



# CURSO DE CAPACITAÇÃO EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

## DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HEPATITES VIRAIS



**UNA-SUS**  
Universidade Aberta do SUS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

Reitor – ***Natalino Salgado Filho***

Vice-Reitor – ***Antonio José Silva Oliveira***

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – ***Fernando de  
Carvalho Silva***

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA**

Diretora – ***Nair Portela Silva Coutinho***

CURSO DE CAPACITAÇÃO EM  
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS  
E HEPATITES VIRAIS

**São Luís - MA**  
**2014**

**Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014**

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

**Universidade Federal do Maranhão - UFMA**

**Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS**

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

**Site:** [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

**Normalização**

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva  
(CRB 13ª Região, nº de Registro – 453)

**Revisão ortográfica**

João Carlos Raposo Moreira e Fábio Alex

**Revisão técnica**

Claudio Vanucci Silva de Freitas e Judith Rafaelle Oliveira Pinho

**Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA**

**Curso de capacitação em doenças transmissíveis: doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais/Andiara Garcez de Souza Silva; Francisco Carlos Costa Magalhães (Org.). - São Luís, 2014.**

**26f. : il.**

**1. Doenças sexualmente transmissíveis. 2. Hepatite. 3. Prevenção de doenças. 4. Atenção primária à saúde. 5. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.**

**CDU 616.97**

## **APRESENTAÇÃO**

O objetivo desta unidade é descrever a cadeia de transmissão e medidas de prevenção e controle das principais doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais.

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), também conhecidas popularmente por doenças venéreas, são transmitidas, principalmente, por contato sexual sem o uso de preservativo (masculino ou feminino) com uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas (BRASIL, 2012).

As hepatites virais podem ser classificadas de acordo com formas de transmissão em dois grupos. No primeiro, encontram-se as hepatites A e E, transmitidas pelas vias oral-fecal; e no segundo grupo, as hepatites B, C e D (Delta), pela via vertical (mãe para filho), pelo contato sexual ou por meio de procedimentos médicos/odontológicos, transfusão de sangue/hemoderivados e hemodiálise em que não se aplicam as normas de biossegurança adequadas.

Vamos apresentar as principais características das DSTs mais prevalentes no país e das hepatites virais, a fim de discutirmos sua incidência e refletirmos sobre ações para o controle dessas doenças.

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DSTs)</b>	<b>8</b>
	.....	
<b>1.1</b>	<b>Gonorreia.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2</b>	<b>Sífilis.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3</b>	<b>AIDS.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>HEPATITES VIRAIS .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Hepatites A e E.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2</b>	<b>Hepatites B e D (Delta) .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3</b>	<b>Hepatite C .....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>HEPATITES CRÔNICAS .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>Manifestações orais em portadores das hepatites virais</b>	
	.....	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>32</b>

## 1 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DSTs)

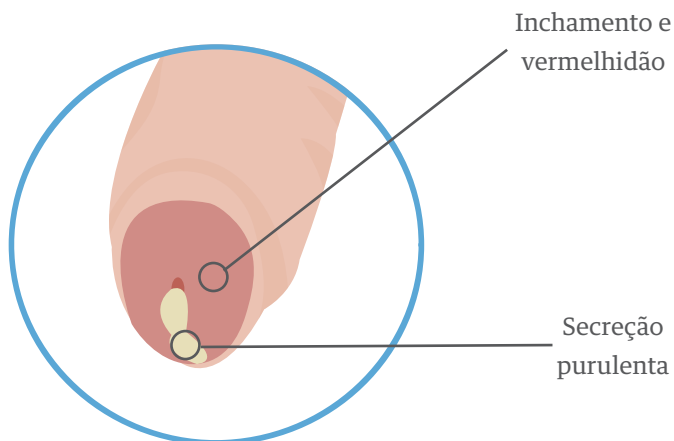
As DSTs afetam a saúde física, emocional e a qualidade de vida de homens e mulheres, sendo os adolescentes e adultos jovens, os mais frequentemente acometidos. Algumas delas têm cura, outras não.

### 1.1 Gonorreia

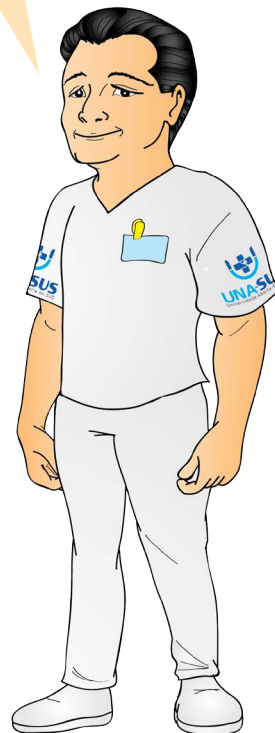
É transmitida pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, provoca inflamação da uretra (canal urinário) e pode contaminar outros órgãos, causando complicações como artrite, meningite e problemas cardíacos. Seus sinônimos são uretrite gonocócica, blenorragia, fogueira.

A gonorreia é uma infecção bacteriana que compromete o trato genital. Produz uma secreção branco-amarelada que sai pela uretra juntamente com ardor ao urinar. É uma causa de infertilidade masculina. Em mulheres, a infecção pode não ser aparente. Se passar despercebida, pode se tornar crônica e atingir os anexos uterinos (trompas, útero, ovários) e causar doença inflamatória pélvica (DIP) e até infertilidade feminina (ABC, 2011).

