



EMESCAM

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Av. Nossa Senhora da Penha 2190 - Bairro Santa Luiza - Cx. Postal 5135 - CEP 29045-402 - Vitória-ES - Tel 0(xx)27 3334-3500 - Fax 0(xx)27 3334-3510



BEATRIZ SEVES DE HOLANDA
JULIANA DE OLIVEIRA MACHADO

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA INFECÇÃO CRÔNICA
PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM UM AMBULATÓRIO DE
REFERÊNCIA PARA HEPATITES VIRAIS**

VITÓRIA
2010

BEATRIZ SEVES DE HOLANDA
JULIANA DE OLIVEIRA MACHADO

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA INFECÇÃO CRÔNICA
PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM UM AMBULATÓRIO DE
REFERÊNCIA PARA HEPATITES VIRAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientadora: Prof^ª. Luciana Lofêgo Gonçalves

VITÓRIA
2010

BEATRIZ SEVES DE HOLANDA
JULIANA DE OLIVEIRA MACHADO

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA INFECÇÃO CRÔNICA
PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM UM AMBULATÓRIO DE
REFERÊNCIA PARA HEPATITES VIRAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 15 de dezembro de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Luciana Lofêgo Gonçalves
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora: Luciana Lofêgo Gonçalves

Prof. Fabiano Quarto Martins
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Prof^a. Thaísa Ribeiro
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

VITÓRIA
2010

RESUMO

A hepatite B é uma das principais causas de doença hepática crônica em todo o mundo, podendo evoluir para formas graves de doença hepática como a cirrose hepática e o carcinoma hepatocelular. Apesar disso, há uma carência de dados epidemiológicos a respeito desses pacientes em nosso meio. O objetivo desse trabalho é descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes com infecção crônica pelo vírus da hepatite B atendidos no ambulatório de hepatites virais da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e, portanto esse estudo pode contribuir para melhor conhecimento das características da hepatite crônica B nesses pacientes. Foram avaliados 61 prontuários de pacientes com infecção crônica B atendidos nesse ambulatório no período de julho de 2004 a março de 2010. A faixa etária entre 30-39 anos foi a que abrangeu o maior número de pacientes (26,2%). Houve predominância do sexo masculino (72,1%). 55,7% dos pacientes foram classificados como portadores inativos do vírus da hepatite B enquanto 9,8% apresentavam cirrose hepática por esse vírus. No momento do diagnóstico a maioria dos pacientes encontrava-se assintomático (62,3%). Os fatores de risco predominantes foram: cirurgia prévia (31,1%) e promiscuidade sexual (18%). Nosso estudo, assim como os dados de literatura, mostra nítido predomínio da infecção crônica pelo vírus da hepatite B em pacientes do sexo masculino. A maior parte dos nossos pacientes foi classificada como portador inativo do vírus da hepatite B, mas entre os que apresentavam doença ativa houve predomínio de infecção por vírus mutante pré-core. Apenas 9,8% dos pacientes eram portadores de cirrose hepática pelo VHB.

Descritores: Hepatite B; infecção crônica pelo vírus da hepatite B; epidemiologia; fatores de risco.

TERMOS E ABREVIATURAS

Anti-HBc anticorpo contra o antígeno central do vírus da hepatite B

Anti-HBe anticorpo contra o antígeno e do vírus da hepatite B

Anti-HBs anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B

CEP Conselho de Ética e Pesquisa

CHC carcinoma hepatocelular

DNA ácido desoxirribonucléico

EMESCAM Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

HBcAg antígeno central do vírus da hepatite B

HBeAg antígeno e do vírus da hepatite B

HBsAg antígeno de superfície do vírus da hepatite B

HIV vírus da imunodeficiência humana

IgG imunoglobulina da classe G

Kb quilobase

nm nanômetro

RNA ácido ribonucléico

SCMV Santa Casa de Misericórdia de Vitória

VHB vírus da hepatite B

VHC vírus da hepatite C

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 OBJETIVOS	09
3 JUSTIFICATIVA	10
4 PACIENTES E MÉTODOS	11
5 ASPECTOS ÉTICOS	14
6 RESULTADOS	15
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	20
8 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXO I	27
ANEXO II	30

