuitum*, pode infectar as feridas e as partes artificiais do corpo humano, tais como uma válvula cardíaca mecânica ou um implante mamário.

Os antibióticos e a excisão cirúrgica das áreas infectadas curam habitualmente a infecção.

<b>Tuberculose: uma doença de vários órgãos</b>	
Localização da infecção	Sintomas ou complicações
Cavidade abdominal	Fadiga, ligeira dor ao tato, dor semelhante à da apendicite.
Bexiga	Micção dolorosa.
Cérebro	Febre, dor de cabeça, náuseas, sonolência, comprometimento cerebral que degenera em coma.
Pericárdio (saco membranoso que envolve o coração)	Febre, dilatação das veias do pescoço, dificuldade respiratória
Articulações	Sintomas semelhantes à artrite.
Rim	Comprometimento renal, infecção em torno do rim.
Órgãos reprodutores: Homens Mulheres	Volume no escroto. Esterilidade.
Coluna	Dor, possível ruptura de vértebras e paralisia das pernas.

Fonte: <http://www.manualmerck.net>

## Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada por uma bactéria chamada “bacilo de Koch”.

A transmissão ocorre através do ar. Enfermos não tratados costumam eliminar grande quantidade de bactérias no ar ambiente tossindo, falando ou espirrando.

Estes micróbios podem ser inspirados por pessoas saudáveis, levando ao adoecimento.

Os principais sintomas são tosse (por mais de 15 dias), febre (mais comumente ao entardecer), suores noturnos, falta de apetite, emagrecimento e cansaço fácil.

Além do pulmão, a doença pode ocorrer em outros órgãos como as meninges (meningite), ossos, rins e etc.

Caso a pessoa apresente estes sintomas deve procurar o Posto de Saúde mais próximo de sua casa para ser examinado pelo médico.

Para confirmar se o paciente realmente tem tuberculose, o médico poderá solicitar uma radiografia do tórax (“chapa” do pulmão) e o exame do escarro (baciloscopia).

A doença é curável através de tratamento com remédios fornecidos gratuitamente nos Postos de Saúde.

É muito importante que os pacientes com tuberculose não interrompam seu tratamento, para evitar o surgimento de micróbios resistentes aos remédios e o adoecimento de novas pessoas.

(Fonte: <http://www.saude.rj.gov.br>, <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/tuberculose/>)

## 2 - O que é tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que atinge principalmente os pulmões. Ela existe desde a antiguidade e até em múmias do antigo Egito foram encontradas lesões características da TB. Mas só em 1882 o médico alemão Robert Koch conseguiu identificar o tipo de micróbio que causa esta doença.

O micróbio responsável pela tuberculose é uma bactéria em forma de pequenos bastões. Seu nome científico é *Mycobacterium tuberculosis*, mas popularmente, é conhecida e chamada de Bacilo de Koch (B.K.), em homenagem ao seu descobridor.

Na maioria dos casos, as lesões da TB se localizam nos pulmões, mas a doença também pode ocorrer nos gânglios, rins, ossos, meninges ou outros locais do organismo.

(Fonte: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve\\_tb.html](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_tb.html))

### Apresentação

O programa de controle de tuberculose é uma das divisões que compõe o Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo, funcionando como tal desde 1975.

É responsável pela coordenação das atividades de controle da tuberculose no estado tais como: monitoramento e avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais gerados por um sistema de notificação e acompanhamento de casos (EPI-TB), previsão de medicamentos e outros insumos, treinamentos e assessoria aos municípios.

O programa atua junto aos municípios que são responsáveis, pela assistência ao paciente, distribuição de medicamentos, descoberta de casos, garantia do tratamento supervisionado, relação direta com população e as organizações da sociedade civil, além das ações de vigilância epidemiológica.

(Fonte: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve\\_tb.html](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_tb.html))

## 3 - Saiba tudo sobre a tuberculose

É uma doença contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch). Este Bacilo tem preferência pelo pulmão e pode levar o indivíduo a uma doença muito grave, se ele não se tratar.

No Município de São Paulo, o número de casos novos de tuberculose descobertos anualmente varia entre 6.000 e 7.000.

Morrem cerca de 500 doentes de tuberculose por ano, a maioria na faixa etária de 30 e 39 anos.

#### Sintomas:

- Tosse e escarro por mais de três semanas;
- Falta de apetite;
- Emagrecimento;
- Dor no peito;
- Suores noturnos;
- Cansaço fácil;
- Febre baixa, geralmente no fim da tarde.

#### Transmissão:

O doente com tuberculose pulmonar contamina o ar através dos bacilos lançados pela tosse, que podem ser aspirados por outras pessoas.

#### Têm maior risco de adoecer:

Pessoas que vivem com doente de tuberculose pulmonar, especialmente se este doente estiver sem tratamento. Este risco aumenta quando o doente mora em lugares fechados, pouco ventilados e ensolarados;

Pessoas que vivem em condições de alimentação e saúde precárias.

**Atenção: Pessoas que têm tosse por três semanas ou mais, devem procurar imediatamente uma Unidade de Saúde. Pode ser tuberculose!**

(Fonte:

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agrivos/tuberculose/index.php?p=6316](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/tuberculose/index.php?p=6316))

#### Aprenda a evitar a tuberculose

A tosse é o principal sintoma e se manifesta em 98% dos doentes de tuberculose pulmonar.

Aos primeiros sintomas, procure um serviço de saúde. Quanto mais rápido for feito o diagnóstico, menor será a chance de contaminação das pessoas da família.

As condições de habitação são importantes para diminuir o contágio. Mantenha a casa limpa, ventilada e deixe o sol entrar.

Uma boa nutrição diminui o risco de adoecimento e aumenta a possibilidade de cura. Procure alimentar-se bem.

Em caso de dúvida procure o serviço de saúde mais próximo de sua residência.

#### Tratamento:

O tratamento da Tuberculose deve ser feito por 6 meses, no mínimo. No primeiro mês, a pessoa já se sente muito melhor e tende a parar o tratamento. Isto NÃO pode ser feito, pois os sintomas voltarão e o bacilo pode ficar resistente aos antibióticos usados. O tratamento NÃO pode ser interrompido. Com um tratamento regular, o doente tem 95% de chance de ser curado. Procure se informar.

## Vacinação:

A vacina BCG intradérmica é uma medida de proteção individual de grande valor. Ela protege parcialmente contra a doença, evitando as formas graves. Deve ser aplicada em todas as crianças a partir do nascimento.

## Diagnóstico:

Para confirmar uma tuberculose pulmonar você precisa fazer um exame de escarro. Às vezes é necessário fazer cultura desse escarro e radiografia de tórax.

Atenção: Quando um tratamento de tuberculose é interrompido ou não é completado, os bacilos que estão no pulmão da pessoa podem sobreviver, voltar a multiplicar-se ou causar uma forma muito mais grave da doença conhecida como tuberculose resistente. Nesse caso a pessoa poderá adoecer novamente e contaminar outras pessoas.

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agravos/tuberculose/index.php?p=6320](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/tuberculose/index.php?p=6320)

Dados estatísticos da Tuberculose na cidade de São Paulo, saiba mais em

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim\\_TB2009\\_1272468156.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/boletim_TB2009_1272468156.pdf)

Relação de unidades de saúde com programa de controle da tuberculose por supervisões técnicas de saúde;

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/RELACAO\\_ENDERECOS\\_SUVIS\\_TB\\_1280953854.xls](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/RELACAO_ENDERECOS_SUVIS_TB_1280953854.xls)

## 4 - Hepatites

### São Paulo: diagnóstico de hepatite cresce 57%

Maioria dos casos é do tipo C, o mais perigoso, pelo risco aumentado de evolução para cirrose

Mariana Lenharo - Jornal da Tarde

SÃO PAULO - A capital teve um aumento de 56,9% no número de diagnósticos de hepatites virais em cinco anos, segundo dados do Ambulatório de Hepatites do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT-DST/Aids), ligado à Secretaria Estadual de Saúde. Em 2004, quando a unidade iniciou suas atividades, foram identificados 388 casos da doença, número que pulou para 609 em 2009 - ano do último dado consolidado disponível.

### Veja também:

«Revista ''Lancet'' traça perfil da saúde do País ([http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20110510/not\\_imp717092,0.php](http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20110510/not_imp717092,0.php))

Tanto em homens como em mulheres diagnosticados com hepatite, o tipo C foi o mais prevalente na amostra do CRT, justamente a forma mais perigosa da doença - já que está mais associada à evolução para quadros de cirrose, segundo os especialistas. O contato com sangue contaminado é a forma mais comum de transmissão - um alicate de unha não esterilizado, por exemplo, pode transmitir. Entre os pacientes do sexo masculino contaminados, 51,8% eram portadores do tipo C, índice que chegou a 69,8% na população feminina.

## A doença

### O que é

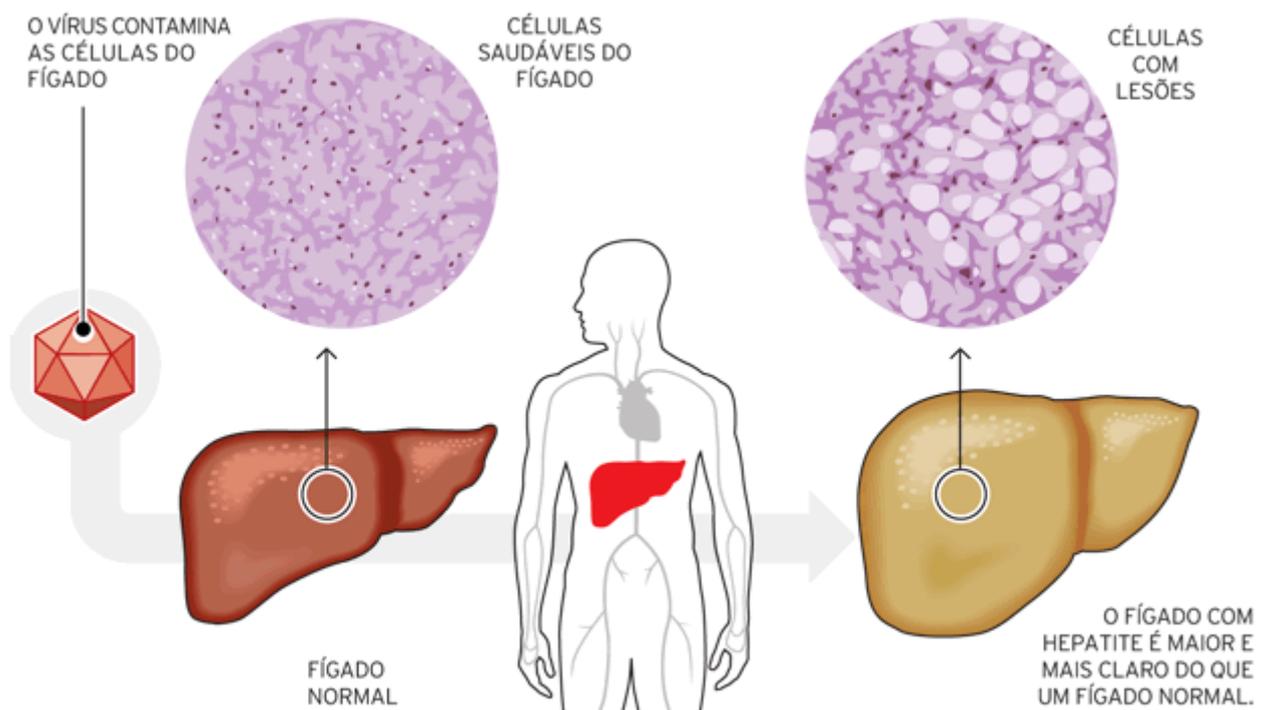
Toda e qualquer inflamação do fígado. Pode ser causada:

- Por vírus de hepatite (A, B, C, Delta e E)
- Medicamentos
- Uso de álcool
- Substâncias químicas

### Os tipos mais comuns

	CONTÁGIO	TRATAMENTO
<b>Hepatite A</b>	Por via oral, principalmente água contaminada	É curada naturalmente pelo organismo em duas ou três semanas em 99% dos casos
<b>Hepatite B</b>	Principalmente por contato sexual, mas pode ser pelo sangue (seringas não esterilizadas)	Desaparece naturalmente em 50% dos casos. Nos outros 50%, torna-se crônica
<b>Hepatite C</b>	Pelo sangue, quase sempre, mas pode ocorrer por contato sexual	Não existe vacina e, em 80% dos casos, se torna crônica

### Como ocorre



Infográfico/AE

No caso do tipo B, de contágio prioritariamente sexual, a proporção de infectados entre os homens é quase o dobro em relação às mulheres: 33,1% dos pacientes masculinos diagnosticados com hepatite tinham essa variante da doença, ante 18,1% das mulheres. Mas já é possível, via Sistema Único de Saúde (SUS), se vacinar contra o tipo B (veja ao lado), possibilidade que não existe para o subtipo C.

No total, o CRT diagnosticou 4.164 casos de hepatites virais, sendo que a doença se mostrou predominante no público masculino, que responde por quase 70% dos casos. Para o hepatologista Fernando Pandullo, do Hospital Israelita Albert Einstein, isso pode ser resultado da maior exposição masculina à atividade sexual desprotegida, uso de drogas e riscos de ferimentos - formas de contaminação associadas à doença.

Segundo Pandullo, a hepatite é uma doença geralmente esquecida pela população. "A maioria das pessoas tem medo de morrer do coração ou de câncer, mas esquece de quadros crônicas como a hepatite e não pede para os médicos pesquisarem a presença desses vírus."

A própria característica da hepatite, doença que geralmente não provoca sintomas, agrava ainda mais a situação. "Como a grande maioria dos pacientes com hepatite B ou C é assintomática, esse aumento de diagnósticos significa que mais pessoas estão sendo testadas", diz a diretora do Ambulatório de Hepatites do CRT-DST/Aids, Mariliza Henrique da Silva. Ela acrescenta que, quanto antes feito o diagnóstico, melhor o paciente costuma responder ao tratamento.

A médica Edna Strauss, representante da Sociedade Brasileira de Hepatologia na Associação Médica Brasileira, lembra que a hepatite C está entre as principais causas de cirrose, junto com o alcoolismo. "Pesquisas em determinados hospitais mostram a hepatite C como primeira causa da cirrose. Em outros locais, o alcoolismo fica à frente", afirma.

Apesar de a evolução para a cirrose ocorrer mais comumente na hepatite C, portadores do tipo B também pedem atenção. Em ambos os casos, diz Edna, se o paciente bebe em excesso, a progressão da doença é ainda mais rápida e que a cirrose é um importante fator de risco para o câncer no fígado.

Para o químico Carlos Varaldo, fundador da ONG Grupo Otimismo de apoio ao Portador de Hepatite, a principal dificuldade em relação à doença é a dificuldade de diagnóstico. "Ela é silenciosa, vai 'comendo' devagarzinho o fígado. O paciente com hepatite B ou C não fica com aqueles sintomas típicos da hepatite A, como olhos amarelados, urina escura ou fezes claras", comenta.

Varaldo foi diagnosticado com hepatite C em 1995, quando ainda não havia tratamento no País. Importou, então, a medicação que hoje é acessível pelo SUS. "Segundo a OMS, há 5 milhões de pessoas com hepatite B e C no Brasil, mas apenas 150 mil diagnosticados".