Figura 1 - Gonorreia.



O tratamento precoce da gonorreia com nitrato de prata a 1% é importante também em gestantes evitando assim a oftalmia neonatal (SÃO PAULO, [s.d.]), que é uma conjuntivite do recém-nascido após contaminação durante o nascimento, com secreções genitais da mãe, que não foram tratadas. Surge no primeiro mês de vida e pode levar à cegueira, se não prevenida ou tratada adequadamente (BRASIL, 2012).





## **SAIBA MAIS!**

As DSTs afetam homens e mulheres de todas as idades, etnias e classes sociais. Adolescentes e adultos jovens são os mais acometidos, pois eles têm relações sexuais mais frequentes, com parceiros variados, e ainda não estão cientes da importância de preveni-las com o uso da camisinha (ABC, 2011).

### **O QUE FAZER PARA EVITAR?**

- Estudos mostram que quanto mais jovem a pessoa tem sua primeira relação sexual, mais chances terá de contrair DSTs. O risco se eleva com o tempo, à medida que a quantidade de parceiros sexuais aumenta. Retardar o início da vida sexual ativa pode ajudar a evitar DSTs;
- Usar preservativo sempre que tiver relação sexual. O preservativo não oferece proteção completa, porém diminui a chance de contrair-las. Outros métodos anticoncepcionais (como diafragma, pílula anticoncepcional, DIU, implantes hormonais etc.) não protegem contra doenças sexualmente transmissíveis (ABC, 2011).

### **E MAIS!**

- Limitar a quantidade de parceiros sexuais. O risco de ter uma DST aumenta de acordo com a quantidade de parceiros sexuais que você tem;
- Não compartilhar agulhas de injeções com ninguém, tanto agulhas usadas para injetar drogas ilegais (heroína e cocaína) quanto para uso de medicamentos. Se você for fazer uma tatuagem ou body piercing, certifique-se de que as agulhas estejam esterilizadas ou, de preferência, sejam descartáveis;
- Toda pessoa com vida sexual ativa, especialmente se tiver mais de

um parceiro sexual, deve fazer exames regulares para o diagnóstico precoce de DSTs. Quanto mais cedo forem detectadas, mais fácil será o tratamento (ABC, 2011).

### **REFLITA COMIGO!**

Quais ações dentro do âmbito da atenção básica poderão ser realizadas para prevenção de DSTs?

#### **1.2 Sífilis**

Doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode se manifestar em três estágios: primária, secundária e terciária. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa (BRASIL, 2012).

A transmissão ocorre pelo contato sexual através de uma bactéria espiralada e que produz diferentes sintomas de acordo com a etapa da doença. Primeiro surge uma úlcera na zona de contato com inflamação dos gânglios linfáticos regionais. Após um período a lesão inicial cura-se espontaneamente e aparecem lesões secundárias (rash cutâneo, goma sífilítica etc.). Em suas fases tardias pode causar transtorno neurológico sério e irreversível, que felizmente, após o advento do tratamento com antibióticos, tem se tornado de ocorrência rara. Pode ser causa de infertilidade e abortos espontâneos repetidos (ABC, 2011).

- **Diagnóstico**

O diagnóstico da sífilis secundária, terciária ou primária, já em fase mais tardia, é feito através de dois exames sorológicos: teste antigênico não treponêmico - VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory/ Pesquisa Laboratorial de Doença Venérea) e FTA-ABS (ou TPHA) (teste treponêmico). O VDRL é o exame mais simples e é usado como rastreio (BRASIL, 2012).

- **Tratamento**

O Ministério da Saúde recomenda que, devido ao alto risco de infecção, o tratamento deve ser realizado em todos os indivíduos que tenham se exposto à infecção pelo *T. pallidum*, especialmente nos últimos três meses, mesmo que não sejam percebidos sinais ou sintomas (BRASIL, 2006a).

Vejam os esquemas de tratamento para cada estágio da sífilis:



**Sífilis primária:** penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), em dose única;

**Sífilis secundária ou sífilis assintomática com menos de um ano de evolução (latente recente):** duas séries de penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre cada série. Dose total: 4.800.000 UI;

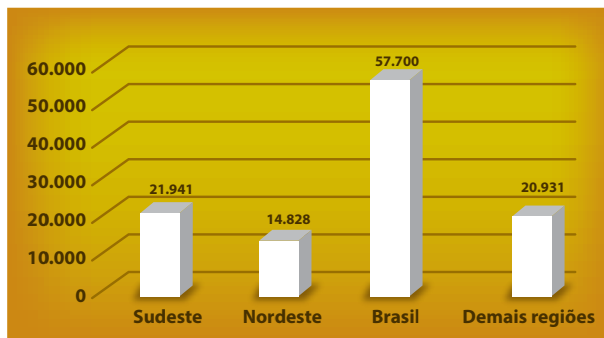
**Sífilis terciária ou sífilis assintomática com mais de um ano de evolução (latente tardia) ou com duração ignorada:** três séries de penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre cada série. Dose total: 7.200.000 UI.

- **Sífilis congênita**

A sífilis congênita é uma infecção grave, transmitida de mãe para filho, que não deve ser considerada uma DST, porém é uma doença de fácil prevenção, mediante o acesso precoce à testagem durante o pré-natal e o tratamento adequado das gestantes positivas, incluindo o tratamento do parceiro.