1 INTRODUÇÃO

O vírus da hepatite B é um vírus DNA de dupla hélice parcial com 3,2 kb, membro da família hepadnavírus. Sua estrutura de 42nm é composta de camada externa ou superficial, não infecciosa, de composição lipoprotéica e uma formação interna denominada de “core”, que ao contrário da camada externa é altamente infecciosa. O envoltório externo contém proteínas antigênicas denominadas de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg), e o envoltório interno apresenta o antígeno central (HBcAg) e o antígeno e (HBeAg). O HBsAg é a proteína do envoltório expressa na superfície externa do vírion e nas estruturas esféricas e tubulares menores, e seu anticorpo correspondente é o anti-HBs. O HBcAg é o antígeno expresso no cerne do nucleocapsídeo, liga-se ao RNA e o incorpora, e contém o DNA do vírus da hepatite B (VHB) sendo seu anticorpo correspondente o anti-HBc. O HBeAg é uma proteína solúvel e não-particulada do nucleocapsídeo e funciona como um marcador qualitativo da replicação e infectividade do HBV DNA¹⁻⁴. Existem oito subtipos e sete genótipos (A-G) diferentes descritos para o VHB. A distribuição geográfica dos genótipos e subtipos varia e esses últimos não possuem relação com a evolução clínica e prognóstico^{2, 3}. O VHB possui tropismo pelo tecido hepático, necessitando do hospedeiro para completar seu ciclo de vida³.

As maiores concentrações de vírus são observadas no sangue e secreções serosas, reduzindo de forma significativa no sêmen, fluido vaginal e saliva. As principais formas de contágio são: transmissão parenteral ou percutânea através de transfusão de sangue ou derivados, uso de drogas intravenosas, transplante de órgãos ou tecidos e acidentes com agulhas, transmissão sexual e perinatal⁵. A maior prevalência está relacionada aos fatores de risco: hemodiálise, transfusões de sangue ou hemoderivados, manipulação de sangue humano, acidentes com materiais perfuro-cortantes, convivência íntima com infectados, uso de drogas ilícitas e contato com múltiplos parceiros sexuais^{5, 6}.

A infecção aguda pelo VHB pode ser sintomática ou assintomática e pode evoluir para hepatite crônica, sendo que essa última pode progredir para cirrose hepática ou carcinoma hepatocelular e predispor a infecção pelo vírus da hepatite delta^{1, 7}. A

infecção pelo VHB é uma das principais causas de doença hepática crônica no mundo, sendo responsável por quase metade dos casos de cirrose e carcinoma hepatocelular (CHC), sendo uma das principais indicações de transplante de fígado em todo o mundo^{8,9}.

A infecção pelo VHB afeta cerca de 1,25 milhões de pessoas nos Estados Unidos e 350 a 400 milhões em todo o mundo sendo responsável por 4000 a 5500 mortes nos Estados Unidos e 1 milhão na esfera mundial¹. No Brasil, pelo menos 15% da população já foi infectada pelo vírus da hepatite B e 1% apresenta doença crônica relacionada a este vírus^{3,8}.

O risco de progressão para hepatite crônica após infecção aguda pelo VHB é de 5-10% nos adultos e de 90% nos neonatos^{3,8}. Os principais fatores de risco associados à maior progressão para cronicidade são: aquisição da doença no período perinatal, sexo masculino, co-infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), imunossupressão e insuficiência renal crônica em hemodiálise, transplante renal¹⁰. A persistência do HBsAg por mais de 6 meses após a infecção aguda define a presença de hepatite crônica B³. O curso natural da infecção crônica pelo VHB consiste em uma fase replicativa e uma não replicativa. Na fase replicativa (fase inicial) o DNA do vírus pode ser detectado tanto no soro quanto no núcleo dos hepatócitos, onde se encontra na forma livre. Esse estágio replicativo é a época de maior infectividade e lesão hepática. Posteriormente, a fase replicativa dá lugar a uma fase relativamente não replicativa da infecção crônica pelo VHB na qual ocorre soroconversão de HBeAg positivo para anti-HBeAg positivo e a lesão hepática tende a regredir. A maioria dos pacientes seria então identificada como portadores inativos do VHB³. O mecanismo pelo qual o VHB provoca lesão hepática continua controverso, mas observações sugerem que o vírus não seja diretamente citopático. A resposta imune celular constitui-se na hipótese mais aceita para explicar a patogenia da lesão hepática pelo vírus da hepatite B. Sugere-se que as proteínas do nucleocapsídeo (HBcAg e possivelmente HBeAg), presentes sobre a membrana celular constituam os antígenos-alvo virais e juntamente com os antígenos do hospedeiro atraíam células T citolíticas para destruírem os hepatócitos infectados pelo vírus da hepatite B. As manifestações extra-hepáticas da hepatite B aguda parecem ser desencadeadas por lesões teciduais provocadas por imunocomplexos¹.