#### **SERVIÇO: Para fazer o teste da hepatite**

De 23 a 27/5: Semana da Saúde CPTM, com programação em <http://www.hepato.com/eventos-maio-2011.doc>

19/6: Campanha Procura-C - Autarquia Hospitalar Municipal - R. Frei Caneca, 1402

No CRT-DST/Aids: Rua Santa Cruz, 81 - Vila Clementino

#### **EM NÚMEROS**

- 250 Graus: é a temperatura mínima ideal para esterilizar alicates de unha;
- 10% das manicures de 100 salões pesquisados em 2009 tinham hepatite;
- Na manicure, melhor é levar o próprio alicate.

A hepatite do tipo C normalmente é transmitida pelo sangue e estes casos ocorrem, na maioria das vezes, quando há uso compartilhado de equipamentos não

esterilizados que podem ter resíduo de sangue - entre eles seringa, alicate, piercing, agulha de tatuagem, barbeador e até escova de dente.

No caso das mulheres, em que a hepatite C é muito mais prevalente do que o tipo B, como mostra o levantamento do Ambulatório de Hepatites do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, uma das grandes preocupações está relacionada aos serviços de manicure. Isso porque, no Brasil, é comum que a cutícula seja retirada durante o atendimento nos salões, aumentando o risco de ferimentos.

Representante da Sociedade Brasileira de Hepatologia na Associação Médica Brasileira, Edna Strauss explica que o alicate da manicure só pode ser considerado esterilizado quando o procedimento é feito em uma autoclave em que a temperatura chegue, no mínimo, a 250 graus. Ou seja: o forminho não é suficiente para fazer a esterilização.

Segundo pesquisa do Instituto Estadual de Infectologia Emílio Ribas com profissionais de 100 salões de beleza da capital, em 2009 só 26% das manicures entrevistadas faziam esterilização dos instrumentais com autoclave. E nenhuma delas sabia usar o equipamento adequadamente. O estudo mostrou que 10% das manicures tinham hepatite. "Uma boa opção é cada um levar seu próprio alicate", diz Edna.

### Prevenção Cuidados

No caso do tipo C, não compartilhar o uso de equipamentos que possam conter sangue (seringa, alicate de unha, piercing, agulha de tatuagem, barbeador e até escova de dente). Usar preservativo.

Contra a hepatite B, a vacina está disponível no SUS e é recomendada para jovens de até 19 anos, segundo a Sociedade Brasileira de Imunizações. Usar camisinha é essencial.

### Quem deve fazer o teste

Filhos de pessoas que têm ou tiveram hepatite, usuários de drogas, profissionais que têm contato com sangue e pessoas que se expuseram ao sexo desprotegido ou a outras situações de risco.

Mulheres grávidas ou que pretendam engravidar. Se o vírus for detectado, há um procedimento para evitar o contágio do bebê.

(Fonte: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,sao-paulo-diagnostico-de-hepatite-cresce-57-720330,0.htm>)

## 5 - Manual das Doenças Transmitidas por Alimentos

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP)  
Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD)  
Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE)

### Manual das Doenças Transmitidas por Alimentos Hepatite A

**1. Descrição da doença** – início usualmente abrupto com febre, mal estar, anorexia, náusea e desconforto abdominal, e aparecimento de icterícia dentro de poucos dias. O quadro pode ser leve, com duração de 1 a 2 semanas, ou mais grave, podendo

durar meses, ainda que seja uma situação rara. A convalescença é muitas vezes prolongada. A severidade, em geral está relacionada com a idade, mas geralmente o curso é benigno, sem seqüelas ou recorrências. Muitas infecções são assintomáticas, anictéricas ou leves, especialmente em crianças, e diagnosticadas apenas através de testes laboratoriais. A letalidade relaciona-se com a idade; estima-se em 0,1% para crianças menores de 14 anos, chegando a 1,1% para pessoas maiores de 40 anos. Indivíduos com hepatopatias crônicas apresentam maior risco para desenvolvimento de hepatite fulminante.

**2. Agente etiológico** - vírus RNA, de 27 nm de diâmetro, possui um único sorotipo, classificado como Hepatovirus e membro da família Picornaviridae.

**3. Ocorrência** - distribuído largamente em todo o mundo, a ocorrência pode ser esporádica ou epidêmica, com a tendência a ciclos recorrentes. Em países em desenvolvimento, os adultos são usualmente imunes, pois são acometidos na infância, devido às precárias condições de saneamento e, sendo geralmente assintomáticos, as epidemias não são comuns. Entretanto, com a melhoria de medidas sanitárias em muitas partes do mundo, observa-se que os adultos jovens tornam-se suscetíveis e o número de surtos vem aumentando. Em creches é comum a transmissão da doença em crianças e, a partir delas, para seus contatos domiciliares. As epidemias evoluem, em geral, lentamente, nos países desenvolvidos, envolvendo grandes áreas geográficas e persistindo por muitos meses. A hepatite A pode ser transmitida também por via sexual, no contato com casos na fase aguda. Viajantes de áreas de baixa circulação do vírus podem se infectar quando vão para países onde a doença é endêmica. Epidemias por fonte comum podem evoluir explosivamente. Mais recentemente, observam-se surtos freqüentes em comunidades abertas, sendo a água, ou alimentos contaminados por manipuladores, as principais fontes de transmissão.

**4. Reservatório** - Os seres humanos são o reservatório comum da doença e em raras ocasiões, o chimpanzé em cativeiro e outros primatas. Não há evidências de que haja transmissão desses animais para os humanos.

**5. Período de incubação** - De 15 a 50 dias, dependendo da dose infectante; em média 28 a 30 dias.

**6. Modo de transmissão** - Normalmente pessoa-a-pessoa pela via fecal-oral. O agente da infecção é encontrado nas fezes, alcançando níveis de pico uma ou duas semanas antes do aparecimento dos sintomas ou da disfunção hepática, diminuindo rapidamente em seguida, concomitante com o aparecimento na circulação dos anticorpos para o VHA. Foram relatadas fontes comuns devido à contaminação da água e também por contaminação dos alimentos pelos preparadores/manipuladores de alimentos. Vários tipos de alimentos podem estar implicados, inclusive, os cozidos, se contaminados por contato manual após o cozimento. Alimentos crus, como frutas (especialmente morangos), verduras (alface e outras verduras de folha) e mariscos podem transmitir a doença, quando cultivados com água contaminada. Embora raros, foram reportados casos de transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados obtidos de doadores em período de viremia. Em quase 80% dos surtos notificados ao CVE, entre os anos de 1999 a 2005, não foi possível identificar a fonte primária de infecção.

**7. Período de transmissibilidade** - estudos de transmissão em humanos e evidências epidemiológicas apontam para uma infectividade máxima na metade final do período de incubação, continuando por uns poucos dias após o aparecimento da icterícia (ou durante o pico de atividade da aminotransferase em casos anictéricos). A maioria

dos casos torna-se não transmissível após a primeira semana de icterícia, embora excreções virais prolongadas (mais de 6 meses) tenham sido relatadas em recém-nascidos prematuros.

**8. Susceptibilidade e resistência** - a susceptibilidade é geral. A baixa incidência da doença com sinais manifestos em crianças e escolares sugere que as infecções leves e anictéricas são comuns. Imunidade homóloga depois da infecção provavelmente dura para toda a vida.

**9. Conduta médica e diagnóstico** - o diagnóstico é estabelecido pela demonstração de anticorpos IgM contra o vírus da hepatite A (IgM anti-VHA) no soro do paciente na fase aguda ou doença recente. O IgM anti-VHA pode permanecer detectável por 4 a 6 meses depois do início. Se testes de laboratório não estiverem disponíveis, as evidências epidemiológicas podem fornecer o suporte para o diagnóstico. O diagnóstico diferencial da hepatite aguda deve ser feito com colestase reacional (bacteremias por germes capsulados, como pneumococo enterobactérias), leptospirose icterica leve, hepatites por drogas (paracetamol, isoniazida + rifampicina, cetoconazol, etc.) ou substâncias tóxicas (álcool, tetracloreto de carbono, etc.), alterações hemodinâmicas (hipóxias), colecistopatias, síndrome de Gilbert, processos expansivos neoplásicos ou granulomatosos, colangites, cirroses, etc.

**10. Tratamento** - como norma geral, recomenda-se o repouso até a normalização das enzimas hepáticas. A base científica para a recomendação do repouso se faz no sentido de se obter a redução do processo inflamatório e manter um fluxo sanguíneo adequado aos hepatócitos. Não há recomendações para dieta, a não ser restringir os alimentos gordurosos no período em que os sintomas digestivos são preponderantes e impedir a ingestão de bebidas alcoólicas e drogas de metabolização hepática.

**11. Medidas de controle** - a) **notificação de casos** – é compulsória a notificação de casos de hepatite A (portaria nº 33 de 14/07/2005, DOU –seção 1 nº135 - 15/07/2005) às autoridades de vigilância epidemiológica, para que se desencadeie a investigação de fontes e o controle da transmissão através de medidas preventivas (educativas e imunização passiva dos contatos) (notificação no SINAN). No caso de creches e pré-escolas, ou instituições fechadas como orfanatos, presídios, asilos e similares, recomenda-se **urgência** na notificação do **primeiro caso** à vigilância local para investigação epidemiológica visando impedir a disseminação da infecção, com aplicação de medidas higiênico-sanitárias **precoces**; b) **notificação de surtos** – é mantida a obrigatoriedade da notificação imediata de surtos (2 ou mais casos) às autoridades de vigilância epidemiológica municipal, regional ou central. A investigação de surtos de hepatite A requer levantamento cuidadoso do número de casos, identificação dos fatores de risco comuns aos casos (identificação de fontes primárias e secundárias de transmissão) e estudo analítico com entrevista de casos e controles. Orientações para surtos de ocorrência no Estado de São Paulo podem ser obtidas junto à Central de Vigilância Epidemiológica - Disque CVE, no telefone é 08000-55-5466. c) **cuidados com o paciente** - a) **isolamento** - é necessário o isolamento e afastamento do paciente das atividades normais (se criança, isolamento e afastamento da creche, pré-escola ou escola) durante as primeiras duas semanas da doença, e não mais que 1(um) mês depois do início da icterícia; exceções devem ser avaliadas no caso de surtos em creches com crianças muito jovens, sem controle esfinteriano (uso de fraldas), onde a exposição entérica está facilitada e pode ser prolongada; b) **desinfecção concorrente** - disposição sanitária adequada de fezes, urina e sangue; cuidados de desinfecção em geral e máxima higiene. A utilização de cloro, ou água sanitária, é eficaz para a

desinfecção de objetos, limpeza de bancadas, banheiros, chão, etc.; **c) imunização de contatos de um caso** - a literatura internacional recomenda que a imunização passiva com IG (imunoglobulina), 0,02 ml/Kg de peso (IM), deve ser instituída, o mais precocemente possível, ou seja, até duas semanas após a exposição ou contato com o doente. Nos surtos em creches, pré-escolas, ou instituições fechadas todos os contatos devem receber IG, principalmente se as crianças usam fraldas. Recomenda-se a aplicação da IG em todas as crianças potencialmente expostas, e também IG nos funcionários. As imunoglobulinas tem 85% de eficácia e seu efeito começa dentro de poucas horas após a aplicação. Dependendo da dose aplicada pode fornecer de 3 a 6 meses de proteção.

**12. Medidas preventivas** - **a) educação da população** quanto às boas práticas de higiene pessoal com especial ênfase na lavagem rigorosa das mãos após contato com lixo, uso do banheiro, após manipular e trocar fraldas de crianças, antes da preparação de alimentos, antes de se alimentar, ou de alimentar crianças, após contato manual com frutas e verduras não lavados ou carnes e outros alimentos crus; **b) medidas de saneamento básico** com a rede pública de esgoto ou construção de instalações sanitárias adequadas, evitando o despejo de esgoto em córregos ou a céu aberto, são essenciais para a redução da circulação do vírus; **c) vigilância da qualidade da água** com monitoramento do sistema de abastecimento público feito pelos órgãos competentes (cloro residual deve ser de 0,2 a 0,5 mg/l). Nos locais sem água tratada esta deve ser fervida por pelo menos 1 minuto após o levantamento das bolhas de fervura, ou ser tratada com adição de hipoclorito de sódio 2,5%, 1 a 2 gotas por litro. É necessário proceder à limpeza das caixas d'água e higienizar utensílios e filtros caseiros; **d) cuidados com os alimentos** - devem ser bem cozidos, especialmente, mariscos e frutos do mar e protegidos contra moscas. O leite deve ser fervido por pelo menos 2 minutos após o levantamento das bolhas de fervura, e as verduras e frutas necessitam ser bem lavadas e mergulhadas durante 30 minutos em solução de hipoclorito de sódio 2,5%, 15 gotas por litro de água ou conforme a orientação na embalagem do produto utilizado; **e) orientação das creches e pré-escolas e instituições fechadas** quanto à necessidade de medidas rígidas de higiene e prevenção, com especial ênfase à lavagem das mãos para minimizar a transmissão fecal-oral, desinfecção de objetos, bancadas, chão, berços, utensílios e na disposição sanitária de fraldas, fezes, etc. Além da recomendação de profilaxia dos contatos com IG, nestes centros, recomenda-se a proteção dos funcionários com vacina, quando se estabelece que estas creches são local de risco, situação que deve ser avaliada na investigação epidemiológica; **f) proteção de viajantes** para áreas endêmicas - recomenda-se uma dose profilática de IG ou vacina para a hepatite A. Para exposições de até 3 meses aplica-se uma dose simples de IG, 0,02ml/Kg de peso, ou 2 ml para adultos; para exposições mais prolongadas, 0,06 ml/Kg peso até 5 ml, repetindo-se essa dose a cada 4 ou 6 meses se a exposição continuar. Nesses casos a vacina está indicada; **g) imunização com a vacina anti-hepatite A** - estudos vêm sendo realizados indicando a importância da vacinação em massa em áreas onde a circulação do vírus é alta e a infecção ocorre em crianças jovens, com quadro clínico sem muita importância. Alguns autores apontam para a necessidade de se traçar uma estratégia para o uso desta vacina, propondo sua indicação primeiramente, para os grupos que apresentarem maior risco em adquirir a infecção. Dessa perspectiva, seu uso deveria ser considerado para viajantes de regiões bem desenvolvidas para menos desenvolvidas; para crianças em creches, pré-escolas e instituições fechadas (internatos, orfanatos e similares) e para os funcionários desses centros, quando os mesmos têm papel importante na sustentação da epidemia na comunidade; para homossexuais masculinos; para usuários de drogas ilícitas e para

todos aqueles para os quais o risco de transmissão seja comprovadamente importante. Em situações mais amplas, o papel desta vacina está sendo ainda investigado.

