

# **PREVALÊNCIA DE HEPATITES B E C E TRANSMISSÃO VERTICAL EM GESTANTES NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (CAISM - HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. J. A. PINOTTI) ENTRE 2012 E 2023**

**Palavras-Chave:** hepatites virais, transmissão vertical, desfechos perinatais

**Autores(as):**

**IGOR MATHEUS MOTA DE SOUSA** – Graduando do 5º ano de Medicina FCM - UNICAMP  
**Profª. Drª. HELAINE MARIA BESTETTI PIRES MAYER MILANEZ** - Professora Livre Docente em Tocoginecologia – DTG - FCM - UNICAMP (orientadora)

---

## **INTRODUÇÃO:**

As hepatites B e C são doenças infecciosas muito prevalentes no mundo e no Brasil, com alto risco de cronicidade e morbidade nos pacientes infectados (1). No recém-nascido, o cenário de transmissão é muito elevado com relação a hepatite B, com alta ocorrência de cronificação e morbidade grave.

Em 1991, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar que todos os recém-nascidos recebessem a vacina de Hepatite B ao nascimento, assim como todas as crianças e adolescentes que não haviam recebido a vacina durante a infância; o Brasil acatou a recomendação e, desde então, a prevalência de hepatite B na população está em declínio (2,3). A maioria das gestantes atendidas em serviço de pré-natal se encontram no estágio de infecção crônica pelo vírus B, sem ataque aos hepatócitos, a chamada fase de imunotolerância; entretanto existe o risco de agudização da doença no decorrer da gestação assim como o risco de transmissão vertical (TV). Atualmente, toda gestante que tenha sorologia antígeno HBs (HBsAg) positiva tem recomendação para que o recém-nascido (RN) receba imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG) na sala de parto até 12 horas de vida além da vacinação. Os RN expostos à hepatite B devem realizar seguimento pós-natal para investigação de transmissão vertical até 12 meses de idade (3).

A hepatite C tem alto grau de cronificação, sendo que 75-85% das pessoas desenvolvem a forma crônica assintomática (4). Nas gestantes, o vírus da hepatite C (HCV) tem capacidade de atravessar a barreira placentária e alcançar o ambiente fetal, de maneira que quanto maior a carga viral materna, maior o risco de transmissão vertical (5). A coinfeção pelo HIV, alta viremia, membranas rotas por longo tempo e monitoramento fetal invasivo são condições que aumentam a chance de TV (6). Não há disponível vacinação nem imunoglobulina contra o HCV. No momento do parto é recomendado que o

trabalho de parto não seja laborioso e com duração maior que 6h de bolsa rota, assim como é preconizado o banho em água corrente na sala de parto. O acompanhamento do RN será até os 18 meses de vida a depender da carga viral (7). Dados mais recentes têm demonstrado um risco de TV redor de 18%, com até 30% desses recém-nascidos evoluindo para formas crônicas da doença.

Conhecer fatores associados à transmissão vertical e desfechos gestacionais nessas mulheres nos auxiliará a avaliar a adequação dos protocolos atualmente recomendados e otimizar os resultados fetais e neonatais.

## **METODOLOGIA:**

A pesquisa em questão trata-se de um estudo retrospectivo. Foram analisados os prontuários digitais de todas as gestantes com diagnóstico a partir da identificação pelo Código internacional de doenças (CID) O98.4, B19, B17, B18.9 atendidas no serviço de pré-natal especializado (PNE) de infecções entre 2012 e 2023; após a identificação dessas pacientes foi feito um levantamento de quais delas tinham PCR positivo para HCV e sorologia HbsAg positiva.