De acordo com o Ministério da Saúde, foram notificados no Sinan 57.700 casos de sífilis em gestantes até 2012, dos quais a maioria ocorreu nas regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente (BRASIL, 2012). Veja a representação dos dados no gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Casos de sífilis em gestantes.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico - Sífilis**, Brasília, DF, ano. 1, n. 1. 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/6hrjGF>>.

Figuras 2, 3 e 4 - Úlceras genitais da sífilis primária (cancro duro).



Figuras 5 e 6 - Sífilis secundária.



Figuras 7 e 8 - Sífilis terciária.



Fonte: Google imagens. 2013.

Manifestações orais da sífilis podem ser (LITTLE et al., 2008):

- Cancro;
- Placa mucosa;
- Goma;
- Glossite intersticial;
- Sífilis congênita (associada a incisivos de Hutchinson e molares “em amora”).

**SAIBA MAIS! Acesse:**

<<http://goo.gl/4uVSaR>>.

### 1.3 AIDS

O vírus causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) chama-se vírus da imunodeficiência humana (HIV), sigla originada do inglês. Ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. É alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção (BRASIL, 2012).

O sistema imunológico começa a ser atacado após a infecção pelo vírus causador da Aids. A primeira fase, chamada de infecção aguda, é o período em que ocorre a incubação do HIV. Esse período varia de três a seis semanas. E o organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a maioria dos casos passa despercebida.

Na fase seguinte os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada, assim não há enfraquecimento do organismo o suficiente para permitir novas doenças. Esse período, que pode durar muitos anos, é chamado de assintomático e é marcado pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus.

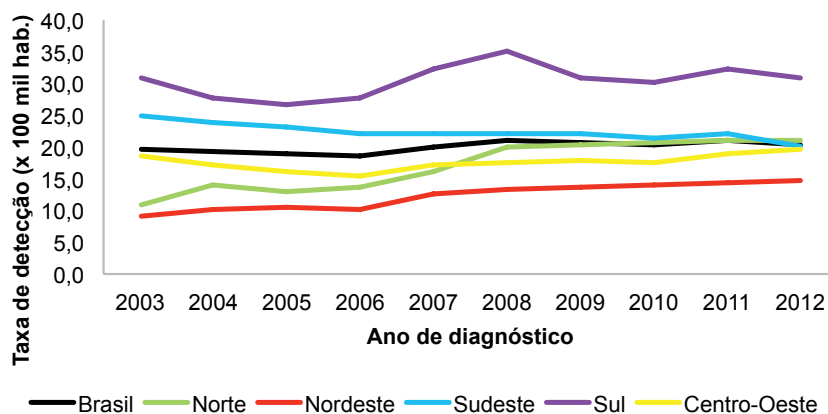
Com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas, desse modo o organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns. O começo dessa fase, a sintomática inicial, é caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4 - glóbulos brancos do sistema imunológico - que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por  $\text{mm}^3$  de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades. Os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento (BRASIL, 2013a).

Conforme boletim epidemiológico - Aids e DST, do Ministério da Saúde, no ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de Aids no Bra-

sil. Este valor vem mantendo-se estável nos últimos cinco anos. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada cem mil habitantes. A maior taxa de detecção foi observada na Região Sul, 30,9/100.000 habitantes, seguida pela Região Norte (21,0), Região Sudeste (20,1), Região Centro-Oeste (19,5), e Região Nordeste (14,8) (BRASIL, 2013b).

Veja na figura abaixo a taxa de detecção de Aids no país entre os anos de 2003 - 2012:

Gráfico 2 - Taxa de detecção de Aids por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2002 a 2012.



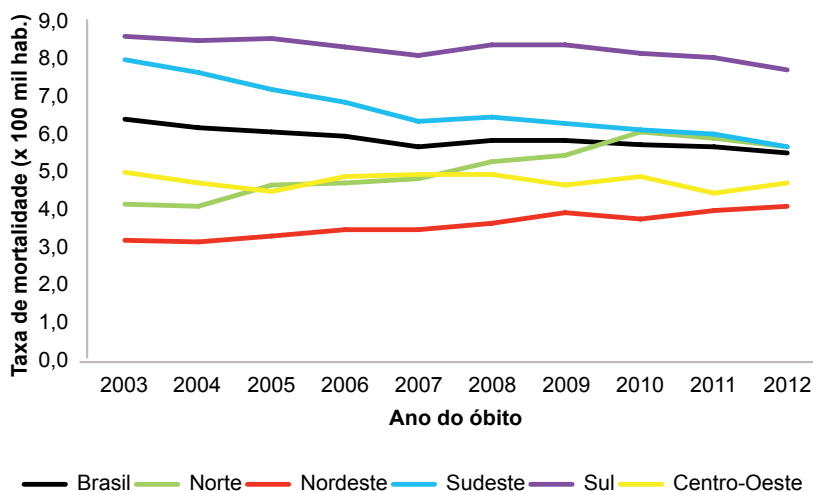
Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília, DF, ano, 2, n.1, dez. 2013b. Disponível em: <<http://goo.gl/FYUJU7>>.