**13) Medidas em epidemias** - a) **investigação epidemiológica** – deve ser realizada imediatamente após a notificação do caso, pela equipe da VE local, buscando identificar a forma de transmissão (se pessoa-a-pessoa ou por um veículo transmissor comum), bem como identificar a população de risco; b) **investigação sanitária** – a equipe da vigilância sanitária deve ser acionada e com base na investigação epidemiológica deve tomar as medidas de controle; c) **eliminar a fonte comum de transmissão** – se, por exemplo, for um manipulador de alimentos, administrar IG a todos os demais manipuladores e orientar quanto aos procedimentos rigorosos de higiene que devem ser tomados no local e quanto aos cuidados no preparo dos alimentos; d) **controle da transmissão** - através de esforços especiais para melhorar as condições sanitárias e práticas de higiene; e) **profilaxia em massa com IG** - surtos focais de hepatite A em instituições podem exigir esse tipo de profilaxia. Nos EEUU, quando se verifica a necessidade de proteção de longa duração, recomenda-se o uso simultâneo da IG e da vacina nos contatos de casos de hepatite A. O uso apenas da vacina como medida de profilaxia pós-exposição não está bem determinado, necessitando de maiores estudos.

#### 14. Bibliografia consultada e para saber mais sobre a doença

1. AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. Control of Communicable Diseases Manual. Abram S. Benenson, Ed., 16 th Edition, 1995.
2. Bell BP; Margolis HS. *Hepatitis A vaccine for secondary hepatitis infection* (correspondence). The Lancet, vol. 354, July 24, 1999, p. 341.
3. Beutels P; Van Damme P. *Hepatitis A vaccine for secondary hepatitis infection* (correspondence). The Lancet, vol. 354, July 24, 1999, p. 340-341.
4. CVE/SES-SP. *Hepatites Virais - Normas e Instruções, 2000*. CVE. São Paulo, 2000.
5. Edurado MBP. Vacinação de manipuladores de alimentos. In: Ohira RY [Editor]. *Vacinas e Vacinação – Guia Prático*. São Paulo: SanofiPasteur, 2005, p.200.
6. FDA/CFSAN Bad Bug Book – *Hepatitis A*. Internet <http://www.fda.gov>
7. Focaccia, R. *Hepatites Virais In: Veronesi, R. & Focaccia R. Tratado de Infectologia*. Ed. Atheneu, Vol. 1, São Paulo, 1996, p. 286-288.
8. REPUBLIQUE FRANCAISE. DIRECTION GENERALE DE LA SANTÉ. La prévention de la transmission du virus de l'hépatite A en situation épidémique. BEH, no. 50, Décembre, 1996.
9. Stapleton JT; Lemon SM. Hepatitis A and Hepatitis E. In: Hoeprich PD, Jordan M C; Ronald AR. *Infectious Diseases - A Treatise of Infectious Processes*. J.B. Lippincott Company, 15 th Edition, Philadelphia, USA, 1994, p. 790-800.

*Texto elaborado pela Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar - CVE/SES-SP.*

*Última Atualização em Abril de 2006.*

(Fonte: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hidrica/ifnet\\_hepa06.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hidrica/ifnet_hepa06.htm))

## 6 - hepatite B

### O que é Hepatite B?

Hepatite é o termo usado para a inflamação do fígado e pode ser causada por vírus, medicamentos e consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Hepatite B é o nome de um dos vírus que causam a hepatite.

Quando o fígado é infectado por um vírus, ele fica inflamado e sensível e pode também ficar inchado. As partes afetadas do tecido podem ser destruídas pela inflamação. A hepatite B é um tipo de hepatite séria e às vezes muito forte e fatal.

Algumas pessoas que têm hepatite B desenvolvem o tipo crônico da doença. Isso significa que continuarão infectadas pelo vírus por um grande período de tempo e desenvolverão complicações devido à inflamação prolongada do fígado. A doença pode eventualmente causar falência do fígado e a morte.

### Como acontece?

A hepatite B é extremamente infecciosa. Este tipo de hepatite é normalmente transmitida através de secreções sexuais (como o sêmen, por exemplo) e sangue. Seringas e agulhas contaminadas também pode propagá-la. Se instrumentos como os utilizados para se fazer tatuagens e piercings não forem completamente esterilizados podem transmitir hepatite.

A doença pode ser propagada por pessoas que não sabem que são portadoras do vírus. Existem nos Estados Unidos cerca de 0,5 a 1 milhão de pessoas que são portadoras do vírus mas que não estão doentes. As mães que são infectadas com hepatite B ou são portadoras do vírus podem transmitir a doença aos seus bebês.

### Quais são os sintomas?

Os sintomas da hepatite B podem aparecer no período de 4 semanas a 6 meses depois da pessoa ter sido infectada pelo vírus. Muitas pessoas que desenvolvem o tipo crônico da doença têm somente sintomas leves ainda que o vírus possa estar danificando o fígado.

Os primeiros sintomas podem ser:

- - perda de apetite
- - febre
- - mal-estar geral
- - fadiga

Outros possíveis sintomas incluem:

- - urticária
- - dor em determinadas juntas
- - no caso dos fumantes, perda do gosto pelo cigarro

Sintomas que podem aparecer alguns dias depois:

- - náusea e vômito
- - falta de ar e gosto amargo na boca
- - urina de cor marrom escuro
- - pele e olhos amarelados
- - dor logo abaixo das costelas do lado direito, principalmente quando pressionadas

- - fezes de cor pálida e intestino mais solto do que o normal.

A hepatite pode causar danos permanentes para o fígado. Alguns sintomas destes danos:

- - dor no lado esquerdo superior do abdômen devido a um aumento do baço
- - inchaço do estômago e das pernas
- - vermelhidão nas palmas das mãos
- - veias finas e compridas abaixo da pele ou facilidade de machucar-se
- - sangramentos no estômago ou esôfago

### Como é feito o diagnóstico?

Contar cuidadosamente sua história clínica pode ajudar a determinar quando começaram os sintomas e como eles têm se desenvolvido e a suposição de como foi infectado. Seu médico precisa certificar-se de que esta inflamação não seja resultado de efeitos colaterais de remédios ou de uso de drogas, tais como abuso de bebidas alcoólicas.

O seu médico examinará sua pele, olhos e principalmente seu abdômen para verificar sinais de hepatite.

O diagnóstico é confirmado através de exames de sangue que mostrarão se o fígado está funcionando normalmente ou não, e qual o tipo de vírus está causando os problemas. Outros vírus também podem causar problemas hepáticos, como por exemplo, o "mononucleosis".

Se o médico suspeitar que tenha hepatite crônica, danos sérios no fígado ou se o diagnóstico for duvidoso, uma biópsia deverá ser feita. Biópsia é um tipo de procedimento no qual agulhas são usadas para retirar uma pequena quantidade de tecido que é mandada ao laboratório para serem feitos os exames.

### Como é tratada?

O tratamento usual para a hepatite B são repouso, uma dieta balanceada e abstinência de bebidas alcoólicas e certos medicamentos durante no mínimo 6 meses. Antibióticos não são eficazes no tratamento da hepatite. Exceto nos casos mais sérios, normalmente não se é necessária a internação hospitalar. Caso você fique fortemente desidratado, precisará ir ao hospital tomar soro por via intravenosa.

Se você tiver hepatite B crônica precisará de esteróides ou tomar injeções de interferon, uma droga anti-vírus. Discuta estas possibilidades com o seu médico.

### Quanto tempo os efeitos duram?

Geralmente os sintomas duram algumas semanas e normalmente são seguidos de uma lenta, mas completa recuperação que deverá levar aproximadamente 6 meses.

Acima de 10% das pessoas com hepatite desenvolvem a hepatite crônica que pode ser branda ou grave causando danos sérios e permanentes ao fígado aumentando assim os riscos de câncer de fígado.

### Que cuidados devem ser tomados?

- - Siga as instruções do seu médico ao tomar os medicamentos para alívio dos sintomas.
- - Faça repouso até que a febre cesse, que a cor da sua urina esteja normal e que o amarelo da pele e dos olhos desapareça. Certifique-se junto ao seu médico quanto tempo o repouso será necessário.

- - À medida em que os sintomas melhorarem, você deverá aumentar gradualmente o seu nível de atividade. É melhor evitar muito esforço físico durante os primeiros meses.
- - Coma refeições pequenas e balanceadas, ainda que sinta náuseas. Alguns alimentos poderão desagradá-lo principalmente nos primeiros estágios da doença. Refrigerantes pouco gasosos e sucos bem adocicados poderão ajudar a reduzir a náusea.
- - É preciso evitar tomar certos medicamentos quando se teve hepatite. Pergunte ao seu médico quais são estes medicamentos.
- - Não consuma bebidas alcoólicas.

### O que pode ser feito para prevenir a propagação da Hepatite B?

A hepatite B é altamente contagiosa entre 2 e 6 semanas antes de os sintomas aparecerem e continua a ser por algum tempo depois do seu aparecimento.

Para evitar a transmissão da doença aos outros:

- - Seja cuidadoso em relação à sua limpeza e higiene pessoais. Tome banho frequentemente, tenha cuidado especialmente ao lavar as mãos com sabão e água quente, principalmente após usar o banheiro e antes de comer ou preparar os alimentos.
- - Limpe qualquer mancha de sangue com um desinfetante.
- - Não compartilhe agulhas, aparelhos de barbear ou escovas de dentes com os outros.
- - Não mantenha relação sexual até que não seja mais transmissor.
- - Não doe sangue.

Pessoas das seguintes categorias apresentam alto risco de terem hepatite B e devem tomar vacinação contra a doença:

- - Pessoas que trabalham em hospitais
- - Parceiros sexuais de pessoas portadoras da doença
- - Homens homossexuais.

Em complementação, a "American Academy of Pediatrics" e a "American Academy of Family Physicians" estão agora recomendando que todas as crianças tomem a vacinação anti hepatite B. Como o custo da vacinação está diminuindo, mais pessoas estão sendo estimuladas a tomá-la para prevenir a hepatite B sexualmente transmitida. Pergunte ao seu médico ou ao departamento local de saúde se você deve ser imunizado contra a hepatite B.

Original de: "Clinical Reference Systems"

(Fonte: <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3242&ReturnCatID=1769>)

## 7 Hepatite b

### Transmissão

O vírus da hepatite tipo B (HBV) é transmitido principalmente por meio do sangue. Usuários de drogas injetáveis e pacientes submetidos a material cirúrgico contaminado e não-descartável estão entre as maiores vítimas, daí o cuidado que se deve ter nas transfusões sanguíneas, no dentista, e em sessões de depilação ou tatuagem.

O vírus da hepatite B também pode ser passado pelo contato sexual, reforçando a necessidade do uso de camisinha. Outra forma de contágio ocorre durante o

nascimento, seja parto normal ou cesáreo, onde pode haver passagem do vírus da hepatite B da mãe para o feto.

### Tratamento

Freqüentemente, os sinais e sintomas da hepatite B podem não aparecer inicialmente, e grande parte dos infectados só acaba descobrindo que tem a doença após anos e, muitas vezes, por acaso, em testes realizados de rotina para esse vírus.

Ao contrário da hepatite A, a hepatite B evoluir para um quadro crônico e então para uma cirrose ou até câncer de fígado.

Os medicamentos aprovadas para o tratamento da hepatite B são o alfa-interferon e o peginterferon (ou interferon peguilado), que são drogas que reduzem a replicação do vírus e melhoram o sistema imune (sistema de defesa do organismo). Há ainda medicamentos antivirais como a lamivudina, adefovir dipivoxil, entecavir e telbivudina para o tratamento da hepatite B.

Crianças nascidas de mães infectadas com o vírus da hepatite B devem receber imunoglobulina humana antivírus da hepatite B e também a vacina para hepatite B até 12 horas após o parto, para ajudar a prevenir a infecção.

### Prevenção

A prevenção da hepatite B inclui

- Controle efetivo de bancos de sangue através da triagem sorológica (exames feitos de rotina no sangue armazenado).
- Vacinação contra hepatite B (disponível no SUS).
- Uso de imunoglobulina humana antivírus da hepatite B (também disponível no SUS).
- Uso de equipamentos de proteção individual pelos profissionais da área da saúde.
- Não compartilhamento de alicates de unha, lâminas de barbear e escovas de dente.
- Não compartilhamento de seringas e agulhas para uso de drogas.

Como a hepatite B pode ser adquirida através do ato sexual, o uso de preservativos também ajuda na prevenção desta doença.

(Fonte: <http://www.bancodesaude.com.br>)

É definida como inflamação do fígado causada por uma infecção pelo Vírus da Hepatite B (HBV), um vírus DNA, da família Hepnaviridae.

Do ponto de vista epidemiológico a transmissão sexual de agentes infecciosos causadores de hepatite ocorre mais freqüentemente com os vírus das hepatites tipos A, B, C e Delta. Os tipos B e C podem evoluir para doença hepática crônica, e têm sido associados com carcinoma hepatocelular primário.

Dentre os fatores que influenciam o risco de infecção pelo HBV citamos: número de parceiros, freqüência das relações sexuais, tipo de prática sexual (oro-retal, oro-genital, relacionamento sexual passivo ou ativo), associação com uso comum de seringas e agulhas, concomitância de outras DST (sífilis, cancro mole, gonorréia, herpes genital e/ou oral, etc.).

No Brasil, estudos de prevalência do HBV detectaram índice de infecção médio de 8,0% na região da Amazônia legal, de 2,5% nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, de 2,0% na região Sudeste e de 1,0% na região Sul.

### Quadro clínico

O período de incubação da Hepatite B aguda situa-se entre 45 e 180 dias e a transmissão é usualmente por via parenteral embora outras vias (oral, sexual e vertical) foram demonstradas.

Nos pacientes sintomáticos, a hepatite B, usualmente evolui nas seguintes fases:

fase prodrômica: sintomas inespecíficos de anorexia, náuseas e vômitos, alterações do olfato e paladar, cansaço, mal-estar, artralgia, mialgias, cefaléia e febre baixa.

### Fase ictérica

Inicia-se após 5 a 10 dias da fase prodrômica, caracterizando-se pela redução na intensidade destes sintomas e a ocorrência de icterícia. Colúria precede esta fase por 2 ou 3 dias.

### Fase de convalescença

A sintomatologia desaparece gradativamente, geralmente em 2 a 12 semanas.

A Hepatite B pode evoluir cronicamente, o que se demonstra pelos marcadores laboratoriais, testes de função hepática e histologia anormais, e doença persistente por mais de seis meses.

A Hepatite B crônica pode evoluir de forma:

- persistente: de bom prognóstico, em que a arquitetura do lóbulo hepático é preservada.
- ativa: caracterizada por necrose hepática, que pode evoluir para cirrose hepática ou para câncer.

## Diagnóstico

### Diagnóstico laboratorial

Realiza-se por meio dos marcadores sorológicos do vírus da Hepatite B:

o antígeno de superfície da Hepatite B (HBsAg) é o primeiro marcador a aparecer, geralmente precede a hepatite clinicamente evidente, e também está presente no portador crônico; o antígeno HBe (HBeAg) é detectado logo após o aparecimento do HBsAg, sua presença indica replicação viral ativa. Sua positividade por 8 a 12 semanas indica o desenvolvimento de hepatite crônica B; o anticorpo contra o antígeno central da Hepatite B tipo IgM (anti-HBc IgM) é um marcador da replicação virótica, aparece no início da hepatite clínica e pode ser o único marcador sorológico do tipo agudo presente em alguns pacientes (o paciente com Hepatite crônica B pode apresentar o anti-HBc IgM em baixa concentração no soro, não sendo detectado nestas circunstâncias, de modo que o resultado pode ser positivo na Hepatite aguda B, e negativo, na Hepatite crônica B); o anticorpo superficial da Hepatite B (anti-HBs) pode aparecer tardiamente na fase convalescente, e sua presença indica imunidade.