O portador de infecção crônica pelo VHB pode ter uma doença ativa ou inativa⁸. A hepatite B crônica em atividade caracteriza-se pela positividade do HBsAg e do anti-HBc de classe IgG, HBV-DNA no soro em altos títulos e presença de HBeAg, indicando replicação viral, elevação persistente ou intermitente de aminotransferases séricas e evidências histológicas de processo necroinflamatório⁸. Entretanto, certos indivíduos mesmo apresentando doença ativa, com presença de HBsAg no soro e títulos elevados de HBV-DNA, não apresentam HBeAg no soro. Estes indivíduos possuem uma mutação viral (mutantes pré-core) que apesar de promover replicação de forma eficiente e de ser patogênico, não produz HBeAg⁴. Já a hepatite B crônica sem atividade (portador inativo do VHB) consiste em HBsAg positivo e HBeAg negativo, acompanhado de níveis séricos do HBV-DNA inferiores a 10.000 cópias/ml ou 2.000 UI/ml e aminotransferases persistentemente normais, por um período superior a 6 meses. Recomenda-se que todos os portadores inativos do VHB devam ser seguidos, a cada 6 a 12 meses, com determinações das aminotransferases, da alfafetoproteína e ultrassonografia abdominal. Na presença de elevação das aminotransferases (maior que 2 vezes o limite superior da normalidade) deve-se reconsiderar o estado de “portador inativo”, sendo necessária a avaliação da replicação viral com a pesquisa do HBeAg e HBV-DNA sérico e biópsia hepática⁸.

O tratamento está indicado para aqueles pacientes com hepatite crônica HBeAg positivo, aminotransferases elevadas acima de 2 vezes o limite superior da normalidade e/ou biópsia hepática demonstrando atividade necroinflamatória ou fibrose. Já os pacientes HBeAg negativos, com alteração de transaminases e elevada carga viral (HBV DNA > 10.000 cópias/ml ou 2.000 UI/ml) portadores de vírus mutantes pré-core, devem ser considerados para biópsia e tratamento⁸. Os “portadores inativos” não têm indicação de tratamento⁸. As drogas atualmente disponíveis para o tratamento da hepatite crônica B são: interferon alfa, lamivudina, interferon peguilado, adefovir, tenofovir e entecavir^{8,9,11}.

2 OBJETIVOS

- Descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes com infecção crônica pelo vírus da hepatite B (VHB) atendidos no ambulatório de hepatites virais da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV);
- Conhecer o percentual de portadores de infecção crônica pelo VHB que apresentam doença ativa ou inativa;
- Conhecer o percentual de cirrose hepática entre os portadores de infecção crônica pelo VHB em nosso meio.

3 JUSTIFICATIVA

A infecção pelo VHB afeta cerca de 350 a 400 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável por 1 milhão de mortes. No Brasil, a prevalência da hepatite crônica B é de cerca de 1%^{1, 3, 8}. A hepatite B é uma das principais causas de doença hepática crônica no mundo, podendo evoluir para cirrose, estágios finais de doenças hepáticas e carcinoma hepatocelular⁸. O impacto econômico associado à hepatite crônica do vírus B é relevante, pois, em áreas endêmicas, o desenvolvimento do carcinoma hepatocelular (CHC) e da cirrose ocorrem na população jovem e acarreta em um comprometimento da vida produtiva¹⁰. No Espírito Santo a prevalência do vírus é heterogênea, com a região Sul sendo considerada de alta prevalência, especialmente a cidade de Vargem Alta, existindo municípios de prevalência média, principalmente os de colonização italiana e os demais municípios considerados de baixa prevalência¹².

Apesar disso há uma carência de dados epidemiológicos a respeito desses pacientes, portanto esse estudo pode contribuir para melhor conhecimento das características da hepatite crônica B em pacientes atendidos no nosso ambulatório.

4 PACIENTES E MÉTODOS

Estudo retrospectivo baseado na avaliação de prontuários de pacientes com infecção crônica pelo VHB acompanhados no ambulatório de hepatites virais da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. A ficha preenchida com dados obtidos dos prontuários encontra-se no Anexo I. No anexo II encontra-se a autorização para consulta do arquivo. Foram incluídos no estudo todos os pacientes maiores de dezoito anos com diagnóstico de infecção crônica pelo VHB, definida pela presença de HBsAg positivo por mais de 6 meses. Os pacientes que não apresentaram história clínica completa e dados da evolução da doença registrados no prontuário foram excluídos do estudo.

Foram analisados 73 prontuários de pacientes com infecção crônica B atendidos nesse ambulatório no período de julho de 2004 a março de 2010. 61 pacientes foram incluídos no estudo e 12 foram excluídos devido à falta de dados no prontuário médico.

No presente trabalho os casos de hepatite B crônica foram analisados segundo as seguintes características: faixa etária, sexo, raça, estado civil, naturalidade, procedência, diagnóstico do tipo de infecção crônica pelo VHB, presença de co-infecção pelo VHC, presença de co-infecção pelo HIV, modo de apresentação da doença, presença de comportamento de risco, tipo de comportamento de risco, realização de biópsia hepática, resultado da biópsia hepática, realização de tratamento e medicação utilizada.