Segundo pesquisas do Ministério da Saúde, a faixa etária em que a Aids é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 25 a 49 anos de idade. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da Aids e outras doenças sexualmen-

te transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV. Nas mulheres, 86,8% dos casos registrados em 2012 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens, 43,5% dos casos se deram por relações heterossexuais, 24,5% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical (BRASIL, 2012).

Veja na figura abaixo a taxa de mortalidade por Aids no Brasil entre os anos de 2003 - 2012:

Gráfico 2 - Taxa de mortalidade (padronizada <sup>(1)</sup>) por Aids segundo região de referência e ano do óbito. Brasil, 2003 a 2012.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília, DF, ano. 2, n.1, dez. 2013b. Disponível em: <<http://goo.gl/09fzt>>.



Quanto mais precoce o diagnóstico, maior a chance de sucesso terapêutico. Na Atenção Básica as atividades informativo-educativas, desenvolvidas pela equipe, deverão despertar os indivíduos para a realização do teste anti-HIV e, além disso, pessoas com sintomas sugestivos de infecção pelo HIV serão direcionadas para as UBS a fim de obterem esclarecimento de seu quadro clínico (BRASIL, 2008).

Portanto, as UBS devem se estruturar para responder a essa demanda, proporcionando oportunidade de diagnóstico ao primeiro contato, e encaminhamento aos serviços especializados disponíveis no SUS. Veja os Centros de Testagem e Aconselhamento disponíveis no Maranhão em: <http://goo.gl/pRitou>.

Após o diagnóstico da infecção por HIV o usuário deverá ser encaminhado para consulta com especialista em um Serviço de Assistência Especializada (SAE).

Verifique os endereços dos SAE em: <http://goo.gl/JaHdEx>.

### **SAIBA MAIS!**

Para mais informações sobre protocolos clínicos e tratamento da Aids, acesse: <http://www.aids.gov.br>.

As manifestações bucais da infecção pelo HIV são comuns e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, por vezes antecedendo as manifestações sistêmicas, e também se apresentando como infecções oportunistas (BRASIL, 2008):

**Candidíase oral:**

É a mais comum infecção fúngica em pessoas portadoras do HIV. Apresenta-se com sintomas e aparência macroscópica características, descritas a seguir:

- Forma pseudomembrana: consiste em placas esbranquiçadas, removíveis da língua e mucosas, que podem ser pequenas ou amplas e disseminadas.
- Forma eritematosa: é vista como placas avermelhadas em mucosa, palato mole e duro, ou superfície dorsal da língua.
- Queilite angular: também frequente, produz eritema e fissuras nos ângulos da boca.

**Leucoplasia pilosa oral:**

É um espessamento epitelial benigno, causado provavelmente pelo vírus Epstein-Barr. Clinicamente apresenta-se como lesões brancas, não facilmente removíveis, que variam em tamanho e aparência, podendo ser planas, ou em forma de pregas, vilosidades ou projeções. Ocorre mais frequentemente nas margens laterais da língua, mas podem ocupar localizações da mucosa oral: mucosa bucal, palato mole e duro.

**Gengivite:**

A gengivite e outras doenças periodontais podem manifestar-se de forma leve ou agressiva em pacientes com infecção pelo HIV. Em estágios mais avançados da doença pelo HIV, observa-se frequentemente uma evolução rapidamente progressiva levando a um processo necrotizante acompanhado de dor, perda de tecidos moles periodontais, exposição e sequestro ósseo.

**Úlceras aftosas:**

Em indivíduos infectados pelo HIV, é comum a presença de úlceras extensas, resultantes da coalescência de pequenas úlceras, em cavidade oral e faringe, de caráter recorrente, e etiologia não definida. Resultam em grande incômodo, produzindo odinofagia, anorexia e debilitação do estado geral, com sintomas constitucionais, tais como emagrecimento, astenia, febre prolongada etc., acompanhando o quadro.

### **FIQUE ATENTO!**

Ter o HIV não é a mesma coisa que ter Aids. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença por alguns anos. Entretanto, podem transmitir o vírus para outras pessoas.

## **2 HEPATITES VIRAIS**

As hepatites virais são doenças inflamatórias provocadas por diversos agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático, e que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém com importantes peculiaridades (PEREIRA, 2005).

Sua distribuição é universal, sendo que a magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. No Brasil, existem cinco vírus hepatotrópicos, responsáveis pelas hepatites A, B, C, D e E, entretanto em outras partes do mundo, as hepatites podem ser causadas pelos vírus G, TT, SEM, herpes, arbovírus, paramixovírus e togavírus. Elas assumem grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e de médio e longo prazo quando da cronificação (PEDROSO; OLIVEIRA, 2007).

### **QUANDO SUSPEITAR E CONFIRMAR?**

- Pacientes com história de icterícia aguda (mucosas amareladas) ou colúria (urina escura) associada ou não a outros sinais gastrintestinais como náuseas, vômitos, anorexia, dor ou desconforto abdominal e alterações nos exames laboratoriais (enzimas hepáticas-transaminases e bilirrubina).
- Pacientes com hepatomegalia dolorosa, febre ou contato com pessoas que desenvolveram a doença algumas semanas antes.

- Confirmamos os diferentes casos de hepatites virais através dos marcadores sorológicos (anticorpos) que surgem diante da presença do patógeno (PASSOS, 2003).

