

# **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 2024**

**Palavras-Chave:** HEPATITES VIRAIS, TRANSMISSÃO VERTICAL, DESFECHOS PERINATAIS

**Autores:**

**IGOR MATHEUS MOTA DE SOUSA, FCM – UNICAMP**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. HELAINE MARIA BESTETTI MAYER MILANEZ (orientadora), FCM - UNICAMP**

---

## **INTRODUÇÃO:**

As hepatites B e C são doenças infectocontagiosas com alto risco de cronificação dos hospedeiros, associadas a desfechos de grande morbimortalidade como cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (1). A hepatite B é uma doença prevalente no mundo chegando a 1,2 milhão de novos casos por ano de acordo com a OMS (2), sua transmissão se dá principalmente por via sexual em regiões de baixa endemicidade, como o Brasil (3). Raramente o vírus da hepatite B (VHB) causa uma doença aguda sintomática, normalmente a fase aguda cursa sem sintomas, de maneira que as pessoas que evoluem com a forma crônica se situam na fase de infecção crônica pelo vírus B, isso, há viremia, entretanto sem ataque ao hepatócito (4). No puerpério, há maior risco de agudização da doença devido ao retorno do cortisol aos níveis normais que desenvolve resposta imune agressiva contra a carga viral materna (1,4). É recomendação no Ministério da Saúde que toda gestante tenha sorologia para o VHB desde o início da gestação, visto o risco de pior desfecho gestacional relacionado a outras comorbidades gestacionais como diabetes mellitus gestacional, colestase gravídica e pré-eclâmpsia, assim como o risco de transmissão vertical (1,4). Apesar do rastreio de gestantes infectadas, existem critérios de seleção para decisão de tratamento da infecção na gestação visto os efeitos colaterais e riscos do tratamento (tenofovir) (4,5). Todo recém-nascido de mãe com infecção pelo VHB deve ser vacinado contra o vírus além de receber a imunoglobulina nas primeiras 12 horas de vida (4,6).

Em relação à hepatite C, é a hepatite de principal causa de morte no mundo (7), estima-se que há 1,5 milhão de casos por ano de acordo com a OMS (8), diferente da hepatite B a principal via de transmissão é a parenteral, pelo compartilhamento e drogas, seringas, entretanto a doença pode ser transmitida via sexual (5,9), pesquisas atuais mostram que drogas inalatórias são também causas de transmissão da infecção (10). O vírus da hepatite C (VHC) tem menor risco de cronificação do que a hepatite B. A transmissão vertical tem maior risco caso haja infecção com o vírus da imunodeficiência

humana (VIH) (11). A infecção aumenta o risco de comorbidades gestacionais e desfechos ruins no parto como hemorragia e parto prematuro (1). Apesar de fazer parte do rastreamento de toda gestante no pré-natal, a hepatite C não é tratada durante a gestação, entretanto é uma janela de oportunidade para rastreio de crianças recém-nascidas expostas ao vírus e a possibilidade de tratamento da gestante após o puerpério, visto que hoje temos drogas com possibilidade de clareamento total do vírus do organismo (4). Hoje ainda não existe vacina nem imunoprofilaxia contra o vírus.

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 é uma coorte retrospectiva que visa avaliar a prevalência e fatores associados a gestantes infectadas pelos vírus B e C. Foram analisados os prontuários físicos e digitais de todas as gestantes notificadas compulsoriamente pela lista disponibilizada pelo Núcleo de Vigilância epidemiológica.

A partir do filtro acima, foram analisadas as seguintes variáveis: idade, escolaridade, profissão, raça, paridade, histórico de uso de drogas ilícitas, histórico de transfusão sanguínea, acompanhamento da moléstia, história de tratamento da infecção, comorbidades na gestação, realização de aminocentese na gestação, via de parto, tempo de trabalho de parto, tempo de bolsa rota, necessidade de episiotomia, peso do recém-nascido (RN), adequação do peso do RN para a idade gestacional, índice APGAR, complicações infecciosas neonatais, vacinação para o vírus B na sala de parto e administração da imunoprofilaxia.

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:**

O trabalho de avaliação dos prontuários ainda se encontra em andamento, dessa forma, os dados presentes neste documento ainda são parciais. Até o momento foram avaliadas 39 gestações, destas, 15 se tratavam de mulheres infectadas pelo VHB e 24 pelo VHC. Em relação aos dados de identificação

das pacientes temos que a média de idade das gestantes é de 30,8 anos de idade, 66,7% tinham emprego extradomiciliar, 71% havia completado o ensino médio, sendo identificada somente 1 gestante sem nenhum ano de estudo.