A partir dos prontuários selecionados com o filtro acima descrito, foram analisadas as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, profissão, raça, paridade, uso de drogas ilícitas, histórico de transfusão sanguínea, coinfeção por HIV, história pregressa de tatuagens, história de uso de piercings, estado atual da doença materna, realização de biópsia hepática, realização de tratamento de hepatites, acompanhamento médico, comorbidades na gestação, realização de amniocentese na gestação, tempo de bolsa rota no trabalho de parto, tempo de trabalho de parto, via de parto, necessidade de episiotomia, idade gestacional no parto, infecção do RN, peso do RN, adequação do peso do RN para a idade gestacional, índice APGAR do RN, Capurro, sexo da criança, comprimento do RN, complicações infecciosas neonatais, vacinação para HBV na sala de parto e administração de imunoglobulina HBIg no RN.

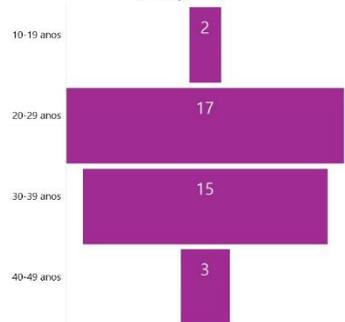
A identificação dos prontuários foi feita a partir do sistema informatizado do hospital; a coleta de dados foi feita por meio de ficha previamente desenvolvida para a pesquisa. Foi montado um banco de dados especialmente desenvolvido para este estudo. Os dados foram computados e as variáveis foram categorizadas na análise. A análise descritiva foi realizada através dos cálculos de frequência e distribuição percentual com os respectivos intervalos de confiança a 95% para distribuição normal. A associação entre variáveis foi realizada pelos testes de T-student e  $\chi^2$ ; o programa utilizado foi o SPSS-PC.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

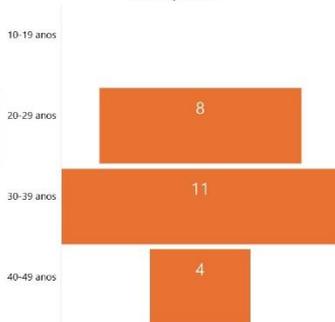
A pesquisa em questão ainda se encontra em andamento, portanto os dados a seguir são resultados parciais. Foram identificados 63 prontuários de gestantes atendidas no PNE de infecções, sendo 37 com infecção por HBV e 26 com infecção por HCV. Os gráficos de 1 a 8 mostram dados de identificação das pacientes, os gráficos 9 e 10 expressam o estágio de infecção das pacientes. Das

pacientes com diagnóstico de hepatite B, 5,4% tinham registro em prontuário de uso de drogas ilícitas e não havia nenhuma paciente coinfectada pelo vírus HIV.

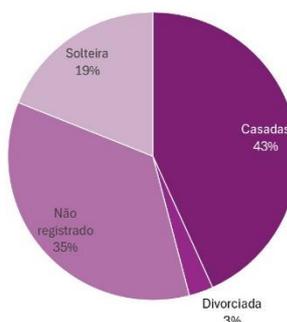
**GRÁFICO 1 - Faixa etária de gestantes atendidas com hepatite B**



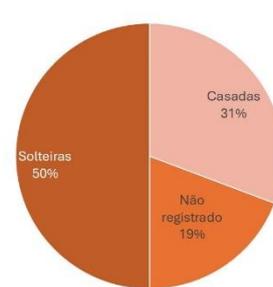
**GRÁFICO 2 - Faixa etária de gestantes atendidas com hepatite C**



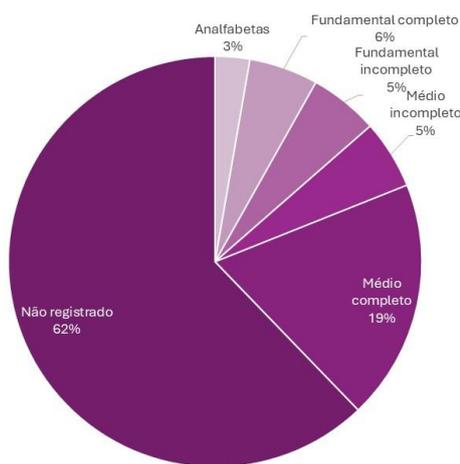
**GRÁFICO 3 - Estado civil - Hepatite B**