## 2.1 Hepatites A e E

O vírus da hepatite A (VHA) é um vírus RNA da família Picornaviridae, tendo o homem como principal reservatório, com período de incubação de duas a seis semanas. O tempo em que o vírus é encontrado no sangue é curto (cinco a sete dias); por isso a transmissão parenteral (pelo sangue) é rara (BRASIL, 2003).

A forma sintomática ocorre em 80% dos casos. Após o período de incubação aparecem os sintomas inespecíficos. A icterícia ocorre em 30% a 80% dos casos em adultos e pode ser o primeiro sinal da doença. A cura completa é a regra e os sintomas desaparecem após três ou quatro semanas, mas podem persistir astenia, desânimo e depressão por alguns meses (BRASIL, 2005).



O vírus da hepatite E (VHE) é um vírus RNA da família Caliciviridae, tendo também o homem como um de seus reservatórios. O período de incubação é de duas a nove semanas, com média de seis. Clinicamente é indistinguível da hepatite A e a icterícia tende a ser mais intensa, principalmente em gestantes (BRASIL, 2006b).

O VHA e o VHE têm transmissão fecal-oral, hídrica, pessoa a pessoa (contato intrafamiliar e institucional), alimentos e objetos contaminados.

Essas infecções, geralmente, estão associadas às precárias condições socioeconômicas, sendo mais comuns em países pobres, onde podem ocorrer surtos epidêmicos ou endêmicos (SOUZA et al., 2008).

Figura 9 - Conjuntiva amarelada (icterícia).



Fonte: POMPEU, Clara Mota Randal. **Estudo de síndromes:** icterícia. 2011. Disponível em: <http://goo.gl/7tbnho>.

### ***Como podemos prevenir?***

- » Consumo de água tratada;
- » Lavagem das mãos antes e após qualquer procedimento domiciliar/hospitalar;
- » Cumprimento das normas de biossegurança;

- » Lavagem dos alimentos crus;
- » Consumir mariscos e frutos do mar bem cozidos.

### **Prevenção**

A **vacina contra a hepatite A**, administrada em duas doses, com intervalo de seis meses, está disponível na rede pública apenas nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Crie), sendo distribuída para indivíduos que vivem em situação de vulnerabilidade, como: portadores de hepatopatias crônicas de qualquer etiologia; portadores crônicos do VHB e VHC; coagulopatias; crianças menores de 13 anos com HIV/Aids; adultos com HIV/Aids que sejam portadores do VHB e VHC e candidatos ao transplante de órgãos sólidos, cadastrados em programas de transplantes; portadores de fibrose cística, trissomias, imunodepressão terapêutica ou por doença imunossupressora; transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea, doadores de órgãos sólidos ou de medula óssea, cadastrados em programas de transplantes; portadores de hemoglobinopatias. **Não há vacina para hepatite E** (BRASIL, 2009).

## **2.2 Hepatites B e D (Delta)**

A hepatite B é uma doença sexualmente transmissível (DST), causada por um vírus DNA da família *Hepadnaviridae*, cujo período de incubação é de 30 a 180 dias; em geral, 60 a 90 dias. Depois deste período, 80% dos casos evoluem sem icterícia, entretanto os pacientes que apresentam sintomatologia desenvolvem mal-estar geral, intolerância a alguns alimentos, náuseas, vômitos, dor abdominal, astenia, artralgias e exantema. Após seis meses, a cronificação da doença ocorre aproximadamente entre 5% a 10% dos indivíduos adultos infectados. Caso a infecção ocorra por transmissão vertical, o risco de cronificação dos recém-nascidos de gestantes com replicação viral é de cerca de 70% a 90%.

Cerca de 70% a 90% das infecções ocorridas em crianças menores de 5 anos cronicam, e 20% a 50% desses casos evoluem para cirrose ou hepatocarcinoma (BRASIL, 2010).

### **PREVENÇÃO**

Para evitar a hepatite B, há vacina gratuita na rede pública de saúde do Brasil.

O vírus da hepatite D ou Delta (VHD) é um vírus RNA, único representante da família *Deltaviridae*, com período de incubação semelhante ao do VHB, tendo período de incubação menor na superinfecção, de 14 a 56 dias (RIBEIRO et al., 2006).

É reconhecido como o mais patogênico e infeccioso dentre os vírus hepatotrópicos. A infecção pelo VHD está sempre associada à infecção pelo VHB e, em alguns casos, à coinfeção entre vírus das hepatites D, B e C (RIBEIRO et al., 2006).

No mundo, especialmente em áreas endêmicas, a infecção envolve formas graves, determinando a hepatite fulminante e o agravamento das lesões de hepatite crônica, além de potencializar a rápida progressão para cirrose hepática, fatos esses comumente observados na Amazônia ocidental brasileira. A taxa de cronificação do vírus D varia em função de aspectos ligados ao tipo de infecção (coinfeção/superinfecção) e à taxa de cronificação do VHB (MA et al., 2007).

A transmissão parenteral/horizontal decorre do contato com fluidos orgânicos contendo o VHB, de modo especial o sangue (maior potencial de transmissibilidade), sêmen, secreções vaginais, leite materno ou saliva (menor potencial de transmissibilidade). Abrem-se, assim, diversas possibilidades de transmissão, por vários mecanismos - sexo desprotegido; compartilhamento de escovas de dente, lâminas de barbear/depilar,

materiais de manicure, tatuagens ou piercings, instrumentos para o uso de drogas injetáveis, inaláveis, agulhas ou seringas; procedimentos médico-odontológicos (tais como cirurgias, raspagem e alisamento radicular) - o que explica, ao menos parcialmente, a vasta distribuição do VHB em diversas partes do mundo, bem como a existência de muitos e diferentes grupos de pessoas sob maior risco de adquirir a infecção (PASSOS, 2003).