Outros testes refletem a lesão hepatocelular na hepatite viral aguda:

as aminotransferases (alanina aminotransferase /ALT e a aspartato aminotransferase /AST), previamente denominadas transaminases (respectivamente, TGP e TGO) geralmente encontram-se acima de 500 U.I./L a bilirrubina total se eleva, podendo alcançar níveis entre 5 e 20 mg %. a fosfatase alcalina geralmente está aumentada.

Oleucograma geralmente revela neutropenia com linfocitose relativa.

Na hepatite crônica, a biópsia hepática definirá o diagnóstico histológico e permitirá avaliação da atividade da doença.

### Diagnóstico diferencial

- Outros agentes virais (vírus tipo A, C, D, E, Epstein Barr, Citomegalovirus).
- Toxoplasmose, leptospirose.
- Hepatite auto-imune.
- Hepatite por drogas (agrotóxicos, álcool).
- Colecistite ou coledocolitíase.

### Tratamento

De modo genérico, o indivíduo com hepatite viral aguda, independentemente do tipo viral que o acometeu, deve ser acompanhado ambulatorialmente, na rede de assistência médica. Basicamente o tratamento consiste em manter repouso domiciliar relativo, até que a sensação de bem-estar retorne e os níveis das aminotransferases (transaminases) voltem aos valores normais. Em média, este período dura quatro semanas. Não há nenhuma restrição de alimentos no período de doença. É desaconselhável a ingestão de bebidas alcoólicas.

Os pacientes com hepatite causada pelo HBV poderão evoluir para estado crônico e deverão ser acompanhados com pesquisa de marcadores sorológicos (HBsAg e Anti-HBs) por um período mínimo de 6 a 12 meses. Aqueles casos definidos como portadores crônicos, pela complexidade do tratamento, deverão ser encaminhados para serviços de atendimento médico especializados.

### Recomendações

Internacionalmente, com o surgimento de uma vacina contra o HBV, criou-se expectativa concreta para controlar esta doença.

No Brasil, a utilização de uma vacina contra o HBV para a população sexualmente ativa, não pode ser contemplada como prática rotineira devido ao seu alto custo, no entanto os portadores de DST e seus parceiros formam grupo altamente suscetível e que deve ser considerado prioritário nas ações de vacinação.

O esquema básico de vacinação contra o vírus da Hepatite B envolve a administração (por via intramuscular na região deltóide, ou no vasto lateral da coxa, em crianças pequenas) de três ou quatro doses, conforme orientação do fabricante. Habitualmente aplica-se 1,0 ml (20 mg) para adultos e 0,5 ml (10 mg) para neonatos, lactentes e crianças menores de 11 anos de idade. No esquema de três doses: a segunda e a terceira são dadas, respectivamente, um e seis meses após a primeira (esquema 0, 1 e 6 meses); no esquema de quatro doses: intervalos de um mês entre a primeira, a segunda, e a terceira e de doze meses entre a primeira e a quarta (esquema 0, 1, 2 e 12 meses). Este último esquema permite imunização inicialmente mais rápida.

No que se refere à prevenção da contaminação de profissionais de saúde lidando com pacientes infectados pelo HBV, recomenda-se o uso das precauções universais em relação ao sangue e aos líquidos corporais de qualquer paciente.

Caso um profissional de saúde não imunizado contra o vírus da Hepatite B seja exposto a material infectado pelo HBV, deve: receber uma dose da Gamaglobulina Hiperimune para Hepatite viral tipo B, se possível, nos primeiros sete dias de exposição e, em seguida, ser vacinado contra a Hepatite B. Esta orientação deve ser seguida para qualquer pessoa exposta ao HBV.

(Fonte: <http://www.aids.gov.br>,  
<http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/hepatite/hepatite-b-3.php>)

## 8 - Hepatite C

É uma inflamação do fígado provocada por um vírus, que quando crónica, pode conduzir à cirrose, insuficiência hepática e cancro. Durante vários anos foi conhecida sob a designação de hepatite não-A e não-B, até ser identificado, em 1989, o agente infeccioso que a provoca e se transmite, sobretudo, por via sanguínea. É conhecida como a epidemia «silenciosa» pela forma como tem aumentado o número de indivíduos com infecção crónica em todo o mundo e pelo facto de os infectados poderem não apresentar qualquer sintoma, durante dez ou 20 anos, e sentir-se de perfeita saúde.

Calcula-se que existam 170 milhões de portadores crónicos (cerca de três por cento da população mundial), dos quais nove milhões são europeus, o que faz com que o VHC seja um vírus muito mais comum que o VIH, responsável pela SIDA. Segundo a Organização Mundial de Saúde, é possível que surjam todos os anos três a quatro milhões de novos casos no planeta. A prevalência do vírus difere de acordo com a região geográfica; enquanto na Europa e na América do Norte os índices de contaminação rondam os dois por cento, em África, no Sudeste Asiático, no Pacífico Ocidental e no Leste do Mediterrâneo as taxas de prevalência são superiores.

No mundo ocidental, os toxicodependentes de drogas injectáveis e inaláveis e as pessoas que foram sujeitas a transfusões de sangue e derivados e/ou a cirurgias antes de 1992, são os principais atingidos. Com a descoberta do vírus da imunodeficiência humana? responsável pela SIDA, na década de 80 do século passado, foram adoptadas novas medidas de prevenção e hoje, a possibilidade de contágio com o VHC, numa transfusão de sangue ou durante uma intervenção cirúrgica nos hospitais, é praticamente nula. Esta segurança não está ainda garantida em alguns centros médicos e hospitalares dos países em desenvolvimento.

Em Portugal, a hepatite C crónica é já uma das principais causas de cirrose e de carcinoma hepatocelular estimando-se que existam 150 mil infectados embora a grande maioria não esteja diagnosticada. De acordo com um estudo do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência, Portugal é um dos países europeus a apresentar as mais elevadas taxas de contaminação deste vírus, que atinge 60 a 80 por cento dos toxicodependentes.

Cerca de 20 a 30 por cento dos indivíduos infectados com o VHC recuperam espontaneamente após a infecção aguda pelo VHC, mas os restantes 70 a 80 por cento evoluem para a hepatite crónica e, muitas vezes, sem que se apercebam. Em 20 por cento dos doentes, a hepatite C crónica pode conduzir à cirrose e/ou ao cancro no fígado. Os especialistas ainda não chegaram a uma conclusão sobre as razões que levam alguns doentes a desenvolver uma cirrose em poucos anos, enquanto outros podem levar

décadas. Entre as possíveis explicações está a idade em que a pessoa foi contaminada (quanto mais tarde, mais grave pode ser a evolução da infecção), as diferenças hormonais (é mais comum no sexo masculino) e o consumo de álcool (que estimula a multiplicação do vírus e diminui as defesas imunitárias).

Este tipo de hepatite só excepcionalmente se apresenta como hepatite fulminante.

## O Vírus

O VHC pertence à família dos flaviviridae e o seu genoma é constituído por ARN. Encontra-se no indivíduo doente e tem um período de incubação que oscila entre os 40 e os 70 dias. Tal como o vírus da SIDA é capaz de se modificar e de se camuflar, o que dificulta uma resposta adequada do sistema imunitário.

Até agora foram identificados seis genótipos diferentes do VHC que, por sua vez, se dividem em subtipos. Os genótipos, ou estirpes, são identificados com os números de um a seis e os subtipos com letras.

O tipo de vírus mais frequente em Portugal é o 1b, responsável por cerca de metade das hepatites C e o que mais afecta as pessoas que foram contaminadas através de uma transfusão sanguínea. O genótipo 3a é comum nos toxicodependentes intravenosos que são normalmente doentes mais jovens e que adquiriram a infecção há menos tempo. Nos últimos 3-5 anos temos assistido a um aumento da frequência do genótipo 4 em Portugal e, nalgumas zonas atinge já os 10-12%. Os genótipos 5 e 6 são raros, encontrando-se mais frequentemente em África e na Ásia. Segundo alguns especialistas, é possível que numa mesma pessoa possam coexistir dois tipos diferentes do VHC. Estas diferenças nas populações de vírus dificultam a elaboração de uma vacina.

## Quais são os sintomas?

Apenas 25 a 30 por cento dos infectados apresentam, na fase aguda, sintomas de doença que pode manifestar-se por queixas inespecíficas como letargia, mal-estar geral, febre, problemas de concentração; queixas gastrintestinais como perda de apetite, náusea, intolerância ao álcool, dores na zona do fígado ou o sintoma mais específico que é a icterícia. Muitas vezes, os sintomas não são claros, podendo-se assemelhar aos de uma gripe. O portador crónico do vírus pode mesmo não ter qualquer sintoma, sentir-se saudável e, no entanto, estar a desenvolver uma cirrose ou um cancro hepático.

## Transmissão

O Vírus da hepatite C transmite-se, principalmente, por via sanguínea, bastando uma pequena quantidade de sangue contaminado para transmiti-lo, se este entrar na corrente sanguínea de alguém através de um corte ou uma ferida, ou na partilha de seringas. A transmissão por via sexual é pouco frequente e o vírus não se propaga no convívio social ou na partilha de loiça e outros objectos. Apesar de o vírus já ter sido detectado na saliva, é pouco provável a transmissão através do beijo, a menos que existam feridas na boca.

O risco de uma mãe infectar o filho durante a gravidez ronda os seis por cento, contudo, ainda não se sabe se a infecção ocorre durante a gravidez ou no período periparto. A maior parte dos médicos considera a amamentação segura, já que, em teoria, o vírus só poderia ser transmitido se se juntassem duas situações: a existência de feridas nos mamilos da mãe e de cortes na boca da criança.

Por vezes, são detectados anticorpos nos filhos de mães portadoras, o que não significa que a criança esteja contaminada. Normalmente, os anticorpos acabam por desaparecer ao fim de 12 ou 18 meses, pelo que só depois desse período devem ser feitos testes para perceber se o bebé foi de facto, infectado.

Em cerca de um terço dos casos não é possível determinar a origem do contágio.

### Como prevenir?

Na ausência de uma vacina contra a hepatite C, o melhor é optar pela prevenção, evitando, acima de tudo, o contacto com sangue contaminado. Alguns dos cuidados passam por não partilhar escovas de dentes, lâminas, tesouras ou outros objectos de uso pessoal, nem seringas e outros instrumentos usados na preparação e consumo de drogas injectáveis e inaláveis, desinfetar as feridas que possam ocorrer e cobri-las com pensos e ligaduras. Devem ser sempre usados preservativos nas relações sexuais quando existem múltiplos parceiros, mas, como a transmissão por via sexual é pouco frequente, o uso nas relações entre cônjuges habitualmente não se justifica.

### Vacinação

Não existe vacina para a hepatite C

### Tratamento

A hepatite C é considerada crónica quando a infecção permanece no organismo por mais de seis meses. Até há algum tempo, o tratamento para combater o vírus era feito com interferão alfa, mas actualmente faz-se um tratamento combinado, com peginterferão e ribavirina, que tem demonstrado melhores taxas de resposta e é melhor tolerado pelos doentes.

A eficácia do tratamento é, em termos globais, de cerca de sessenta por cento; isto é, mais de metade dos doentes deixam de ter o vírus no sangue quando se procede à sua determinação seis meses após a conclusão do tratamento. Mas a taxa de resposta não é igual para todos os genótipos, varia entre 45 e 55 por cento no genótipo 1 e ronda os oitenta por cento nos genótipos 2 e 3. Existe hoje um recuo de tempo suficientemente longo após o tratamento para se poder falar em cura da infecção nos doentes que obtêm resposta. A recidiva da infecção habitualmente ocorre nos seis meses imediatamente após a conclusão da terapêutica, sendo excepcional depois desse período.

Como todos os medicamentos, os fármacos usados no tratamento da hepatite C provocam efeitos secundários, sobre os quais os doentes devem esclarecer-se e aconselhar-se com o seu médico.

### Grupos de risco

Os grupos de mais elevado risco são os toxicodependentes e ex-toxicodependentes que utilizam drogas injectáveis e inaláveis e pessoas que receberam transfusões de sangue ou que foram sujeitos a intervenções cirúrgicas antes de 1992.

(Fonte: <http://www. Roche.pt>)

O vírus da hepatite C foi identificado pela primeira vez nos anos oitenta. Apesar de não estar associado a outros tipos de vírus da hepatite, ele poderá causar sintomas semelhantes. É transmitido principalmente através do contacto sanguíneo, sendo que os grupos mais atingidos são os usuários de drogas injetáveis, e, aqueles que recebem

sangue e produtos do sangue, como os hemofílicos. As pessoas destes grupos poderão também estar co-infectadas com HIV.

Há cada vez mais evidências de que a hepatite C pode ser transmitida sexualmente. Embora os mecanismos não estejam claros, supõe-se que o risco possa estar relacionado a práticas sexuais que envolvem contato com o sangue, principalmente com o ‘fisting’ (penetração no orifício retal ou no aparelho genital feminino com o punho) ou o ‘rimming’ e com a penetração no orifício retal sem proteção.

Pesquisas realizadas com casais heterossexuais têm demonstrado que o risco de transmissão pela relação é baixo.

Contudo, esta permanece uma área de controvérsias e as pesquisas estão em andamento. As pessoas infectadas com HIV e hepatite C podem estar mais propícias a transmitir a hepatite C pelo sexo, talvez porque elas freqüentemente têm uma maior quantidade do vírus em seus fluidos genitais do que as pessoas HIV - negativas.

As estimativas atuais são de que 10% das crianças nascidas de mães com hepatite C contrairão o vírus; e esta taxa, porém, aumenta para 25% no caso das mães serem também HIV – positivas.

### Sintomas e Doença

Os sintomas da infecção pelo vírus da hepatite C variam, menos de 5% das pessoas que contraem o vírus desenvolvem os sintomas agudos da hepatite, como visão deformada, icterícia, diarreia e náusea no momento da infecção, e algumas pessoas não apresentam sintomas em nenhum estágio. Para aquelas que os apresentarem, os sintomas mais comuns são de cansaço extremo e depressão.

Não se sabe qual a proporção das pessoas com hepatite C que desenvolverá doença hepática. Um pequeno número de pessoas infectadas com hepatite C conseguirá se livrar da infecção.

Aproximadamente 85% das pessoas infectadas desenvolverão hepatite C crônica e contínua. Os padrões da progressão da doença parecem variar consideravelmente de pessoa para pessoa. Algumas pessoas talvez nunca apresentem sintomas, outras podem começar a sofrer cansaço extremo e náusea por dez a quinze anos após a infecção, enquanto que uma minoria significativa desenvolverá doença hepática grave. A variação na gravidade da hepatite C pode refletir diferenças entre os tipos de vírus da hepatite C. Outros fatores, como ser do sexo masculino, consumir bebidas alcoólicas, ter uma idade avançada e ser HIV – positivo também podem acelerar a progressão da hepatite C.

É sabido que em média as pessoas que têm somente hepatite C levam de 30 a 40 anos para desenvolver a cirrose.