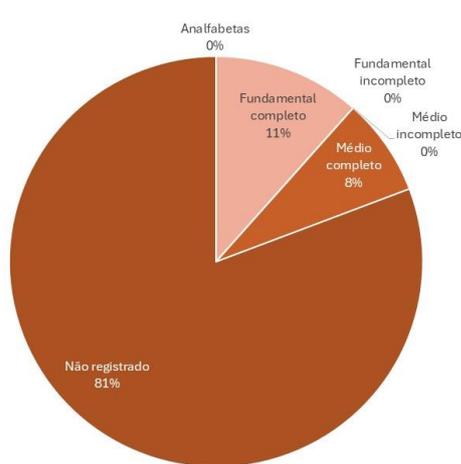
**GRÁFICO 4 - Estado civil - Hepatite C**



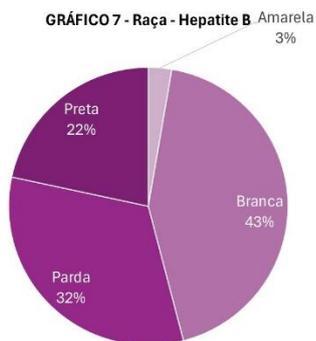
**GRÁFICO 5 - Escolaridade - Hepatite B**



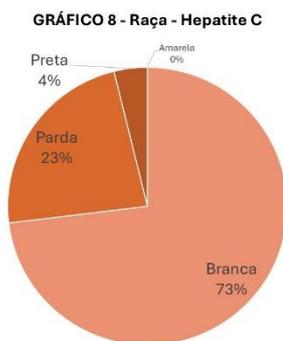
**GRÁFICO 6 - Escolaridade - Hepatite C**