As medidas de prevenção envolvem vacinação contra a hepatite B, uso de preservativos, não compartilhamento de objetos pessoais e biossegurança adequada nos procedimentos médico-odontológicos.

### **2.3 Hepatite C**

O vírus da hepatite C (HCV) foi identificado por Choo e colaboradores em 1989 nos Estados Unidos. O HCV é o principal agente etiológico da hepatite crônica anteriormente denominada hepatite Não-A-Não-B. Sua transmissão ocorre principalmente por via parenteral (ALBERTI; BENVEGNI, 2003).

É importante ressaltar que, em percentual significativo de casos, não é possível identificar a via de infecção. São consideradas populações de risco acrescido para a infecção pelo HCV por via parenteral: indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, usuários de drogas injetáveis (cocaína, anabolizantes e complexos vitamínicos), inaláveis (cocaína) ou pipadas (crack) que compartilham os equipamentos de uso, pessoas com tatuagem, piercings ou que apresentem outras formas de exposição percutânea (como consultórios odontológicos, podólogos, manicures etc., que não obedecem as normas de biossegurança). A transmissão sexual é pouco frequente - menos de 1% em parceiros estáveis - ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de preservativo), sendo que a coexistência de alguma DST - inclusive o HIV - constitui-se um importante facilitador dessa transmissão (BRASIL, 2009).



A transmissão vertical é rara quando comparada à hepatite B. Entretanto, já se demonstrou que gestantes com carga viral do HCV elevada ou coinfectadas pelo HIV apresentam maior risco de transmissão da doença para os recém-nascidos. A cronificação ocorre em 70% a 85% dos casos, sendo que, em média, um quarto a um terço destes pode evoluir para formas histológicas graves ou cirrose no período de 20 anos, caso não haja intervenção terapêutica. O restante evolui de forma mais lenta e talvez nunca desenvolva hepatopatia grave. É importante destacar que a infecção pelo HCV já é a maior responsável por cirrose e transplante hepático no mundo ocidental.

### ***ATENÇÃO!***

Indivíduos que fizeram transfusão de sangue antes de 1993 devem ser encaminhados para a triagem sorológica da hepatite C.

### ***Como podemos prevenir?***

- » Não compartilhar seringas e/ou agulhas e outros materiais de uso individual;
- » Biossegurança adequada nos procedimentos médicos-odontológicos;
- » Usar preservativo em quaisquer práticas sexuais.

OBS.: Ainda não existe vacina contra hepatite C, em virtude, principalmente, das mutações frequentes do vírus.

### 3 HEPATITES CRÔNICAS

Os vírus B, C e D são aqueles que têm a possibilidade de causar doença crônica. Nesses casos, os indivíduos apresentam sinais histológicos de lesão hepática (inflamação, com ou sem deposição de fibrose) e marcadores sorológicos ou virológicos de replicação viral. Os sintomas dependem do grau de dano hepático estabelecido (GUIGIS; ABBAS; AZZAZY, 2010).

Eventualmente, o diagnóstico é realizado quando aparecem, em face das complicações da doença, sinais e sintomas como cirrose e/ou hepatocarcinoma.

Indivíduos com infecção crônica que não apresentam manifestações clínicas, com replicação viral baixa ou ausente, e que não apresentam evidências de alterações graves à histologia hepática, são considerados portadores assintomáticos. Nessas situações, a evolução tende a ser benigna. Contudo, esses pacientes são capazes de transmitir hepatite e têm importância epidemiológica na perpetuação da endemia.

- **Tratamento**

O prognóstico das hepatites agudas A e E é muito bom e a evolução resulta em recuperação completa em quase todos os casos.

No curso das hepatites virais agudas, o uso de medicações sintomáticas para vômitos e febre deve ser realizado quando pertinente. Entretanto, faz-se necessária a máxima atenção quanto às medicações utilizadas, já que se deve evitar o emprego de drogas que tenham potencial hepatotóxico, como o paracetamol. Em casos de absoluta contraindicação de outros analgésicos e/ou antitérmicos, a dose máxima recomendada de paracetamol é de 4 gramas ao dia (SÃO PAULO, 2002).

O repouso é medida imposta pela própria condição do paciente. A sua duração e intensidade, se absoluto ou não, são questões muito discu-

tidas. Como norma geral, recomenda-se repouso relativo até a normalização das aminotransferases, liberando-se progressivamente o paciente para atividades físicas. Dieta pobre em gordura e rica em carboidratos é de uso popular; porém seu maior benefício é ser mais agradável para o paciente anoréxico. De forma prática, deve ser recomendado que o próprio paciente defina sua dieta de acordo com seu apetite e aceitação alimentar.

A única restrição está relacionada à ingestão de álcool, que deve ser suspensa por seis meses. As drogas consideradas hepatoprotetoras, associadas ou não a complexos vitamínicos, não têm nenhum valor terapêutico. A administração de vitamina K durante um a três dias pode ser recomendada nos casos de queda da atividade de protrombina devido à absorção intestinal inadequada dessa vitamina.