Ao avaliar os dados de paridade, a média era de 3 gestações por mulher (contando a gestação atual) e 1,6 partos, 30.7% já haviam experienciado o aborto de pelo menos um feto.

Em relação aos fatores de risco, 28,2% dos casos tinham histórico de uso de drogas ilícitas e apenas 1 registro de transfusão sanguínea, associada à infecção pelo vírus C. Uma das gestantes, portadora de vírus C, tinha coinfecção pelo VIH.

Todas as gestantes se encontravam no estágio de infecção crônicas por ambos os vírus, 20,5% das gestações (que sabiam do diagnóstico previamente ao pré-natal) já haviam feito algum tipo de tratamento contra os vírus, sendo no caso da hepatite B, o principal tratamento o uso de tenofovir, assim como essa mesma percentagem já fazia acompanhamento médico específico devido tais moléstias.

Durante a gestação, aproximadamente 56% das gestantes desenvolveram comorbidades, sendo a principal dela o diabetes mellitus gestacional, assim como descrito na literatura. Somente uma gestação necessitou de amniocentese relacionada a cromossopatia do feto.

Em relação aos desfechos perinatais, 24,32% das gestações terminaram em parto pré-termo, a via de parto principal foi cesariana (72,9%), dos partos vaginais, somente 1 gestante necessitou de episiotomia. Duas gestações evoluíram a óbito neonatal e 1 finalizou como óbito fetal. Duas das gestações analisadas eram gemelares, analisando os RN, cerca de 16% tiveram APGAR de primeiro minuto baixo, associado à condições do parto, 18,5% eram considerados pequenos para a idade gestacional de acordo com a classificação *Intergrowth 21st*. Todas as crianças, independente de serem filhas de mãe com infecção pelo vírus B ou C, foram vacinadas na sala de parto contra o vírus B, além disso, todo RN filho de mãe portadora do vírus B recebeu imunoprofilaxia com a imunoglobulina. Não houve registro de complicação infecciosa neonatal.

Após a alta hospitalar, os RN têm indicação fazerem a sorologia no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Gastrocentro ou acompanharem na rede básica de saúde, dentre todas as crianças 1 delas, filha de mãe com infecção pelo vírus C apresentou sorologia e carga viral positiva e segue em tratamento no serviço do Gastrocentro.

## 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. Terrault NA, Levy MT, Cheung KW, Jourdain G. Viral hepatitis and pregnancy. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2021 Feb;18(2):117-130. doi: 10.1038/s41575-020-00361-w. Epub 2020 Oct 12. PMID: 33046891.
2. WHO: Hepatitis B. [publicação na web] 2022 acesso em 4 de agosto de 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
3. Trépo C, Chan HLY, Lok A. Hepatitis B virus infection. *Lancet*. 2014;384(9959):2053–63.
4. BRASIL, MSaúde. Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2022. 252 p.
5. Milanez HMBPM. Hepatites virais. Netto AA, Milanez HMBPM, Marba STM. *Perinatologia moderna: visão integrativa e sistêmica: Volume 1 – obstetrícia, volume 2 – neonatologia*. 1ª ed – Rio de Janeiro: Atheneu, 2021
6. Brasil, MS. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação [Internet]. Ministério da Saúde - MS. 2014. 176 p. Available from: <http://editora.saude.gov.br>
7. Cunha ARC da, Domingues CSB, Flavia Kelli Alvarenga Pinto, Tonini KC, Dal-Ri LM, Santos PC dos, et al. Boletim epidemiológicos das hepatites virais 2022. 2022.
8. WHO: Hepatitis C. [publicação na web] 2022 acesso em 4 de agosto de 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
9. Le Campion A, Larouche A, Fauteux-Daniel S, Soudeyns H. Pathogenesis of hepatitis C during pregnancy and childhood. *Viruses*. 2012;4(12):3531–50.
10. Aaron S, McMahon JM, Milano D, Torres L, Clatts M, Tortu S, Mildvan D, Simm M. Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence. *Clin Infect Dis*. 2008 Oct 1;47(7):931-4. doi: 10.1086/591699. PMID: 18764772; PMCID: PMC6545569.
11. 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>