Não está esclarecido o prognóstico das pessoas co-infectadas com HIV e hepatite C. Estudos recentes sugerem que o HIV pode causar danos ao fígado das pessoas co-infectadas, e essas poderão sofrer uma rápida progressão à AIDS.

### Diagnóstico

Um exame de sangue para identificar anticorpos para hepatite C poderá revelar se você foi ou não exposto ao vírus, podendo ser usado o teste de carga viral para confirmar a infecção. Os exames das funções hepáticas podem dar alguma indicação se a hepatite C danificou seu fígado, mas isso só poderá ser propriamente demonstrado através de uma biópsia do fígado, na qual uma pequena amostra de tecido hepático é removida.

A infecção pelo HIV pode dificultar o diagnóstico da hepatite C, pois as pessoas HIV – positivas podem não revelar a infecção no teste dos anticorpos.

### Tratamento

A recomendação atual é iniciar o tratamento para hepatite C somente se a função hepática estiver constantemente anormal. O objetivo do tratamento é normalizar as enzimas do fígado (um referencial da função hepática), diminuir a carga viral do vírus da hepatite C, melhorar a inflamação do fígado e prevenir a progressão para cirrose ou câncer.

O tratamento da hepatite C não dura toda a vida, mas geralmente de 24 a 48 semanas. Atualmente três drogas antivirais são aprovadas para tratar a hepatite C: interferon alfa (injetável), acompanhado ou não por um medicamento chamado ribavirina e uma nova fórmula de droga denominada interferon alfa peguilado que é administrada com a ribavirina. A Associação Britânica para o HIV recomenda que a hepatite C seja tratada com uma combinação de interferon alfa peguilado e ribavirina. Os efeitos colaterais podem ser graves, mas tendem a diminuir com a progressão do tratamento. Estes incluem febre alta, dor na articulação, depressão e baixa contagem dos leucócitos. A ribavirina não deve ser tomada simultaneamente com o AZT, e não deve ser administrada na gravidez.

Não se sabe a melhor forma de tratar pessoas infectadas pelo HIV e hepatite C. A maioria dos especialistas recomenda tratar primeiramente a infecção que possa representar risco de vida imediato, que na maior parte dos casos será o HIV. Contudo, o tratamento com alguns medicamentos anti-HIV, como por exemplo, com inibidores de protease, pode ser problemático para as pessoas com o fígado danificado, e requer um monitoramento muito cuidadoso. Há evidência de que a recuperação do sistema imunológico, observada em muitas terapias bem sucedidas para HIV, pode temporariamente aumentar o risco de dano no fígado das pessoas com hepatite C.

(Fonte: <http://www.aidsmap.com>, <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/hepatite/hepatite-c-1.php>)

## 9 - Hepatite D

A hepatite D foi conhecida em 1977, ano em que foi descoberto o vírus que a provoca, o VHD ou vírus Delta como também é designado. A hepatite D só se manifesta em conjunto com a hepatite B, isto é, surge por co-infecção ou por superinfecção. Em Portugal é rara e, embora não tenhamos estatísticas específicas, supõe-se que existam cerca de 15 mil portadores crônicos no país.

A doença terá chegado à Europa Ocidental com viajantes toxicodependentes, uma parte da população sempre exposta ao risco deste tipo de infecções, mas encontra-se, sobretudo, na zona do Mediterrâneo, no Médio Oriente, na Ásia Central, na África Ocidental, na América do Sul e em algumas ilhas do sul do Pacífico. No sudeste asiático, permanece em Taiwan, na China e na Índia. Também se registaram casos, muitas vezes mortais, entre a população indígena da Venezuela, Colômbia, Brasil e Peru.

Provoca, por vezes, epidemias de que são exemplo as verificadas em Nápoles, no ano de 1977 e entre os índios Yupca da Venezuela em 1981.

O problema é que uma pessoa nunca sofre apenas de hepatite D: ou é infectada em simultâneo com o VHD e o VHB ou só contrai esta doença quando já tem hepatite B. No caso de uma co-infecção, a hepatite D aguda pode ser severa, ou mesmo

fulminante, no entanto, raramente evolui para uma forma crónica ao contrário do que sucede com a superinfecção que provoca hepatite crónica em 80 por cento dos casos, dos quais 40 por cento evoluem para cirrose.

## O Vírus

O VHD ou Delta é o agente infeccioso da chamada hepatite D, tem 35 nm, pertence à família dos Viróides e o seu genoma é constituído por ácido ribonucleico (ARN) circular, de uma só cadeia. É único no seu género em patologia humana e não se consegue multiplicar senão na presença do vírus da hepatite B.

O período de incubação dura entre 15 a 45 dias e a sua presença no sangue é prolongada, podendo mesmo permanecer para sempre no organismo, o que pode originar formas mais graves de doença hepática.

Encontra-se, com maior incidência, na bacia do Mediterrâneo, no Médio Oriente, na Ásia Central, na África Ocidental, na bacia do Amazonas, na América do Sul, e em algumas ilhas do Pacífico Sul.

## Quais são os sintomas?

A hepatite D aguda revela-se após um período de incubação de três a sete semanas. A fase pré-ictérica, que pode durar entre três a sete dias, começa com sintomas de fadiga, letargia, falta de apetite e náuseas, depois a pele ganha um tom amarelado que é o sinal de icterícia e, então, os outros sintomas desaparecem, com excepção da fadiga e das náuseas, a urina torna-se escura e as fezes claras, enquanto os níveis de bilirrubina no sangue sobem.

Como a superinfecção causa, geralmente, uma hepatite aguda grave, com um período de incubação lento, os sinais são idênticos aos das duas doenças (hepatite D e hepatite B). Nos casos em que evolui para hepatite crónica, os sintomas são menos intensos do que na hepatite aguda. A evolução para cirrose acontece em 60 a 70 por cento dos casos e demora entre cinco a dez anos, mas pode ocorrer 24 meses após a infecção.

A hepatite D fulminante é rara, mas é dez vezes mais comum do que noutros tipos de hepatite viral e caracteriza-se por encefalopatia hepática: mudanças de personalidade, distúrbios do sono, confusão e dificuldade de concentração, comportamentos anormais, sonolência e, por último, estado de coma.

## Diagnóstico

As conclusões só são possíveis de tirar, com alguma fiabilidade, depois de terem sido feitos os testes serológicos.

No caso de se tratar de uma co-infecção, o diagnóstico é feito com base no aparecimento de antigénios e de anticorpos específicos no sangue, durante o período de incubação ou já no despoletar da doença. Os anticorpos anti-VHD desenvolvem-se tarde, na fase aguda, e normalmente diminuem após a infecção.

Na superinfecção, o VHB já se encontra no organismo antes da fase aguda, surgem anticorpos contra o VHD das classes IgM e IgG, sendo que estes últimos persistem por tempo indefinido. É possível, também, pesquisar no sangue o antigénio Delta e o ARN do VHD. A progressão para o estadió crónico está associada à presença de níveis elevados de IgM anti-HD e IgG anti-HD.

## Transmissão

As relações sexuais e os contactos com sangue infectado são os dois meios mais habituais de transmissão da hepatite D, portanto, o contágio resulta de relações sexuais sem preservativo, da utilização de objectos cortantes que possam ter vestígios sanguíneos, como lâminas de barbear, escovas de dentes, agulhas e seringas ou outro material (que não tenha sido submetido a esterilização) utilizado na preparação de drogas ou na realização de tatuagens, «piercings», acupunctura e perfuração das orelhas.

Esta hepatite não se transmite pela saliva ou suor, portanto, ninguém ficará doente por dar um aperto de mão, abraços, beijos ou por utilizar pratos ou talheres de pessoas infectadas. Mas o VHD pode, por vezes, propagar-se de modo a causar graves epidemias como as ocorridas em Nápoles, em 1977, e entre os índios Yupca da Venezuela em 1981.

Como é natural, visto que uma pessoa nunca pode ser infectada apenas com o VHD, a via de transmissão é semelhante à da hepatite B, embora penda mais para a via sanguínea. O período de transmissão dura enquanto a pessoa infectada tiver no organismo o antígeno Delta ou o ARN do VHD.

## Como prevenir?

Face às vias de transmissão, para prevenir, é necessário evitar o contacto com sangue humano, em especial, quando se desconhece o estado de saúde do portador, mas, se for mesmo necessário, devem usar-se luvas. Não podem ser partilhados artigos de uso pessoal que sejam cortantes ou perfurantes. O uso de preservativo diminui o perigo de contágio, portanto, não se deve dispensar o preservativo.

## Vacinação

Não existe qualquer vacina contra a hepatite D, mas como o vírus só pode infectar alguém na presença do VHB, a vacina para a hepatite B protege contra o vírus da hepatite Delta. A vacinação não deve ser encarada como uma urgência se não ocorrerem contactos sexuais ou sanguíneos suspeitos. Caso esta situação se verifique, deve administrar-se a vacina e uma injeção de Imunoglobulina HB o mais cedo possível após a exposição.

A vacina da hepatite B faz parte do Programa Nacional de Vacinação.

## Tratamento

Até agora, ainda não surgiu qualquer tratamento cem por cento eficaz, apenas o interferão alfa tem proporcionado alguns resultados positivos: somente num em cada dois casos se assiste a uma redução significativa da multiplicação do vírus mas, geralmente, a doença recidiva quando se interrompe o tratamento.

(Fonte: <http://www.roche.pt>)

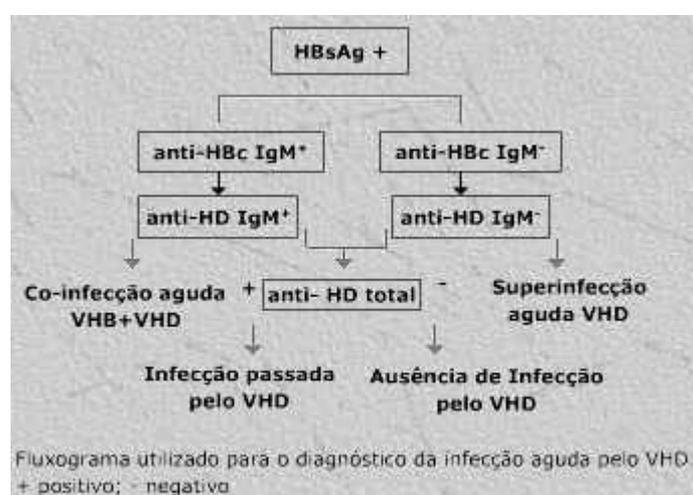
## Hepatite D

O vírus da hepatite D ou delta é um dos menores vírus RNA animais. Tão pequeno que é incapaz de produzir seu próprio envelope protéico e de infectar uma pessoa. Para isso, ele precisa utilizar a proteína do vírus B. Portanto, na grande maioria dos casos a hepatite D ocorre junta a B, ambas com transmissão parenteral (sangue contaminado e sexual). O vírus D normalmente inibe a replicação do B, que fica latente.

	Coinfecção com HBV	Superinfecção no portador de HBV
Gravidade da infecção aguda	Variável	Geralmente severa
Cronicidade	Rara (2%)	Freqüente (70-80%)

Na fase aguda da infecção, ocorre esteatose microvesicular e necrose granulomatosa eosinofílica por ação citotóxica direta do vírus (a variedade amazônica é uma das mais severas). Na fase aguda, a atividade necroinflamatória costuma ser severa. Em pacientes já portadores do vírus B que apresentam infecção aguda pelo D, esta pode ser severa com hepatite fulminante. Ao contrário da hepatite B, não apresenta manifestações extra-hepáticas.

O diagnóstico ocorre pela sorologia anti-HDV (IgM para infecções agudas ou crônicas ativas e IgG para as crônicas - o anticorpo IgG não é protetor), pela identificação do antígeno HDV no soro ou na biópsia hepática (pela imunohistoquímica) ou por PCR. O PCR mostra que há replicação (multiplicação) em virtualmente todos os pacientes com vírus D.



O tratamento é realizado classicamente com alfa interferon em altas doses (9 MU 3 vezes por semana por 12 meses após a normalização do ALT), mas os resultados são desapontadores. Há resposta sustentada (normalização do ALT e clearance do HDV) em menos que 10%, com taxa de cura em uma porcentagem destes. Além disso, doses tão elevadas de interferon apresentam efeitos colaterais severos, principalmente tireoidite e depressão com tentativas de suicídio. O interferon beta mostrou resultados satisfatórios em estudos com poucos pacientes. A lamivudina, apesar de eficaz contra a hepatite B, não mostrou resultados satisfatórios associada ao interferon. O aparecimento do PEG-interferon deve trazer melhores resultados ao tratamento, mas ainda não há estudos sobre o assunto.

Como o tratamento pode levar a piora em pacientes cirróticos, mesmo com doença compensada, recomenda-se o transplante hepático. Infelizmente, a recidiva da doença no órgão transplantado é alta.

(Fonte: <http://www.hepcentro.com.br>, <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/hepatite-d/hepatite-d-1.php>)

## 10 - Hepatite E

hepatite E resulta da infecção pelo vírus da hepatite E (VHE), é transmitida de pessoa a pessoa, através da água e de alimentos contaminados com matéria fecal, e já

foi responsável por grandes epidemias no centro e sudeste da Ásia, no norte e oeste de África e na América Central. No mundo industrializado, o vírus quase não existe, como é o caso de Portugal, onde a doença escasseia e apenas se manifesta em indivíduos que tenham estado em regiões tropicais endémicas.

Como doença humana específica só foi identificada em 1980, quando se realizavam testes para detecção de anticorpos da hepatite A, na Índia, durante o estudo de uma hepatite epidémica transmitida através das águas, mas cujo agente infeccioso não era o VHA. Na altura, foi considerada uma doença hepática virulenta sem qualquer outra classificação e só em 1988, com a descoberta do vírus, passou a designar-se hepatite E. A gravidade da infecção pelo VHE é maior que a provocada pelo vírus da hepatite A, mas a recuperação ocorre ao fim de pouco tempo.

A doença pode ser fulminante, a taxa de mortalidade oscila entre os 0,5 a quatro por cento, e os casos ocorridos durante a gravidez são bastante mais graves, podendo atingir taxas de mortalidade na ordem dos 20 por cento se o vírus for contraído durante o terceiro trimestre. Existem também registos de partos prematuros, com taxas de mortalidade infantil que atingem os 33 por cento. Nas crianças, a co-infecção com os vírus A e E pode resultar numa doença grave, incluindo a falência hepática aguda.

Alguns especialistas referem a possibilidade de existir transmissão entre animais e homens, já que vários macacos, porcos, vacas, ovelhas, cabras e roedores são susceptíveis à infecção com o vírus da hepatite E.

Uma leitura das estatísticas indica que a doença tem uma maior taxa de incidência entre os adultos dos 15 aos 40 anos mas, segundo a Organização Mundial de Saúde, a baixa taxa registada entre as crianças pode dever-se ao facto de a hepatite E, normalmente não provocar quaisquer sintomas nos mais novos.

## O Vírus

O VHE é composto inteiramente por ácido ribonucleico (ARN) e proteína vírica e tem um diâmetro de 27 a 34 nm. Descoberto em 1988, foi primeiro classificado na família dos calicivírus mas, actualmente, existem dúvidas sobre a sua classificação.

O período de incubação oscila entre os 15 e os 64 dias (três a oito semanas, 40 dias em média) e a transmissão do vírus ocorre desde a segunda metade do período de incubação, até sete dias após o início da icterícia.