A hepatite C aguda, particularmente, necessita de avaliação para indicação ou não de tratamento, que leva em consideração o genótipo do paciente (1, 2 e 3). Conforme descrito no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hepatite Viral C, contido na Portaria Nº 34/SVS/MS, de 28 de setembro de 2007, os critérios para indicação de tratamento da hepatite C aguda, incluem:

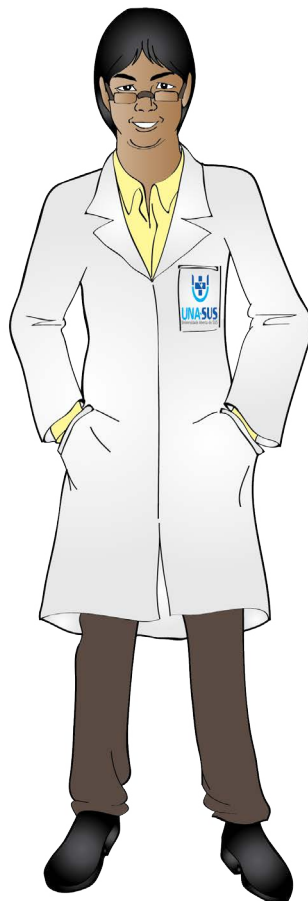
- » Soroconversão anti-HCV documentada, em paciente com quadro clínico de hepatite aguda (paciente que no início dos sintomas apresenta anti-HCV negativo e que converte para anti-HCV positivo na segunda dosagem - realizada com intervalo de 90 dias);
- » Quadro laboratorial de anti-HCV negativo com detecção do HCV-RNA por biologia molecular (qualitativo), realizado por volta de 90 dias após o início dos sintomas ou da data de exposição, quando esta for conhecida em paciente com histórico de exposição potencial ao vírus da hepatite (HCV) (BRASIL, 2007).

### **NEM PENSAR!**

A administração de corticosteróide é totalmente contraindicada.

### **3.1 Manifestações orais em portadores das hepatites virais**

É relatado que a infecção pelo VHC, e em menor proporção pelo VHB, predis põe o paciente ao desenvolvimento de manifestações extra-hepáticas, incluindo manifestações imunologicamente mediadas, como o líquen plano (BRASIL, 2010).  
Vejam os alterações comuns:



Líquen plano: tem sido relatado como uma manifestação prevalente em portadores de hepatites virais, porém ainda muito se discute sobre a sua associação com a doença;

Manifestações semelhantes à síndrome de Sjögren e hipertrofia bilateral assintomática de parótida também têm sido relacionadas à infecção crônica pelo VHC;

Petéquias e hematomas em mucosa oral, além de sangramento gengival espontâneo em pacientes que apresentam alterações plaquetárias e de proteínas de coagulação;

Hemorragias orais pós-operatórias;

A mucosa oral desses pacientes pode exibir coloração amarelada ou pálida, devido ao aumento da bilirrubina sérica, o que é mais perceptível na região posterior do palato e no soalho bucal em freio lingual;

Ocasionalmente, o feto hepaticus pode ser detectado, ou seja, um odor corporal e de respiração descrito como “mofado” ou “doce-azedo”, e está relacionado à produção de mercaptanas pela ação de bactérias do trato gastrointestinal.

- **Tratamento**

As recomendações para tratamento odontológico em pacientes portadores de hepatites virais são (BRASIL, 2010):

O tratamento odontológico eletivo em pacientes portadores de hepatites virais agudas deverá ser realizado após a recuperação clínica e bioquímica do caso.

No caso dos portadores de hepatites virais crônicas e pacientes candidatos a transplantes, recomenda-se a solicitação de exames bioquímicos, como dosagem de bilirrubina sérica, dosagem de aminotransferases séricas (AST - aspartato aminotransferase e ALT - alanina aminotransferase), dosagem de fosfatase alcalina, transpeptidase glutamyl e tempo de protrombina (TP), para avaliação da função hepática, bem como exames radiográficos intra e extrabucais ou outras técnicas de análise de imagem e dessa maneira decidir a necessidade de intervenções invasivas na cavidade oral.

Nos casos que necessitam de adequação do meio bucal, o dentista deve orientar o indivíduo quanto à dieta adequada, higiene bucal, uso do fio dental, tratando todas as cáries existentes, além do tratamento perio-

dontal básico e do ajuste de próteses. É importante que as infecções orais sejam eliminadas ou reduzidas.

Lembre-se, a realização de qualquer cirurgia em paciente hepatopata envolve risco de hemorragia severa.

### **SAIBA MAIS!**

Para mais informações sobre o tratamento odontológico em pacientes portadores de hepatites virais, acesse:

[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual\\_abcde\\_28\\_09\\_a2.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_abcde_28_09_a2.pdf).



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao final desta unidade podemos perceber que o diagnóstico e tratamento das doenças abordadas envolvem a ação integrada das mais diversas áreas de formação. Algumas doenças podem iniciar suas manifestações pela cavidade oral, por exemplo, e isso reforça a necessidade de atuação integrada de todos os profissionais.