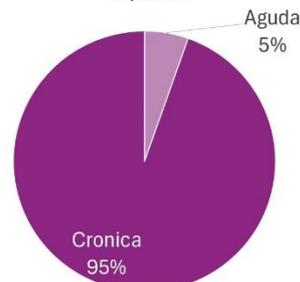
**GRÁFICO 7 - Raça - Hepatite B**



**GRÁFICO 8 - Raça - Hepatite C**



**GRÁFICO 9 - Estágio da infecção - Hepatite B**



**GRÁFICO 10 - Estágio da infecção - Hepatite C**

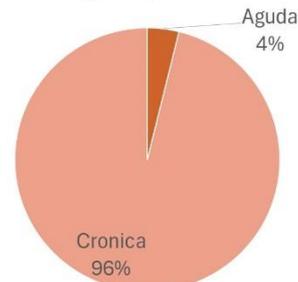


GRÁFICO 11 - Comorbidades na gestação - Hepatite B



GRÁFICO 12 - Comorbidades na gestação - Hepatite C



GRÁFICO 13 - Via de parto - Hepatite B

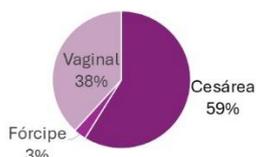


GRÁFICO 14 - Via de parto - Hepatite C

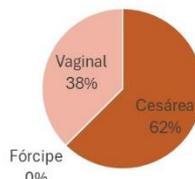


GRÁFICO 15 - Adequação à idade gestacional - Hepatite B

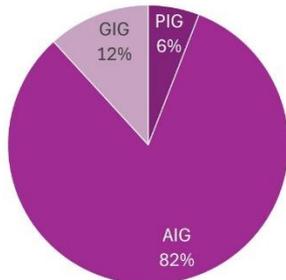


GRÁFICO 16 - Adequação à idade gestacional - Hepatite C

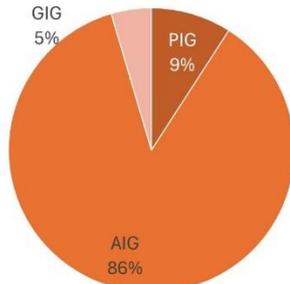


GRÁFICO 17 - APGAR 1º - Hepatite B

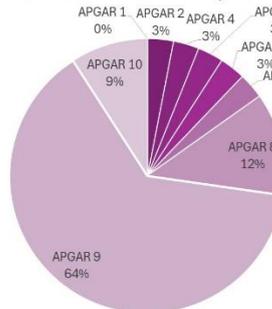


GRÁFICO 18 - APGAR 1º - Hepatite C

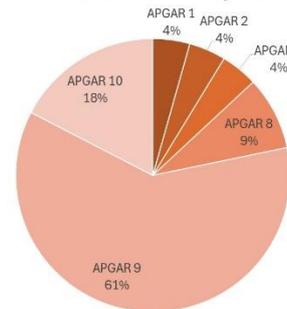


GRÁFICO 19 - APGAR 5º - Hepatite B

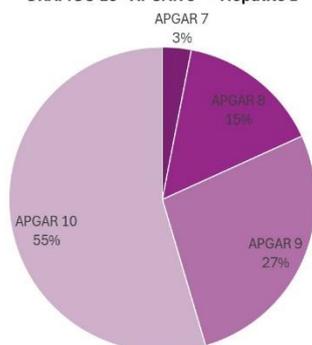
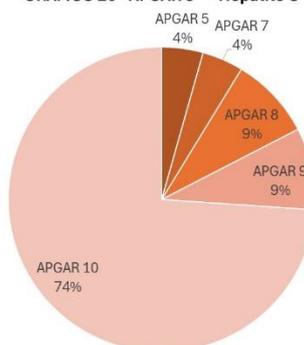


GRÁFICO 20 - APGAR 5º - Hepatite C



Nenhuma das pacientes tem registro em prontuário de realização de amniocentese. Em ambas as hepatites avaliadas, a presença de comorbidades associadas à infecção viral se mostrou importante: 54% (hepatite B) e 62% (hepatite C). Das pacientes consultadas no PNE de infecções por hepatite B, 91,8% tiveram resolução da gestação no CAISM, já nas consultadas por hepatite C, foram 92,3%. Os gráficos 13 a 20 mostram dados sobre os desfechos perinatais.

Em relação aos aspectos do RN, 100% deles receberam vacina contra hepatite B e 100% dos RN expostos verticalmente a hepatite B receberam a imunoglobulina HBIg. Nessa população estudada não houve nenhum caso de TV de qualquer uma das hepatites.

## CONCLUSÕES:

O estudo em questão demonstra menor incidência de pessoas infectadas pelos vírus B da hepatite, provavelmente em decorrência do programa de vacinação estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A maior parte das gestantes com hepatites B e C se encontram no estágio de infecção crônica da doença, na maioria das vezes assintomáticas. Tratando-se das duas hepatites virais abordadas, a maioria das pacientes apresentaram comorbidades durante o período gestacional. Observou-se grande eficiência do serviço em administrar a vacina e a imunoglobulina humana para hepatite B, já que os RN em sua totalidade receberam tal intervenção. Dessa forma, se faz necessário o rastreamento de gestantes infectadas assim como seu acompanhamento durante a gestação e o acompanhamento do RN.

## BIBLIOGRAFIA

1. WHO: Hepatitis B. [publicação na web] 2022 acesso em 22 de abril de 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
2. Pattyn J, Hendrickx G, Vorsters A, Van Damme P. Hepatitis B Vaccines. *J Infect Dis.* 2021;224(Suppl 4):S343–51.
3. Brasil, MS. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação [Internet]. Ministério da Saúde - MS. 2014. 176 p. Available from: <http://editora.saude.gov.br>
4. Manns MP, Buti M, Gane E, Pawlotsky JM, Razavi H, Terrault N, et al. Hepatitis C virus infection. *Nat Rev Dis Prim.* 2017;3.
5. Tovo PA, Calitri C, Scolfaro C, Gabiano C, Garazzino S. Vertically acquired hepatitis C virus infection: Correlates of transmission and disease progression. *World J Gastroenterol.* 2016;22(4):1382–92.
6. Chilaka VN, Konje JC. Viral Hepatitis in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2021;256:287–96. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.052>
7. BRASIL, MSaúde. Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2022. 252 p.