Em relação ao tipo de diagnóstico da infecção crônica pelo VHB os pacientes foram classificados em:

Portador inativo do VHB: pacientes com HBsAg positivo, anti-HBc IgG positivo, HBeAg negativo, anti-HBe positivo e transaminases normais. Quando o HBV-DNA foi realizado, o encontro de níveis abaixo de 10.000 cópias/ml ou de 2.000 UI/ml também definiu a presença de portador inativo do VHB².

Hepatite crônica HBeAg positivo: pacientes com HBsAg positivo, anti-HBc IgG positivo, HBeAg positivo, anti-HBe negativo e transaminases alteradas, acima de 2

vezes o valor de referência. Quando o HBV-DNA foi realizado, o encontro de níveis acima de 10.000 cópias/ml ou de 2.000 UI/ml corroborou com esse diagnóstico.

Hepatite crônica HBeAg negativo (infecção por vírus mutante pré-core): pacientes com HBsAg positivo, anti-HBc IgG positivo, HBeAg negativo, anti-HBe positivo e transaminases alterada, acima de 2 vezes o valor de referência. Quando o HBV-DNA foi realizado, o encontro de níveis acima de 10.000 cópias/ml ou de 2.000 UI/ml confirmou esse diagnóstico.

Cirrose hepática: pacientes com HBsAg positivo, anti-HBc IgG positivo e com presença de estigmas periféricos de hepatopatia crônica e complicações da cirrose como ascite ou com exames complementares mostrando: endoscopia digestiva alta com presença de varizes de esôfago e/ou ultra-sonografia de abdome mostrando fígado reduzido com alteração da textura hepática e presença de esplenomegalia².

A co-infecção pelos VHC e HIV foi diagnosticada na presença de anti-VHC positivo e presença de RNA do VHC no caso de co-infecção pelo VHC e pela presença de exame de anti-HIV positivo no caso de co-infecção pelo HIV².

Em relação ao modo de apresentação da doença os pacientes foram divididos em:

Exacerbação aguda da hepatite crônica B: quando a apresentação inicial foi de uma reativação da infecção crônica, caracterizada pela elevação de transaminases acima de 10 vezes o limite superior de normalidade.

Sintomas inespecíficos: quando a presença de sintomas inespecíficos como astenia e adinamia levaram o paciente a procurar assistência médica.

Pacientes assintomáticos: quando o diagnóstico foi realizado durante exames de rotina ou investigação familiar a partir de um caso índice.

Cirrose hepática compensada ou descompensada: Nos pacientes que apresentavam na consulta inicial, diagnóstico de cirrose hepática compensada ou descompensada definida pela presença de ascite, hemorragia digestiva, icterícia ou encefalopatia hepática.

Os fatores de risco, presentes na apresentação da doença, relacionados à infecção pelo VHB pesquisados foram: transfusão de sangue ou hemoderivados, uso de drogas injetáveis ou inalatórias, história de cirurgias prévias, presença de piercing e/ou tatuagem, promiscuidade sexual, tratamento com hemodiálise. Os profissionais da área de saúde foram considerados como grupo de risco e a possibilidade de transmissão vertical foi investigada em todos os pacientes.

Nos pacientes submetidos à biopsia hepática, essa foi realizada através de punção percutânea com agulha do tipo Trucut ou Menghini. A avaliação histológica foi realizada no serviço de patologia da Santa Casa e foi empregado o método de classificação METAVIR¹³. Essa classificação permite a avaliação da atividade necroinflamatória e da fibrose hepática. A atividade necroinflamatória é dividida em quatro categorias (A0 – Ausente, A1 – Mínima, A2 – Moderada, A3 – Acentuada). Já a fibrose é dividida em cinco categorias (F0 – Ausência de fibrose portal e periportal, F1 – Fibrose portal e periportal sem septos, F2 – Fibrose portal e periportal com raros septos, F3 – Fibrose portal e periportal com numerosos septos, F4 – Cirrose propriamente dita)¹³.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi aprovado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória no dia 15/12/2009 (processo nº 178/2009).

6 RESULTADOS

De acordo com resultados do nosso trabalho, observamos que a faixa etária entre 30-39 anos foi a com maior número de pacientes, seguida pelos pacientes entre 50-59 anos. A faixa etária dos indivíduos com menos de 20 anos é a que mais se distancia das demais, com apenas três pacientes, conforme pode ser observado na tabela 1.

TABELA 1. Distribuição dos pacientes segundo faixa etária

Faixa etária	Número	Porcentagem
< 20 anos	3	4,9
20-29 anos	10	16,4
30-39 anos	16	26,2
40-49 anos	10	16,4
50-59 anos	12	19,7
> 60 anos	9	14,8
Sem dado	1	1,6

Em relação ao sexo e a raça, nota-se que mais de 70% dos pacientes são do sexo masculino e 36,1% de raça branca, conforme exposto nas tabelas 2 e 3.