O VHE é mais comum em locais com climas quentes do que temperados e, devido à sua forma de propagação, o maior de infecção encontra-se nos países em desenvolvimento com sistemas de saneamento básico precários. Além da Índia, onde foi descoberto, já foi detectado no médio e extremo Orientes, no norte e oeste de África, nas repúblicas centrais da ex-União Soviética, na China e também na América Central.

As epidemias de hepatite ocorridas na Europa, antes do século XX e que até há pouco tempo se supunha serem de vírus da hepatite A, têm, na verdade, as características epidemiológicas da hepatite E. Os especialistas avançam com a hipótese de o VHE ter desaparecido dos países industrializados num passado recente, tal como o vírus da hepatite A está hoje a perder importância nestes mesmos países.

O vírus encontra-se no humano doente mas, também, em macacos, porcos, vacas, cabras, ovelhas e roedores (pelo menos naqueles que habitam nas regiões endémicas).

## Quais são os sintomas?

Os sintomas típicos, entre os jovens e os adultos, dos 15 aos 40 anos, são a icterícia (que pode manter-se durante várias semanas), falta de apetite, náuseas, vómitos, febre, dores abdominais, aumento do volume do fígado e mal-estar geral. As crianças, geralmente, não apresentam quaisquer sintomas.

## Diagnóstico

A doença é diagnosticada quando se detectam anticorpos IgM anti-VHE, após análises bioquímicas às enzimas hepáticas. É durante o período de incubação e no início da fase aguda que o número de vírus no organismo atinge o seu máximo, acontecendo o mesmo com a quantidade que é libertada nas fezes; nesta altura é possível encontrar os antígenos virais nas células do fígado e concluir, sem sombra de dúvida, que a pessoa em causa está infectada.

O ARN do vírus pode ser detectado nas fezes durante a fase aguda em cerca de 50 por cento dos casos através de testes de amplificação genética («Polimerase Chain Reaction»).

O período de infecção ainda não foi totalmente determinado, mas há estudos que indicam ser de, pelo menos, 14 dias após o aparecimento da icterícia já que a presença do vírus nas fezes foi detectada durante este espaço de tempo e desaparece durante a fase de recuperação.

Os anticorpos contra o VHE (classes IgM e IgG) desenvolvem-se quando os sintomas aparecem, às vezes, mesmo antes da icterícia. Os IgM anti-VHE precedem os IgG anti-VHE por alguns dias, podendo o vírus continuar presente depois do aparecimento dos anticorpos. Os anticorpos da classe IgM desaparecem durante a primeira fase da recuperação, enquanto os da classe IgG persistem por períodos muito mais longos, até 14 anos, servindo de protecção contra infecções subsequentes.

## Transmissão

Tal como a hepatite A, o vírus da hepatite E propaga-se através da água e alimentos contaminados por matérias fecais, sendo mais rara a transmissão de pessoa a pessoa. Não há registos de transmissão por via sexual ou através do sangue.

## Como prevenir?

Ainda não existe uma vacina para a doença e, por isso, as medidas de prevenção incluem cuidados de higiene redobrados quando se viaja para zonas onde a doença é comum. Não se deve consumir água nem gelo que possam provir de locais contaminados, sendo melhor optar por beber água engarrafada e selada. As frutas e os vegetais só devem ser consumidos depois de cozinhados e desaconselha-se a ingestão de marisco cru.

O contágio pessoa a pessoa é menos frequente na hepatite E do que na hepatite A e não está provada a possibilidade de contágio sexual, mas devem ter-se em atenção os contactos oro-anais.

O cloro é o elemento químico que tem sido utilizado com sucesso na desinfecção das águas públicas nas zonas onde se registaram epidemias. Os desinfectantes à base de iodo também já provaram ser capazes de destruir o vírus.

## Vacinação

Não existe vacina para a hepatite E.

## Tratamento

A hepatite E, como doença vírica que é, não deve ser tratada com antibióticos. As infecções são, em geral, limitadas e, normalmente, não é necessária hospitalização, excepto em caso de hepatite fulminante.

(Fonte: <http://www.roche.pt>)

## Hepatite E

A hepatite E é uma doença infecciosa aguda, causada pelo vírus da hepatite E, que produz inflamação e necrose do fígado. A transmissão do vírus é fecal-oral, e ocorre através da ingestão de água (principalmente) e alimentos contaminados. A transmissão direta de uma pessoa para outra é rara. Uma pessoa infectada com o vírus pode ou não desenvolver a doença. A infecção confere imunidade permanente contra a doença. A hepatite E ocorre mais comumente em países onde a infra-estrutura de saneamento básico é deficiente e ainda não existem vacinas disponíveis.

## Transmissão

O ser humano parece ser o hospedeiro natural do vírus da hepatite E, embora haja possibilidade de um reservatório animal (o vírus já foi isolado em porcos e ratos) e seja possível a infecção experimental de macacos. A transmissão do vírus ocorre principalmente através da ingestão de água contaminada, o que o pode determinar a ocorrência de casos isolados e epidemias. As epidemias em geral acometem mais adolescentes e adultos jovens (entre 15 e 40 anos). A transmissão entre as pessoas que residem no mesmo domicílio é incomum. O período de transmissibilidade ainda não está bem definido. Sabe-se que 30 dias após uma pessoa ser infectada, desenvolvendo ou não as manifestações da doença, o vírus passa a ser eliminado nas fezes por cerca de duas semanas.

## Riscos

A infecção pelo vírus da hepatite E é mais comum em países em desenvolvimento, onde a infra-estrutura de saneamento básico é inadequada ou inexistente. As epidemias estão relacionadas a contaminação da água, e ocorrem mais comumente após inundações. A infecção por ingestão de alimentos contaminados, mesmo frutos do mar crus ou mal cozidos, parece pouco comum. Existem registros de epidemias na Índia, Paquistão, Rússia, China, África Central, Nordeste da África, Peru e México, áreas onde o vírus E chega a ser responsável por 20% a 30% das hepatites virais agudas. Na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, menos que 2% da população tem evidência sorológica de infecção pelo vírus E. Nesses lugares, os casos de hepatite E são esporádicos e, em geral, ocorrem em viajantes que retornam de áreas endêmicas.

No Brasil não existem relatos de epidemias causadas pelo vírus da hepatite E. Os dados disponíveis são escassos e incompletos, embora demonstrem a ocorrência da infecção. A infecção foi detectada em vários estados brasileiros, através de métodos sorológicos. Na Bahia, em 1993, em 701 pessoas, detectou-se reatividade para o vírus da hepatite E em 2% de doadores de sangue, em 25% de portadores de hepatite A, em 11,5% dos pacientes com hepatite B, 0% em hepatite aguda C e em 26% dos pacientes com hepatite aguda não A, não B não C. E. Em Mato Grosso e São Paulo a reatividade para o vírus da hepatite E foi de 3,3% e 4,9% respectivamente. Em 1996, no Rio de Janeiro, a ocorrência da infecção pelo vírus da hepatite E foi demonstrada, em 17 (7,1%) de 238 pessoas, a maioria (16 de 17) em maiores de 12 anos.

## Medidas de proteção individual

A hepatite E pode ser evitada através das medidas de prevenção contra doenças transmitidas por água e alimentos. Estas medidas incluem a utilização de água clorada ou fervida e o consumo de alimentos cozidos, preparados na hora do consumo. Deve-se lavar cuidadosamente as mãos com água e sabão antes das refeições. O consumo de bebidas e qualquer tipo de alimento adquiridos com vendedores ambulantes deve ser evitado. Ainda não existem vacinas contra a hepatite E, e nem estudos que comprovem a eficácia do uso profilático de imunoglobulina.

## Manifestações

A infecção pelo vírus da hepatite E pode ou não resultar em doença. As manifestações, quando surgem, podem ocorrer de 15 a 60 dias (40, em média) após o contato com o vírus da hepatite E (período de incubação). A evolução da doença em geral é benigna, com icterícia, mal estar, perda do apetite, febre baixa, dor abdominal, náuseas, vômitos e urina escura. Menos comumente podem surgir diarreia e dor nas articulações. As grávidas, principalmente no último trimestre de gestação, têm risco maior de evolução para hepatite fulminante, com alto índice de letalidade (20%).

A confirmação do diagnóstico de hepatite E não tem importância para tratamento da pessoa doente, porém, é fundamental para a diferenciação com outros tipos de hepatite. A confirmação é feita através de exames sorológicos. Os métodos mais utilizados são o ELISA, imunofluorescência e PCR para detectar HEV RNA no soro e fezes. A pesquisa de anticorpos IgM contra o vírus da hepatite E no sangue se reativa, indica infecção recente. Esses anticorpos geralmente podem ser detectados quatro semanas após exposição.

A hepatite E não tem tratamento específico. As medidas terapêuticas visam reduzir a intensidade dos sintomas. No período inicial da doença está indicado repouso relativo, e a volta às atividades deve ser gradual. As bebidas alcoólicas devem ser abolidas. Os alimentos podem ser ingeridos de acordo com o apetite e a aceitação da pessoa, não havendo necessidade de dietas. A recuperação é completa, e o vírus é totalmente eliminado do organismo. Não há desenvolvimento de doença hepática crônica ou estado de portador crônico do vírus.

(Fonte: <http://www.cives.ufri.br>, <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/hepatite-e/hepatite-e-1.php>)

## 11 - Hepatite G

A hepatite G foi a hepatite descoberta mais recentemente (em 1995) e é provocada pelo vírus VHG que se estima ser responsável por 0,3 por cento de todas as hepatites víricas. Desconhecem-se, ainda, todas as formas de contágio possíveis, mas sabe-se que a doença é transmitida, sobretudo, pelo contacto sanguíneo.

Em análises feitas nos Estados Unidos da América aos doadores de sangue demonstrou-se que cerca de dois por cento já teve contacto com o vírus. Supõe-se que o VHG se encontre em 20 a 30 por cento dos utilizadores de drogas injectáveis e em dez por cento das pessoas que foram sujeitas a uma transfusão de sangue. Em cerca de 20 por cento dos doentes com infecção pelos VHB ou VHC é possível detectar anticorpos para o VHG, mas esta coinfeção não parece influenciar a evolução daquelas hepatites.

Não foi ainda possível determinar com exactidão? dado que a descoberta da doença e do vírus que a provoca foram recentes? , as consequências da infecção com o

vírus da hepatite G. A infecção aguda é geralmente «suave» e transitória e existem relatos duvidosos de casos de hepatite fulminante (os especialistas ainda não chegaram a uma conclusão definitiva sobre as causas destas hepatites fulminantes).

Noventa a 100 por cento dos infectados tornam-se portadores crónicos mas podem nunca vir a sofrer de uma doença hepática. Até agora não foi possível comprovar que a infecção pelo VHG conduza a casos de cirrose ou de cancro no fígado.

## O Vírus

O VHG é constituído por ácido ribonucleico (ARN), pertence à família dos flavivírus, é um parente afastado do vírus que provoca a hepatite C e, tal como este, também apresenta diferentes genótipos.

A infecção pelo VHG pode, muitas vezes, ocorrer em simultâneo com a provocada pelo VHC, mas os estudos feitos até agora permitem concluir que a hepatite G não agrava a hepatite C, nem perturba o seu tratamento.

Supõe-se que o vírus da hepatite G seja ainda mais comum que o VHC, contudo, a sua gravidade para o organismo humano é baixa ou quase nula.

A forma como se propaga ainda é desconhecida.

## Quais são os sintomas?

As pessoas infectadas pelo vírus da hepatite G não apresentam quaisquer sintomas, segundo os estudos realizados até à data.

## Diagnóstico

A hepatite G é detectada através de testes de amplificação genética, vulgarmente conhecidos por PCR («Polimerase Chain Reaction»), que permitem a pesquisa do ARN do VHG no sangue. A utilização da PCR deve-se ao facto de ainda não existirem testes para identificar os anticorpos anti-VHG no sangue, que constituem o procedimento mais comum para a detecção de um vírus no organismo.

## Transmissão

Existe, ainda, algum desconhecimento sobre as formas de transmissão desta doença mas sabe-se que se transmite através do contacto com sangue infectado. Alguns estudos permitem colocar a hipótese do vírus ser sexualmente transmissível e outros demonstraram a transmissão da mãe para o filho, durante a gravidez.

## Como prevenir?

Embora ainda não existam medidas específicas de prevenção, como o vírus se transmite por via sanguínea, deve ter-se especial cuidado no contacto com sangue e produtos derivados do sangue. É igualmente aconselhável o uso de protecção durante as relações sexuais e evitar a partilha de objectos cortantes, com especial atenção para os utilizadores de drogas injectáveis ou inaladas.

## Vacinação

Ainda não existe qualquer vacina contra a hepatite G.

## Tratamento

Não existe tratamento para a hepatite G, o que não é muito problemático, já que o vírus não provoca lesões hepáticas, segundo os estudos divulgados até ao momento.

## Grupos de risco

Profissionais que contactam com sangue e produtos derivados do sangue, toxicodependentes, pessoas que receberam transfusões de sangue e doentes que fazem hemodiálise.

(Fonte: <http://www.roche.pt>)

## Hepatite G

O vírus da Hepatite G foi descoberto recentemente (1995) e muito pouco se sabe sobre que o mesmo pode ocasionar em humanos.

Todavia, estudos preliminares sugerem que este vírus seja um agente biológico órfão, ou seja, incapaz de provocar no homem um quadro de doença hepática aguda ou crónica.

Existe uma grande relação da transmissão deste agente com os mecanismos de transmissão do vírus da Hepatite C (VHC), principalmente através da transfusão de sangue e hemoderivados. Não existe relato que este vírus possa ocasionar formas fulminantes de hepatite.

Estudos recentes, na Gerência de Virologia da Fundação de Medicina Tropical - FMT, evidenciou a presença deste agente em apenas 5% dos pacientes infectados cronicamente pelo VHC.

(Fonte: <http://www.fmt.am.gov.br>, <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/hepatite-g/hepatite-g-1.php>)

## 12 - Viver com hepatite

O fígado é um dos mais importantes órgãos do corpo humano e quando está lesionado perturba todo o funcionamento do organismo, contudo, os doentes com hepatite crónica podem usufruir de uma vida muito próxima do normal. Desde que tenham em conta algumas regras essenciais, estes doentes não têm de ficar presos a uma vida de dietas rígidas, de pôr de lado projectos de viagens e passeios ou de dizer não a um relacionamento sexual, mas é imprescindível que cada um conheça as suas limitações e adopte comportamentos que não agridam o fígado.

É aconselhável falar com o seu médico sobre os hábitos alimentares mais adequados bem como quanto ao uso regular ou esporádico de medicamentos para tratamento de outras patologias. Pode ainda aconselhar-se relativamente à realização de algumas actividades físicas e desportivas e a outros aspectos do dia-a-dia. Após esta conversa estará seguramente mais capaz de "julgar" alguns mitos da sabedoria popular que proíbem um sem número de alimentos e de actividades aos doentes hepáticos.

### Como se alimentar

Não é preciso seguir quaisquer regimes especiais, nem é conveniente afastar certos tipos de alimentos, sob pena de desequilibrar o organismo, deixando-o com carências proteicas e vitamínicas, e aumentando a sensação de cansaço. Há casos, no entanto, em que pode ser necessário ter cuidados adicionais, portanto, é sempre útil aconselhar-se com o médico.