As considerações traçadas no texto sobre formas de identificar sinais e sintomas das doenças deverão nortear sua prática de trabalho, no entanto as ações de saúde deverão sempre ser realizadas de forma integrada e multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS

ABC. MED. BR. **Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs): o que são?**

2011. Disponível em: <<http://goo.gl/7H23b6>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

ALBERTI, A.; BENVIGNU, L. Management of hepatitis C. **J. Hepatology**, [S.l.], v. 38, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sintomas e fases da aids**. 2013a.

Disponível em: <http://goo.gl/rTFh9Z>. Acesso em: 10 mar. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ **Boletim epidemiológico - Sífilis**, Brasília, DF, ano. 1, n. 1. 2012.

Disponível em: <<http://goo.gl/B81fVh>>. Acesso em: 14 jun. 2012.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília, DF, ano. 2, n. 1,

dez. 2013b. Disponível em: < <http://goo.gl/56dzch>>. Acesso em: 10 mar.

2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 6. ed. rev.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. 320 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://goo.gl/6uqIVg>.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ Secretaria de Vigilância em Saúde. **Estudo de Prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil**. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_. \_\_\_\_ **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual**

de bolso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 72 p. (Série

Manuais 24). Disponível em: < <http://goo.gl/HSGFyk>>. Acesso em: 10

mar. 2014.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil.**

Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Hepatites virais: o Brasil está atento.** 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Disponível em: <<http://goo.gl/TIk6J8>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Disponível em: <<http://goo.gl/feGfLX>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria Nº 34, de 28 de setembro de 2007. Dispõe sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral Crônica C. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 out. 2007.

GUIRGIS, B. S. S.; ABBAS, R. O.; AZZAZY, H. M. E. Hepatitis B virus genotyping: current methods and clinical implications. **International Journal of Infectious Diseases**, 2010.

LITTLE, James W. et al. **Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido.** Tradução de Izabella de Jesus Pasolini. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/3pqR2K>>. Acesso em: 10 mar. 2014.



MA, Jin-Chun et al. Relationship between HBV genotypes and anti-viral therapeutic efficacy of interferon-alpha. **Hepatobiliary Pancreat Dis Int**, v. 6, n. 2, p. 166-171, apr. 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/yotrqrT>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

PASSOS, A. D. C. Aspectos epidemiológicos das hepatites virais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 1, p. 30-6, 2003.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Guanabara Koogan, 2005.

PEDROSO, E. R. P.; OLIVEIRA, R. G. **Blackbook - Clínica Médica**. Belo Horizonte: Blackbook, 2007. 308 p.

POMPEU, Clara Mota Randal. **Estudo de síndromes**: icterícia. 2011. Disponível em: <http://goo.gl/xX9gzE>. Acesso em: 11 mar. 2013.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. Área Temática de Assistência Farmacêutica. Centro de Informações sobre Medicamentos. Oftalmia neonatal e utilização do Nitrato de Prata Colírio a 1%. (Método de Credé). **Clin-Alert**, São Paulo, ano. 1, n. 3, p. 1-4, [s.d.]. Disponível em: <http://goo.gl/x95NBQ>. Acesso em: 10 mar. 2014.

\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Guia de orientações técnicas hepatites B e C**. São Paulo, 2002.

SOUZA, A. C. S. et al. Adesão à vacina contra hepatite B entre recém-formados da área de saúde do município de Goiânia. **Ciências Cuidados da Saúde**, v. 7, n. 3, 2008.

**Leitura complementar:**

ALMEIDA, Eros Antonio de et al. Evolução fatal da co-infecção doença de Chagas/Aids: dificuldades diagnósticas entre a reagudização da miocardite e a miocardiopatia chagásica crônica. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 42, n. 2, p. 199-202, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/hjYDOY>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

BARCELLOS, C.; MACHADO, J. H. A organização espacial condiciona as relações entre ambiente e saúde: o exemplo da exposição ao mercúrio em uma fábrica de lâmpadas fluorescentes. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 103-13, 1998.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Vigilância ambiental em saúde**. Brasília: FUNASA, 2002.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. 32 p. Disponível em: <<http://goo.gl/ZIaF5c>>. Acesso em: 7 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DST, AIDS e Hepatites Virais**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza ano 2013**: informe técnico. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/bLcmBV>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de tratamento de Influenza 2013**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/Pzb2TD>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Modelo de vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jan. 2011. Seção 1, p. 37-38. Disponível em: <<http://goo.gl/1hbJMy>>. Acesso em: 6 abr. 2013.

\_\_\_\_. Presidência da República. Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, 30 out. 1975. Disponível em: <<http://goo.gl/jrDm4e>>. Acesso em: 7 jun. 2013.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Decreto Nº 3.450, de 9 de maio de 2000. Revogado pelo Decreto Nº 4.727, de 9 de junho de 2003. Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 maio. 2000. Disponível em: <http://goo.gl/lGOChX>. Acesso em: 7 jun. 2013.

BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. São Paulo: Unesp, 1991.

OLIVEIRA, L. S. S. As Doenças negligenciadas e nós: editorial. **Saúde Coletiva**, n. 28, p. 40-1, 2009.

PORTAL DA SAÚDE. **O que é o SINAN**. 2013. Disponível em:  
<http://goo.gl/uHdVHt>> Acesso em: 4 abr. 2013.

VIDOTTI, C. C. F.; CASTRO, L. L. C. Fármacos novos e necessidades do sistema único de saúde no Brasil. **Espaço Saúde**, n. 10, p. 7-11, 2009.