TABELA 2. Distribuição dos pacientes segundo sexo

Sexo	Número	Porcentagem
Feminino	27	27,9
Masculino	44	72,1

TABELA 3. Distribuição dos pacientes segundo raça

Raça	Número	Porcentagem
Branca	22	36,1
Negra	3	5
Parda	17	27,8
Ignorada	19	31,1

Quanto ao estado civil, aproximadamente 50% dos pacientes são casados, conforme visto na tabela 4.

TABELA 4. Distribuição dos pacientes segundo estado civil

Estado Civil	Número	Porcentagem
Solteiro	18	29,5
Casado	30	49,2
Divorciado/Viúvo	8	13,1
Ignorado	5	8,2

Apesar de grande parte dos doentes ser procedente da Grande Vitória (77%), a maior parcela dos indivíduos analisados é natural de cidades do interior do estado (34,4%). Isto pode ser verificado nas tabelas 5 e 6.

TABELA 5. Distribuição dos pacientes segundo naturalidade

Naturalidade	Número	Porcentagem
Grande Vitória	16	26,2
Interior do Estado	21	34,4
Outros Estados	14	23
Ignorado	10	16,4

TABELA 6. Distribuição dos pacientes segundo procedência

Procedência	Número	Porcentagem
Grande Vitória	47	77
Interior do Estado	5	8,2
Outros Estados	0	0
Sem dado	9	14,8

De acordo com a tabela 7, percebe-se que mais de 50% dos pacientes são portadores inativos do VHB e menos de 10% apresentam cirrose hepática pelo VHB.

TABELA 7. Distribuição dos pacientes segundo classificação diagnóstica

Diagnóstico	Número	Porcentagem
Hepatite crônica HBeAg positivo	8	13,1
Hepatite crônica HBeAg negativo (mutante pré-core)	13	21,3
Portador inativo do VHB	34	55,7
Cirrose hepática pelo VHB	6	9,8

Analisando as tabelas 8 e 9, nota-se, respectivamente, que apenas 2 pacientes apresentam co-infecção com VHC comprovada. A maior parte dos prontuários não possuía dados referentes à co-infecção pelo HIV e dentre os que continham tal informação, nenhum a evidenciou.

TABELA 8. Distribuição dos pacientes segundo presença de co-infecção pelo VHC

Co-infecção VHC	Número	Porcentagem
Sim	2	3,3
Não	48	78,7
Ignorado	11	18

TABELA 9. Distribuição dos pacientes segundo presença de co-infecção pelo HIV

Co-infecção HIV	Número	Porcentagem
Sim	0	0
Não	27	44,3
Ignorado	34	55,7

Dos 61 pacientes estudados, 49 encontravam-se assintomáticos no momento do diagnóstico. Apenas 1 teve hepatite aguda como modo de apresentação da doença. Tais dados podem ser evidenciados na tabela 10. Dos pacientes assintomáticos, 10 eram mulheres diagnosticadas durante o pré-natal.

TABELA 10. Distribuição dos pacientes segundo modo de apresentação da doença

Modo de apresentação	Número	Porcentagem
Hepatite aguda	1	1,6
Sintomas inespecíficos	6	9,8
Assintomático(exames de rotina ou investigação familiar)	49	80,4
Cirrose hepática	2	3,3
Cirrose hepática descompensada	0	0
Ignorado	3	4,9

A tabela 11 mostra que cerca de metade dos pacientes avaliados relataram algum comportamento de risco para aquisição do VHB.

TABELA 11. Distribuição dos pacientes segundo presença de comportamento de risco

Comportamento de risco	Número	Porcentagem
Sim	31	50,8
Não	25	41
Ignorado	5	8,2

Conforme a tabela 12, dentre os comportamentos de risco, os mais referidos pelos pacientes foram cirurgia prévia e promiscuidade sexual. Apenas 5 dos pacientes que referiram cirurgia prévia apresentavam outro comportamento de risco associado - promiscuidade (3), drogas inalatórias (1) e piercing/tatuagem (1).

TABELA 12. Distribuição dos pacientes segundo comportamento de risco

Comportamento de risco	Número	Porcentagem
Transfusão de sangue ou hemoderivados	1	1,6
Drogas injetáveis	1	1,6
Drogas inalatórias	3	4,9
Piercing/tatuagem	2	3,2
Promiscuidade sexual	11	18
Hemodiálise	0	0
Profissional de saúde	0	0
Transmissão vertical	2	3,2
Cirurgia prévia	19	31,1

Foi realizada biópsia hepática em apenas 7 dos pacientes estudados, conforme demonstra a tabela 13. Desses, 3 pacientes foram diagnosticados como hepatite B crônica HBeAg positivo, 3 como hepatite B crônica HBeAg negativo (mutante pré-core) e 1 como portador de cirrose hepática pelo VHB.