O ideal é seguir uma dieta equilibrada que contemple todos os componentes da pirâmide alimentar. Não é necessário, por exemplo, eliminar as gorduras, mas podem

evitar-se os fritos e substituir as gorduras animais por óleo de girassol, soja ou azeite. E registre-se também que não existem chás ou águas minerais com poderes milagrosos sobre o fígado.

Os doentes podem tomar café, mas o consumo de álcool está desaconselhado (e está proibido durante a fase de tratamento com interferão), já que pode favorecer a replicação do vírus e aumentar os riscos de cirrose e cancro no fígado.

### Como se movimentar

A hepatite é geralmente acompanhada por uma grande dose de fadiga, mas os doentes crónicos não devem obedecer a este capricho do corpo. Para lutar contra o cansaço, aplicam-se os mesmos conselhos que aos demais: é necessário fazer uma alimentação equilibrada, beber água regularmente, dormir bem e preencher o quotidiano e os tempos livres com actividades e projectos estimulantes.

Se nos casos de hepatite aguda o repouso é recomendado, nas hepatites crónicas aconselha-se aos doentes a prática de algum exercício físico. Além de aumentar o afluxo sanguíneo ao fígado, o exercício tem ainda a vantagem de estimular a produção de colesterol HDL (o bom) e de eliminar os excessos de colesterol LDL (o mau). Para desportos radicais ou mais violentos, é melhor ouvir o conselho do médico.

### Como viajar

Nos casos de hepatite aguda, o melhor é deixar as viagens para mais tarde, já que o seu tratamento exige muito repouso, mas ter hepatite crónica não significa ficar em casa e desistir de passeios que ambicionou fazer. As viagens são possíveis e também aqui se aplica o mesmo princípio de necessidade de equilíbrio e bom senso, de controlo e de atenção aos elementos que possam prejudicar o fígado.

Ao longo das viagens, sobretudo se se tratam de países em desenvolvimento, com clima quente e condições de saneamento básico duvidosas, deve-se evitar beber água e gelo de origem desconhecida, ter-se atenção à preparação das refeições e não ingerir alimentos que possam ter sido mal lavados ou mal cozinhados, já que estes podem favorecer a propagação do vírus das hepatites A e E. Os especialistas aconselham, também, a vacinação contra as hepatites A e B, principalmente, quando se viaja para zonas endémicas e se nunca se teve contacto com os vírus que as provocam.

Desde que se tomem estes cuidados, todo e qualquer país do planeta está ao alcance dos doentes de hepatite.

### Como gerir a vida sexual

Não existem impedimentos para um doente crónico ter uma vida sexual activa, mas devem ser tomados cuidados para não contaminar o parceiro, com destaque para o uso do preservativo que previne também outras doenças sexualmente transmissíveis. Os contraceptivos orais não estão contra-indicados para os doentes com hepatite crónica vírica.

Nos casos das hepatites B e D, os parceiros sexuais devem receber a vacina contra a B. Em relação à hepatite C, embora o risco de contágio seja diminuto, é aconselhável usar o preservativo durante o período menstrual. O mesmo se passa com os portadores do vírus da hepatite G, embora não esteja provado que este vírus possa ser transmitido por via sexual. No que respeita à hepatite A, os casos de contágio sexual são raros, na hepatite E não estão provados, mas deve evitar-se o sexo oro-retal.

Por vezes, a insuficiência hepatocelular pode originar impotência e esterilidade. Nos casos de cirrose em que se verifica esta insuficiência, os homens podem sofrer hipertrofia das mamas, diminuição dos testículos ou perda dos pelos púbicos e as mulheres podem deixar de ter menstruação.

### Gravidez

A descoberta de hepatite durante a gravidez implica, tal como nos restantes casos, o seu tratamento. Deve verificar-se que o processo de cura teve efeito e que a doença não passou a estado crónico. Os riscos para o feto são, em geral, limitados, porque a maioria dos vírus da hepatite não atravessa a barreira placentária, e não existem riscos de malformações nem de parto prematuro. Mas há excepções. Sem que se saiba bem porquê, o vírus da hepatite E quando contraído pela mãe, durante o terceiro trimestre de gestação, pode provocar hepatite fulminante e é responsável por uma taxa de mortalidade de 20 por cento.

Quando a mãe é portadora do vírus da hepatite B, a criança é vacinada à nascença, podendo depois ser alimentada com o leite materno. Nos casos de hepatite C e G crónicas, não são conhecidos riscos no aleitamento, até agora, excepto se existirem cortes ou feridas nos mamilos e na boca do bebé.

Em estado avançado da doença, a possibilidade de engravidar é rara, mas possível.

### Como conviver

Quando um dos elementos da família tem hepatite do tipo A ou E, os membros da família devem ter cuidados de higiene redobrados, não compartilhar loiça e talheres com o doente, desinfetar os sanitários com lixívia e lavar sempre as mãos depois de contactar com a pessoa infectada ou com os seus objectos. Nos casos de hepatite B aguda, raramente é necessário tomar qualquer medida em relação ao agregado familiar.

Nos casos de hepatite B crónica, o parceiro sexual deve ser vacinado e no caso do portador ser uma criança os irmãos devem tomar a vacina. O mesmo acontece para a hepatite D. Estando toda a família vacinada, não é necessário tomar outras precauções.

Em relação às hepatites C e G, não se deve partilhar objectos que estiveram em contacto com sangue do doente. Na hepatite auto-imune não são necessárias quaisquer precauções no convívio com os doentes.

### Tratamentos

Os tratamentos com interferão, aplicados aos casos de hepatite B, C e D têm diversos efeitos secundários para os quais os doentes devem estar preparados. A medicação é feita através de injeções subcutâneas que podem ser ministradas pelo próprio, desde que respeitando as regras de higiene. Os primeiros dias de terapia podem ser os mais complicados, o doente é acometido por sintomas semelhantes ao de uma forte gripe, com arrepios, febre, dores de cabeça e cansaço, que tendem a desaparecer ao fim de duas semanas.

É preciso ter em atenção que o tratamento pode causar irritabilidade, nervosismo e ansiedade, existindo casos de depressão em dois a três por cento dos doentes. É também possível a ocorrência de náuseas, diarreias, perda de peso, queda de cabelo, secura da pele, erupções cutâneas e baixa de glóbulos brancos ou das plaquetas sanguíneas, e, em cinco por cento dos casos, podem verificar-se complicações na tiróide.

Na fase de tratamento, os doentes podem ter uma vida normal, mas o álcool está totalmente interdito e as mulheres devem utilizar contraceptivos eficazes porque a gravidez está contra-indicada, durante e até seis meses após a suspensão do tratamento, principalmente se este incluir a Ribavirina.

## Transplante

Depois de um transplante, segundo os especialistas, é possível ter uma vida quase normal, em todos os aspectos. É preciso, no entanto, manter uma vigilância médica regular, já que existe o perigo de rejeição do órgão e de reinfecção.

(Fonte: <http://www.roche.pt>, <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/hepatite/viver-com-hepatite.php>)

## 13 - Sífilis congênita

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica. A sífilis congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida por via placentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença em gestante não tratada ou inadequadamente tratada. Sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção dessa forma da doença. A taxa de óbito (aborto, natimorto, óbito neonatal precoce) é elevada, estimando-se entre 25 até 40% dos casos.

- [» Descrição da doença](#)
- [» Informações gerais sobre a doença](#)
- [» Informações técnicas](#)

## Situação epidemiológica

- [» Aspectos epidemiológicos](#)
- [» Tabela de casos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2006\\*.](#)
- [» Gráfico de casos confirmados de sífilis congênita. Brasil e Grandes Regiões, 1998-2005](#)
- [» Tabela de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade \(por 1.000 nascidos vivos\) segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2006\\*.](#)
- [» Gráfico da Incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade \(por 1.000 nascidos vivos\) segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil e Grandes Regiões, 1998-2006\\*.](#)
- [» Tabela de Casos confirmados de Sífilis Congênita em menores de 01 ano de idade segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2006](#)
- [» Tabela da Incidência de Sífilis Congênita em menores de 01 ano de idade \(por 1.000 nascidos vivos\) segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2006.](#)

## Informações técnicas

Confira dados sobre aspectos clínicos, laboratoriais, ambientais e outras informações de relevo para o agravo da sífilis congênita.

([http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=32166&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32166&janela=1))

## 14 - Sífilis / Sífilis Congênita

Última Revisão: 31/05/2009

Reproduzido de:

Dermatologia na Atenção Básica de Saúde / Cadernos de Atenção Básica Nº 9 / Série A - Normas de Manuais Técnicos; nº 174 [[Link Livre para o Documento Original](#)]

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Políticas de Saúde

Departamento de Atenção Básica

Área Técnica de Dermatologia Sanitária

BRASÍLIA / DF - 2002

### Sífilis / Sífilis Congênita

CID-10:

A50-A53

## DESCRIÇÃO DA SÍFILIS

### Sífilis Adquirida

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, provocadas por uma espiroqueta. A evolução da sífilis é dividida em recente e tardia. A transmissão da sífilis adquirida é sexual e na área gêno-anal, na quase totalidade dos casos. Na sífilis congênita, há infecção fetal via hematogênica, em geral a partir do 4º mês de gravidez.

### Sífilis Adquirida Recente

Esta forma compreende o primeiro ano de evolução, período de desenvolvimento imunitário na sífilis não-tratada e inclui sífilis primária, secundária e latente. A sífilis primária caracteriza-se por apresentar lesão inicial denominada cancro duro ou protossifiloma, que surge em 1 a 2 semanas, ocorrendo adenite satélite. O cancro duro, usualmente, desaparece em 4 semanas, sem deixar cicatrizes. As reações sorológicas para sífilis tornam-se positivas entre a 2ª e a 4ª semanas do aparecimento do cancro. A sífilis secundária é marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Suas manifestações ocorrem de 4 a 8 semanas do aparecimento do cancro. A lesão mais precoce é constituída por exantema morbiliforme não pruriginoso: a roséola (Figura 1). Posteriormente, podem surgir lesões papulosas e pápulo-escamosas palmo-plantares (Figura 2), placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e os condilomas planos. As reações sorológicas são sempre positivas. No período de sífilis recente latente, não existem manifestações visíveis, mas há treponemas localizados em determinados tecidos. Assim, o diagnóstico só é obtido pelas reações sorológicas. Pode

ocorrer com frequência polimicroadenopatia, particularmente de linfonodos cervicais, epitrocleanos e inguinais.

**Figura 1: Sífilis.**



**Figura 2: Sífilis palmo-plantar.**



### Sífilis Adquirida Tardia

É considerada tardia após o primeiro ano de evolução e ocorre em doentes que não receberam tratamento adequado ou que não foram tratados. Suas manifestações clínicas surgem depois de um período variável de latência e compreendem as formas cutânea, óssea, cardiovascular, nervosa e outras. As reações sorológicas são positivas. A sífilis tardia cutânea caracteriza-se por lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo. Na sífilis óssea, pode haver osteíte gomosa, periostite osteíte esclerosante, artralguas, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares. O quadro mais freqüente de comprometimento cardiovascular é a aortite sífilítica (determinando insuficiência aórtica), aneurisma e estenose de coronárias. A sífilis do sistema nervoso é assintomática ou sintomática com as seguintes formas: meningovascular, meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, crise epileptiforme, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par, paralisia geral e tabes dorsalis.

### Sífilis Congênita

É conseqüente à infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, por via placentária. A transmissão faz-se no período fetal a partir de 4 a 5 meses de gestação. Antes dessa fase, a membrana celular das vilosidades coriais parece constituir obstáculo intransponível para o treponema. Após sua passagem transplacentária, o treponema ganha os vasos do cordão umbilical e se multiplica rapidamente em todo o organismo fetal.

### Sífilis Congênita Precoce

É aquela em que as manifestações clínicas se apresentam logo após o nascimento ou pelo menos durante os primeiros 2 anos. Na maioria dos casos, estão presentes já nos primeiros meses de vida. Assume diversos graus de gravidade, sendo sua forma mais grave a sepsse maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia. Apresenta lesões cutâneo-mucosas, como placas mucosas, lesões palmo-plantares (Figura 3), fissuras radiadas periorificiais e condilomas planos anogenitais; lesões ósseas, manifestas por periostite e osteocondrite, lesões do sistema nervoso central e lesões do aparelho respiratório, hepatoesplenomegalia, rinites sanguinolentas, pseudoparalisia de Parrot (paralisia dos membros), pancreatite e nefrite.

**Figura 3: Sífilis congênita.**



### **Sífilis Congênita Tardia**

É a denominação reservada para a sífilis que se declara após o segundo ano de vida. Corresponde, em linhas gerais, à sífilis terciária do adulto, por se caracterizar por lesões gomosas ou de esclerose delimitada a um órgão ou a pequeno número de órgãos: fronte olímpica (Figura 4), mandíbula curva, arco palatino elevado, tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson (Figura 5) + ceratite intersticial + lesão do VIII par de nervo craniano), nariz em sela (Figura 6) e tibia em lâmina de sabre.

**Figura 4: Sífilis congênita: fronte olímpica.**



**Figura 5: Sífilis congênita: dentes de Hutchinson.**



**Figura 6: Sífilis congênita: nariz em sela.**



### **SINÓNÍMIA**

Lues, doença gálica, lues venérea, mal gálico, sífilose, doença britânica, mal venéreo, peste sexual.

### **ETIOLOGIA DA SÍFILIS**

Treponema pallidum, um espiroqueta de alta patogenicidade.

### **RESERVATÓRIO**

O homem.

## **MODO DE TRANSMISSÃO DA SÍFILIS**

Da sífilis adquirida é sexual, na área genital, em quase todos os casos. O contágio extragenital é raro. Na sífilis congênita, há infecção fetal por via hematogênica, em geral a partir do 4º mês de gravidez. A transmissão não sexual da sífilis é excepcional, havendo poucos casos por transfusões de sangue e por inoculação acidental.

## **PERÍODO DE INCUBAÇÃO**

Geralmente, de 1 a 3 semanas.

## **DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS**

Clínico, epidemiológico e laboratorial. A identificação do *Treponema pallidum* confirma o diagnóstico. A microscopia de campo escuro é a maneira mais rápida e eficaz para a observação do treponema, que se apresenta móvel. O diagnóstico sorológico baseia-se fundamentalmente em reações não treponêmicas ou cardiolípinicas e reações treponêmicas. A prova de escolha na rotina é a reação de VDRL, que é uma microaglutinação que utiliza a cardiolípinina. O resultado é dado em diluições, e esse é o método rotineiro de acompanhamento da resposta terapêutica, pois nota-se uma redução progressiva dos títulos. Sua desvantagem é a baixa especificidade, havendo reações falso-positivas em numerosas doenças. Rotineiramente, é utilizado o FTA-abs, que tem alta sensibilidade e especificidade, sendo o primeiro a positivar na infecção. O comprometimento do sistema nervoso é comprovado pelo exame do líquido, podendo ser encontradas pleocitose, hiperproteinorraquia e a positividade das reações sorológicas. O RX de ossos longos é muito útil como apoio ao diagnóstico da sífilis congênita.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

### **Cancro Primário**

Cancro mole, herpes genital, linfogranuloma venéreo e donovanose.