TABELA 13. Distribuição dos pacientes segundo realização da biópsia hepática

Biópsia Hepática	Número	Porcentagem
Sim	7	11,5
Não	54	88,5

A tabela 14 revela que 2 das biópsias realizadas não puderam ser classificadas pela ausência de fragmentos mas, das classificadas, notou-se predomínio da classificação A2F3.

TABELA 14. Distribuição dos pacientes segundo resultado da biópsia hepática

Biópsia Hepática	Número	Porcentagem
A1F1	1	14,3
A2F0	1	14,3
A2F2	1	14,3
A2F3	2	28,5
Sem fragmento	2	28,5

Dos pacientes estudados, a grande maioria não realizou tratamento, como exposto na tabela 15. Dos que foram tratados, três foram classificados como hepatite B crônica HBeAg negativo, três eram cirróticos, dois apresentavam hepatite B crônica HBeAg positivo e 1 era portador inativo do VHB. A paciente portadora inativa do VHB era uma paciente grávida que estava realizando tratamento para profilaxia de transmissão vertical.

TABELA 15. Distribuição dos pacientes segundo realização de tratamento

Tratamento	Número	Porcentagem
Sim	9	14,8
Não	52	85,2

Dentre os pacientes em uso de terapia medicamentosa, a droga mais utilizada foi a lamivudina, conforme mostra a tabela 16.

TABELA 16. Distribuição dos pacientes segundo medicação utilizada no tratamento

Tratamento	Número	Porcentagem
Lamivudina	8	88,9
Entecavir	1	11,1

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Observa-se predomínio (78,7%) da infecção pelo VHB em indivíduos pertencentes à população economicamente ativa (faixa etária 20-59 anos).

Além disso, a análise dos dados apresentados mostra que assim como no trabalho realizado no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), São Paulo, no período de janeiro de 2004 a abril de 2007, a faixa etária com maior número de casos é a entre 30-39 anos, enquanto a com menor número de casos, é a inferior a 20 anos¹⁴.

Com relação ao sexo, nota-se predomínio dos homens (72,1%) em relação às mulheres atendidas. Tal fato também foi evidenciado em outros estudos, como a pesquisa sorológica para VHB em pacientes com suspeita clínica em Goiânia, GO (61,1%)¹⁵ e em candidatos à doação de sangue no Hemocentro de Ribeirão Preto-SP, onde o percentual de homens foi de 76,4% dos indivíduos positivos para sorologia para VHB¹⁶.

Quanto à etnia, na América Latina, a infecção pelo VHB tem sido mais freqüente em brancos e pardos¹⁷. Isto também foi evidenciado no presente trabalho onde a distribuição foi a seguinte: raça branca (36,1%), parda (27,8%) e negra (5%), lembrando que 31,1% eram de raça ignorada.

Os pacientes casados são a maioria, correspondendo a 49,2% seguidos pelos solteiros (29,5%) e pelos divorciados/viúvos (13,1%). Em 8,2% dos prontuários este item não foi preenchido. Não foi encontrado nenhum trabalho em que o estado civil do paciente tenha sido citado. Apesar do estado civil casado predominar, foi alta a incidência de promiscuidade sexual como comportamento de risco.

Apesar de a maior parcela dos pacientes (34,4%) ser natural do interior do estado, a Grande Vitória (77%) é a que apresenta a maioria dos pacientes no quesito procedência. Não foram encontrados outros trabalhos ou estudos que pesquisaram esta variável.

55,7% dos pacientes são portadores inativos e 44,3% possuem a forma ativa da doença. Dentre os com doença em atividade, 9,8% desenvolveram cirrose hepática pelo VHB.

Em um estudo realizado no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), São Paulo, no período de janeiro de 2004 a abril de 2007, dentre os 779 casos confirmados de hepatite B e C, 112 foram hepatite B, 651 de hepatite C e 16(2,05%) de co-infecção VHB e VHC¹⁴.

Após tabulação dos dados, percebe-se que no ambulatório de hepatites virais da SCMV também não é freqüente a coexistência de infecção VHB e VHC em um mesmo paciente (3,3%).

A maior parte dos prontuários (55,7%) não possuía dados referentes à co-infecção pelo HIV. Por isso não é possível realizar nenhuma comparação com outros trabalhos como o estudo realizado pela Universidade de São Paulo, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto que mostrou uma prevalência global do HBV de 40,9% nos pacientes infectados pelo HIV¹⁸.