### **Lesões Cutâneas na Sífilis Secundária**

Sarampo, rubéola, pitíriase rósea de Gibert, eritema polimorfo, hanseníase virchowiana e collagenoses.

### **Sífilis Tardia**

Se diferencia de acordo com as manifestações de cada indivíduo.

### **Sífilis Congênita**

Outras infecções congênicas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes).

## **TRATAMENTO DA SÍFILIS**

### **Sífilis Adquirida**

Sífilis primária: penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, IM, dose única (1.200.000, IM, em cada glúteo); sífilis secundária: penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, IM, 1 vez por semana, 2 semanas (dose total 4.800.000 UI); sífilis terciária: penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, IM, 1 vez por semana, 3 semanas (dose total 7.200.000 UI).

### **Sífilis Congênita no Período Neonatal**

Para todos os casos, toda gestante terá VDRL à admissão hospitalar ou imediatamente após o parto; todo recém-nascido cuja mãe tenha sorologia positiva para sífilis deverá ter VDRL de sangue periférico; nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada (terapia não penicilínica, ou penicilínica

incompleta, ou tratamento penicilínico dentro dos 30 dias anteriores ao parto), independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar RX de ossos longos, punção lombar (se for impossível, tratar o caso como neurosífilis) e outros exames quando clinicamente indicados. Se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina cristalina na dose de 100.000 U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias; ou penicilina G procaína, 50.000 U/kg, IM, por 10 dias; se houver alteração liquórica, prolongar o tratamento por 14 dias com penicilina G cristalina na dose de 150.000 U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade. Se não houver alterações clínicas, radiológicas, liquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido, dever-se-á proceder ao tratamento com penicilina benzatina, IM, na dose única de 50.000 U/kg. Acompanhamento clínico e com VDRL (1 e 3 meses).

Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: VDRL em sangue periférico do RN; se for reagente ou na presença de alterações clínicas, realizar RX de ossos longos e punção lombar. Se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, tratar com penicilina cristalina, na dose de 100.000 U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias; ou penicilina G procaína, 50.000 U/kg, IM, por 10 dias. Se a sorologia (VDRL) do recém-nascido for 4 vezes maior (ou seja 2 diluições) que a da mãe, tratar com penicilina cristalina na dose de 100.000 U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias, ou penicilina G procaína, 50.000 U/kg IM, por 10 dias. Se houver alteração liquórica, prolongar o tratamento por 14 dias com penicilina G cristalina, na dose de 150.000 U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade. Se não houver alterações clínicas, radiológicas, liquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido, acompanhar o paciente, mas na impossibilidade, tratar com penicilina benzatina, IM, na dose única de 50.000 U/kg.

Observações: no caso de interrupção por mais de 1 dia de tratamento, o mesmo deverá ser reiniciado. Em todas as crianças sintomáticas, deverá ser efetuado exame oftalmológico (fundo de olho). Seguimento: ambulatorial mensal; realizar VDRL com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses, interrompendo quando negativar; diante das elevações de títulos sorológicos ou não negatificação desses até os 18 meses, reinvestigar o paciente.

### **Sífilis Congênita após o Período Neonatal**

Fazer o exame do LCR e iniciar o tratamento com penicilina G cristalina, 100.000 a 150.000 U/kg/dia, administrada a cada 4 a 6 horas, durante 10 a 14 dias.

### **Sífilis e Aids**

A associação de sífilis e aids é relativamente freqüente. De acordo com o grupo social, essa associação pode ocorrer em 25% dos doentes. São poucas as documentações sobre este assunto. Na maioria dos doentes com sífilis e infecção pelo HIV, as lesões do secundarismo podem ser numerosas e extensas, com fácil sangramento e tempo de cicatrização maior, sugerindo um quadro que ocorria no passado, denominado de sífilis maligna precoce. Os títulos sorológicos pelo VDRL podem ser mais elevados nos doentes coinfectados pelo HIV, dependendo do grau de imunossupressão é aconselhável que estes pacientes façam sorologia do líquido.

### **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA SÍFILIS**

Doença universal, de transmissão sexual. A sífilis congênita constitui-se em doença de eliminação.

## OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Detecção ativa e precoce dos casos de sífilis congênita para tratamento adequado das mães e crianças, para adoção das medidas de controle visando sua eliminação; interromper a cadeia de transmissão da sífilis adquirida (detecção e tratamentos precoces dos casos e dos parceiros).

## NOTIFICAÇÃO

A sífilis congênita é doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. A sífilis adquirida deve ser notificada de acordo com as normas estaduais e/ou municipais. A Coordenação Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde, selecionou fontes de informações específicas em conjunto com estados e municípios para as DST, visando o aprimoramento da sua vigilância.

## MEDIDAS DE CONTROLE DA SÍFILIS

- a) O Ministério da Saúde é signatário de acordo internacional que busca a “eliminação da sífilis congênita”. Para alcançar esse objetivo está em andamento a implantação de atividades especiais para eliminação, em aproximadamente 6.000 maternidades brasileiras. Deve-se observar a correta forma de tratamento dos pacientes; a plena integração de atividades com outros programas de saúde; o desenvolvimento de sistemas de vigilância locais ativos;
- b) Interrupção da cadeia de transmissão (diagnóstico e tratamento adequados);
- c) Aconselhamento (confidencial): orientações ao paciente com DST para que discrimine as possíveis situações de risco em suas práticas sexuais; desenvolva a percepção quanto à importância do seu tratamento e de seus parceiros sexuais e de comportamentos preventivos;
- d) Promoção do uso de preservativos;
- e) Aconselhamento aos parceiros;
- f) Educação em saúde, de modo geral.

**Observação:** as associações entre diferentes DST são frequentes, destacando-se, atualmente a relação entre a presença de DST e aumento do risco de infecção pelo HIV, principalmente na vigência de úlceras genitais. Desse modo, se o profissional estiver capacitado a realizar aconselhamento, pré e pós-teste para detecção de anticorpos anti-HIV, quando do diagnóstico de uma ou mais DST, deve ser oferecida essa opção ao paciente. Portanto, toda DST constitui-se em evento sentinela para busca de outra doença sexualmente transmissível e possibilidade de associação com o HIV. É necessário, ainda, registrar que o Ministério da Saúde vem implementando a “abordagem sindrômica” aos pacientes de DST, visando aumentar a sensibilidade no diagnóstico e tratamento dessas doenças, o que resultará em um maior impacto na redução dessas infecções

**Figura 7: Sífilis elegante de Fournier.**



## **SOBRE OS DIREITOS AUTORAIS DO DOCUMENTO**

Consta no documento:

“Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.”

O objetivo do site MedicinaNet e seus editores é divulgar este importante documento. Esta reprodução permanecerá aberta para não assinantes indefinidamente.

(Fonte: [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1959/sifilis\\_sifilis\\_congenita.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1959/sifilis_sifilis_congenita.htm))

## **15 - Sífilis congênita**

### **Sífilis**

#### **O que é**

É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Podem se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença.

Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a [sífilis congênita](#) pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre da gestação e no momento do parto (independentemente de exames anteriores). O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental.

#### **Formas de contágio**

A sífilis pode ser transmitida de uma pessoa para outra durante o sexo sem camisinha com alguém infectado, por transfusão de sangue contaminado ou da mãe infectada para o bebê durante a gestação ou o parto. O uso da camisinha em todas as relações sexuais e o correto acompanhamento durante a gravidez são meios simples, confiáveis e baratos de prevenir-se contra a sífilis.

#### **Sinais e sintomas**

Os primeiros sintomas da doença são pequenas feridas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas (ínguas), que surgem entre a 7 e 20 dias após o sexo desprotegido com alguém infectado. A ferida e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Mesmo sem tratamento, essas feridas podem desaparecer sem deixar cicatriz. Mas a pessoa continua doente e a doença se desenvolve. Ao alcançar um certo estágio, podem surgir manchas em várias partes do corpo (inclusive mãos e pés) e queda dos cabelos.

Após algum tempo, que varia de pessoa para pessoa, as manchas também desaparecem, dando a ideia de melhora. A doença pode ficar estacionada por meses ou anos, até o momento em que surgem complicações graves como cegueira, paralisia, doença cerebral e problemas cardíacos, podendo, inclusive, levar à morte.

#### **Diagnóstico**

Quando não há evidencia de sinais e ou sintomas, é necessário fazer um teste laboratorial. Mas, como o exame busca por anticorpos contra a bactéria, só pode ser feito a partir da primeira à terceira semana após o contágio.

## Tratamento

Recomenda-se procurar um profissional de saúde, pois só ele pode fazer o diagnóstico correto e indicar o tratamento mais adequado, dependendo de cada estágio. É importante seguir as orientações médicas para curar a doença.

## Sífilis congênita

É a transmissão da doença de mãe para filho. A infecção é grave e pode causar má-formação do feto, aborto ou morte do bebê, quando este nasce gravemente doente. Por isso, é importante fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado é positivo, tratar corretamente a mulher e seu parceiro. Só assim se consegue evitar a transmissão da doença.

## Sinais e sintomas

A sífilis congênita pode se manifestar logo após o nascimento, durante ou após os primeiros dois anos de vida da criança. Na maioria dos casos, os sinais e sintomas estão presentes já nos primeiros meses de vida. Ao nascer, a criança pode ter pneumonia, feridas no corpo, cegueira, dentes deformados, problemas ósseos, surdez ou deficiência mental. Em alguns casos, a sífilis pode ser fatal.

O diagnóstico se dá por meio do exame de sangue e deve ser pedido no primeiro trimestre da gravidez. O recomendado é refazer o teste no 3º trimestre da gestação e repeti-lo logo antes do parto, já na maternidade. Quem não fez pré-natal, deve realizar o teste antes do parto. O maior problema da sífilis é que, na maioria das vezes, as mulheres não sentem nada e só vão descobrir a doença após o exame.

## Tratamento

Quando a sífilis é detectada, o tratamento deve ser indicado por um profissional da saúde e iniciado o mais rápido possível. Os parceiros também precisam fazer o teste e ser tratados, para evitar uma nova infecção da mulher. No caso das gestantes, é muito importante que o tratamento seja feito com a penicilina, pois é o único medicamento capaz de tratar a mãe e o bebê. Com qualquer outro remédio, o bebê não estará sendo tratado. Se ele tiver sífilis congênita, necessita ficar internado para tratamento por 10 dias. O parceiro também deverá receber tratamento para evitar a reinfeção da gestante e a internação do bebê.

## Cuidados com o recém-nascido

Todos os bebês devem realizar exame para sífilis independentemente dos exames da mãe. Os bebês que tiverem suspeita de sífilis congênita precisam fazer uma série de exames antes de receber alta.

(Fonte: <http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>)

## 17 - Sífilis na gestação

Anualmente, 3 milhões de mulheres dão à luz no Brasil. Estimativas de 2004 apontam prevalência de sífilis em 1,6% das mulheres no momento do parto - aproximadamente 49 mil gestantes e 12 mil nascidos vivos com sífilis, considerando-se uma taxa de transmissão de 25%, de acordo com estimativa da OMS. A sífilis durante a gravidez pode causar aborto, além de cegueira, surdez, deficiência mental e malformações no feto.

A incidência de sífilis em parturientes é quatro vezes maior que a da infecção pelo HIV. É considerada infectada toda gestante que durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem apresente evidência clínica de sífilis, com teste positivo ou não.

### Sífilis congênita

A sífilis congênita é o resultado da transmissão de mãe para filho da bactéria *Treponema pallidum*. A notificação da sífilis tornou-se obrigatória em 1986 e deve seguir um dos critérios abaixo:

1. Feto e criança nascida morta de mãe com sífilis;
2. Criança com menos de 13 anos com as evidências: teste positivo, teste positivo após 1,5 ano de idade ou teste com índices maiores que os da mãe;
3. Criança com menos de 13 anos com teste positivo e evidência da doença;
4. Presença de infecção em placenta, cordão umbilical e amostra da lesão, biópsia ou necropsia de aborto, no bebê ou na criança nascida morta.

Com a realização do diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal, é possível eliminar a sífilis congênita, ou seja, reduzir o agravo para até 0,5 caso por mil nascidos vivos.

(Fonte: <http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis-na-gestacao>)

## 18 - Por que alertar o parceiro

O controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) não se dá somente com o tratamento de quem busca ajuda nos serviços de saúde. Para interromper a transmissão dessas doenças e evitar a reinfecção, é fundamental que os parceiros sejam testados e tratados com orientações de um profissional de saúde.

Os parceiros devem ser alertados sempre que uma DST é diagnosticada. É importante repassar a eles informações sobre as formas de contágio, o risco de infecção, a necessidade de atendimento em uma unidade de saúde e a importância de evitar contato sexual até que o parceiro seja tratado e orientado.

(Fonte: <http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-alertar-o-parceiro>)

## 19 - Previna-se

### Formas de infecção do HIV/aids e hepatites virais

- [Formas de Contágio](#)

### Como evitar a aids, as hepatites virais e outras DST

- [Por que usar a camisinha](#)

### Previna-se

- [Equipamentos para uso de drogas](#)
- [Acompanhamento durante a gravidez](#)
- [Cuidados com a higiene](#)

### Populações vulneráveis

- [Jovem](#)
- [Gays, travestis e outros homens que fazem sexo com homens](#)
- [Presídios](#)

## Distribuição de camisinhas

- [Previna-se](#)

(Fonte: <http://www.aids.gov.br/pagina/previnase>)

## **20 - Publicações**

### **Últimas**

#### [Nota técnica 223/2011](#)

Data de Publicação: 05/08/2011 Descrição: Cancelamento da nota técnica 197/2011 sobre os critérios de priorização temporária para a realização dos testes de quantifica...

#### [Boletim Epidemiológico Hepatites Virais 2011](#)

Data de Publicação: 28/07/2011

#### [Hepatites Virais no Brasil: Situação, Ações e Agenda](#)

Data de Publicação: 28/07/2011 Descrição: As metas previstas para o período 2011-2012 estão em fase de implantação, já foram implementadas ou estão estruturadas, permitindo que...

#### [Nota técnica nº 197/2011](#)

Nota técnica nº 197/2011 - CQV-D-DST/AIDS-HV/SVS/MS Assunto: Critérios de priorização temporária para realização dos testes de quantificação da carga viral do HIV

#### [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções](#)

Data de Publicação: 18/07/2011

#### [Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero](#)

Data de Publicação: 26/11/10

#### [Nota técnica nº 71/2011](#)

Nota Técnica nº 71/2011/CGPNI/DEVEP/SVS/MS Assunto: Recomendações da vacina contra influenza para pessoas que vivem com HIV dentre outros agravos no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE.

#### [Nota técnica nº 140/2011](#)

Assunto: Profilaxia da reinfecção do vírus da hepatite B (HBV) pós transplante hepático.

#### [Nota técnica nº 119/2011/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS](#)

Descrição: 28 de julho - Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais

#### [Teste rápido - Por que não?](#)

Data de Publicação: 23/10/2007 Descrição: Documento reúne os estudos que contribuíram para a política de ampliação da testagem para o HIV no Brasil. PDF [2 MB]

(Fonte: <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>)