A incidência maior de casos de hepatite B a partir dos 15 anos de idade possivelmente está relacionada ao estilo de vida e a comportamentos que oferecem maior risco, como o uso de drogas injetáveis e relações sexuais sem uso de preservativos^{19, 20}.

Neste trabalho 50,8% dos pacientes relataram algum fator de risco. Dentre os fatores de risco os mais citados foram cirurgia prévia (31,1%) e promiscuidade sexual (18%).

A maioria dos pacientes (88,5%) estudados não foi submetida à biopsia hepática, o que pode ser justificado pela alta porcentagem de portadores inativos do VHB e este fato também pode explicar o pequeno número de pacientes tratados (14,8%). Dos tratados, 88,9% receberam lamivudina.

Após análise e discussão dos dados é possível identificar falhas no preenchimento dos prontuários no que diz respeito às informações epidemiológicas, as quais

deveriam ser inquiridas pelos médicos a fim de possibilitar o melhor conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes infectados pelo VHB e dessa forma permitir que se estabeleçam propostas adequadas de prevenção e rastreamento.

8 CONCLUSÃO

Nosso estudo, assim como os dados de literatura, mostra que a faixa etária abrangendo maior número de casos é a entre 30-39 anos e, além disso, demonstra nítido predomínio da infecção crônica pelo VHB em pacientes do sexo masculino. A maior parte dos nossos pacientes foi classificada como portador inativo do VHB, mas entre os que apresentavam doença ativa houve predomínio de infecção por vírus mutante pré-core. Apenas 9,8% dos pacientes eram portadores de cirrose hepática pelo VHB.

9 REFERÊNCIAS

1. DIENSTAG, J. L. Hepatitis B Virus Infection. **The New England Journal of Medicine**. 359:1486-500. 2008.
2. SILVA, L.C. da. **Hepatites: Aguda e Crônicas**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1995.
3. DIENSTAG, J. L.; ISSELBACHER, K. J. Hepatite crônica. In: HARRISON, T. R.; BRAUNWALD, E. **Harrison Medicina Interna**. 16 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006. vol. 2, cap. 287, p. 1935-1942.
4. HOOFFNALE, J. H.; LINDSAY, K.L. Hepatite viral aguda. In: Goldman, L.; Bennett, J.C. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 21 ed. Editora Guanabara Koogan, 2001. vol 1, cap. 149, p. 871-873.
5. AQUINO, J. A. et al. Soroprevalência de infecções por vírus da hepatite B e vírus da hepatite C em indivíduos do Estado do Pará. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.41, n. 4, p. 334-337. 2008. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822008000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 29 de out. 2008.
6. EL KHOURI, M. et al. Soroprevalência de hepatite B e hepatite C em Monte Negro, Rondônia, Região Amazônica Ocidental Brasileira. **Clinics**, vol. 60, n. 1, p. 29-36, Jan/Feb.2005. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322005000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 30 de out. 2008.
7. KHOURI, M. El.; SANTOS, V. A. dos. Hepatite B: considerações epidemiológicas, imunológicas e sorológicas com ênfase em mutação. **Rev. Hosp. Clin**, São Paulo, v. 59, n. 4. 2004. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-87812004000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 de out. 2008.

8. CONSENSO SOBRE CONDUTAS NAS HEPATITES VIRAIS B e C. Disponível em:

<http://www.sbhepatologia.org.br/pdf/uploads/76281consenso_redacao_final_b.pdf

>. Acesso em: 25 de out. 2008.

9. YIM, H.J.; LOK, A.S-F. Natural History of Chronic Hepatitis B Virus Infection:

What We Knew in 1981 and What We Know in 2005. **Hepatology**, vol. 43, n. 2, p.173-181, Feb. 2006.

10. CASTELO, A. et al. Estimativas de custo da hepatite crônica B no

sistema único de saúde Brasileiro em 2005. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, vol. 53, n. 6. 2007. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000600013)

[42302007000600013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000600013) >. Acesso em: 30 de out. 2008.

11. I CONSENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA

PARA O MANUSEIO E TERAPIA DA HEPATITE B. Disponível em:

<http://www.sbinfecto.org.br/anexos/Consenso%20SBI_Manuseio%20e%20Terapia%20da%20Hepatite%20B_2006.pdf>. Acesso em: 25 de out. 2008.

12. FIGUEIREDO, N. et al. Marcadores sorológicos do vírus da hepatite B em

mulheres jovens atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Vitória, Espírito Santo, 2006. **Rev. Soc. Bras. Méd. Trop.** vol. 41, n. 6, p. 590-595. 2008. Disponível

em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v41n6/v41n6a09.pdf> >. Acesso em: 18 de nov.

2009.

13. POYNARD, B. P. The Metavir cooperative study grup. An algorithm for the

grandig of activity in cronic hepatitis C. **Hepatology**, vol. 24, p. 289-293, 1996.

14. CRUZ, C. R. B.; SHIRASSU, M. M.; MARTINS, W. P. Comparação do perfil epidemiológico das hepatites B e C em um serviço público de São Paulo. **Arq. Gastroenterol.** vol.46, n. 3, p. 225-229. 2009. Disponível em <

<http://www.scielo.br/pdf/ag/v46n3/16.pdf> >. Acesso em 30 de abr. 2010

15. SILVEIRA, T. et al. Hepatitis B seroprevalence in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 6:378-383. 1999.
16. VALENTE, V. B.; COVAS, D.T.; PASSOS, A.D.C. Marcadores sorológicos das hepatites B e C em doadores de sangue do Hemocentro de Ribeirão Preto, SP. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol. 38, p. 488-492. 2005. Disponível em: < <http://pegasus.fmrp.usp.br/projeto/artigos/artigo99.pdf> >. Acesso em 30 de abr. 2010.
17. TANNO, H.; FAY, O. Viral hepatitis in Latin America. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 35:169-82. 2005
18. SOUZA, M. G. et al. Co-infecção HIV e vírus da hepatite B: prevalência e fatores de risco. **Rev. Soc. Brás. Med. Trop.** vol. 37, n. 5, p. 391-395, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n5/21337.pdf> >. Acesso em: 30 de abr. 2010.
19. DUARTE, G. et al. Frequência de gestantes portadoras do HbsAg em uma comunidade brasileira. **Bol. Oficina Sanit. Panam.** 120(3):189-195. 1996.
20. COSTA, M. C. F. Hepatite B e hepatite C: estudo de incidência. **Rev. Port. Saude Publica.** 17(2):47-54. 1999.

ANEXO I

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA INFECÇÃO CRÔNICA PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA PARA HEPATITES VIRAIS

IDENTIFICAÇÃO:

Data da 1ª consulta:

Inicial do paciente:

Prontuário:

Sexo:

Raça:

Data de nascimento:

Idade:

Estado civil:

Naturalidade:

Grau de instrução:

Endereço:

Telefone:

DIAGNÓSTICO:

Hepatite B: Hepatite crônica HBeAg positivo

Hepatite crônica HBeAG negativo (mutante pré-core)

Portador inativo do VHB

Cirrose hepática pelo VHB

Coinfecção com outros vírus: Co-infecção com VHC

Co-infecção com HIV

MODO DE APRESENTAÇÃO DA DOENÇA:

- () Hepatite aguda
- () Sintomas inespecíficos (astenia, adinamia)
- () Assintomático/exames de rotina ou investigação familiar
- () Cirrose hepática
- () Cirrose hepática descompensada: () Ascite () HDA () Icterícia

COMPORTAMENTO DE RISCO/MODO DE TRANSMISSÃO (na época do diagnóstico da infecção):

- () Transfusão de sangue ou hemoderivados (data: __/__/__)
- () Drogas injetáveis () Drogas inalatórias
- () Piercing/tatuagem () Promiscuidade sexual
- () Hemodiálise () Profissional de saúde
- () Transmissão vertical
- () Cirurgia prévia, se sim anotar data:_____

INVESTIGAÇÃO FAMILIAR (anotar sorologia dos pais, irmãos, companheiro (a), filhos):**SOROLOGIA VIRAL:**

Data	/ /	/ /	/ /	/ /
Anti-HBC total				
Anti-HBC IgM				
HBSAg				
Anti-HBs				
HBeAg				
Anti-Hbe				
Anti-VHC				
Anti-VHA IgM				
Anti-VHA IgG				
Anti-HIV				

EXAME DE BIOLOGIA MOLECULAR:

Data	/ /	/ /	/ /	/ /
HBV DNA				

BIOPSIA HEPÁTICA:

Número da biópsia:

Data:

Número de espaços porta:

Atividade inflamatória:

Fibrose:

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento da hepatite Cônica B:

Indicação:

Esquema inicial:

Data de inicio:

Desenvolvimento de resistência:

ANEXO II

Autorização para utilização do arquivo

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

Vitória, ___ de _____ de 2009

Ao responsável pelo arquivo de prontuários da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória.

Peço seu consentimento para consultar prontuários no setor de arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Vitória com o objetivo de realizar o trabalho “Aspectos epidemiológicos da infecção crônica pelo vírus da hepatite B em um ambulatório de referência para hepatites virais”. Ressalto que os pesquisadores se responsabilizarão pela utilização dos dados obtidos a partir dos prontuários se comprometendo a utilizá-los apenas na pesquisa proposta. Será resguardado o sigilo em relação à identificação e aos dados pessoais dos pacientes envolvidos.

Atenciosamente,

Luciana Lofêgo Gonçalves
Pesquisadora Responsável