

GUIA DAS **HEPATITES** VIRAIS



Uma
abordagem
para a Atenção
Primária
à Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

GUIA DAS **HEPATITES** VIRAIS

Uma
abordagem
para a Atenção
Primária
à Saúde



2025 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsms.saude.gov.br>

1ª edição – 2025 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Coordenação-Geral de Vigilância das Hepatites Virais

SRTV, Quadra 701, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hepatites-virais>

E-mail: hv@bvsms.saude.gov.br

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:

Mariângela Batista Galvão Simão

Coordenação:

Draurio Barreira Cravo Neto

Mario Peribañez Gonzalez

Organização:

Isabelle Cristine de Jesus Macedo

Silvana Aparecida Tasso

Colaboração:

Aline Alves da Silva

Ana Mônica de Mello

Ana Paula Maciel Gurski

Carla Francisca dos Santos Cruz

Carolina Simone Souza Adania

Elton Carlos de Almeida

João Vitor da Mota Silva

José Nilton Gomes

Leonardo Carrara Matsuura

Michelle Flaviane Soares Pinto

Nathalia da Silva Cruz

Salette Saionara Santos Barbosa

Sarah Yasmin Lucena Gomes

Wendel Alencar de Oliveira

Revisão textual:

Angela Gasperin Martinazzo

Diagramação:

Ravi Ribeiro Souza

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Guia das Hepatites Virais : uma abordagem para a Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025.

32 p.: il.

Modo de acesso: World Wide Web: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_hepatites_virais.pdf

ISBN 978-65-5993-972-5

1. Hepatite Viral Humana. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Guia. I. Título.

CDU 616.36-002(036)

Catalogação na fonte – Bibliotecário: Delano de Aquino Silva – CRB 1/1993 – Editora MS – OS 2025/0491

Título para indexação:

Viral Hepatitis Guide: An Approach for Primary Health Care

Sumário

1

INTRODUÇÃO

• 4

2

HEPATITE A

• 7

3

HEPATITE B

• 11

4

HEPATITE C

• 19

5

HEPATITE D

• 26

6

HEPATITE E

• 29

REFERÊNCIAS

• 31

1

INTRODUÇÃO

As hepatites virais constituem um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, exigindo rastreio, diagnóstico precoce, manejo clínico, ordenação e coordenação do cuidado, com vistas à prevenção da progressão para as formas crônicas dessas infecções e suas complicações, como a cirrose hepática e o carcinoma hepatocelular. A constante atualização das diretrizes terapêuticas torna essencial que os(as) profissionais de saúde tenham acesso rápido a informações confiáveis e padronizadas.

Este guia foi elaborado como uma ferramenta de referência ágil, compilando os pontos essenciais dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) do Ministério da Saúde e outras normas técnicas vigentes sobre as hepatites virais. Seu formato conciso visa apoiar a tomada de decisão no dia a dia da prática clínica no âmbito dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) disponíveis em:



Vigilância epidemiológica das hepatites virais

As hepatites virais são agravos de notificação compulsória no Brasil. Todos os casos e os surtos devem ser notificados e informados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) por meio da Ficha de Notificação/Investigação das Hepatites Virais. As fichas devem ser encaminhadas ao nível hierarquicamente superior ou ao órgão responsável pela vigilância epidemiológica municipal, regional, estadual ou federal (Brasil, 2024b).

Todas as fichas de notificação e os respectivos instrutivos de preenchimento estão disponíveis em:

Ficha de Notificação/Investigação das Hepatites Virais:



A vigilância epidemiológica das hepatites tem como principal objetivo detectar precocemente os casos, avaliar a sua magnitude, identificar populações em situação de maior vulnerabilidade e orientar ações de cuidado e planejamento em saúde.

Outro aspecto de grande relevância consiste no encerramento oportuno das notificações, assegurando o registro de maneira adequada e detalhada, o que é fundamental para a análise dos dados e para o apoio às ações de saúde pública. Dessa forma, para que possamos fortalecer a vigilância em saúde, é imprescindível contar com profissionais devidamente capacitados(as) de maneira sistemática e aprimorar a qualidade dos dados inseridos nas bases de informações, tais como o Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), o Siclom (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e o GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial).

2

HEPATITE A

A hepatite A é uma infecção causada pelo HAV. Ao contrário das hepatites B e C, a hepatite A não evolui para cronificação, mas pode causar sintomas debilitantes e, mais raramente, insuficiência hepática aguda. Normalmente, a infecção se apresenta de modo autolimitado em crianças e com maior gravidade em indivíduos acima de 50 anos. Nestes, podem ocorrer manifestações fulminantes da doença, capazes de resultar em óbito ou desencadear quadros autoimunes severos (Brasil, 2025c).

Transmissão: o principal modo de transmissão é o contato oral-fecal, seja entre indivíduos ou por meio de água e alimentos contaminados, que pode ocorrer duas semanas antes do início dos sintomas até o final da segunda semana da infecção. A disseminação do vírus está relacionada a condições precárias de saneamento básico e a práticas de higiene limitadas (Brasil, 2024a). Além disso, há relatos de casos e surtos que ocorrem em populações com prática sexual anal/oro-anal ou outras formas de exposição a resíduos fecais, como acessórios sexuais.

Sinais e sintomas: a infecção pelo HAV pode ser assintomática ou apresentar sintomas inespecíficos como fadiga, febre e dores musculares, que podem ser seguidos de náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação ou diarreia. Colúria, icterícia e acolia fecal podem estar presentes. Os sinais e sintomas costumam aparecer de 15 a 50 dias (mediana 28 dias) após a infecção e duram menos de dois meses.

Diagnóstico: é realizado por meio de exames de laboratório para pesquisa de anticorpos anti-HAV IgM (antes ou no momento da manifestação dos sintomas clínicos), os quais podem permanecer detectáveis por até seis meses (Brasil, 2022).

ATENÇÃO

Pessoas que já tiveram hepatite A apresentam imunidade para essa doença, mas permanecem susceptíveis às outras hepatites virais (Brasil, 2008).

Avaliação inicial, conduta e tratamento:

- A prescrição medicamentosa baseia-se nos sintomas apresentados.
- Instituir manejo nutricional, reposição de fluidos e repouso.
- Referenciar à atenção hospitalar os casos de sinais e sintomas de alarme, como vômitos recorrentes, febre prolongada, hálito hepático, hemorragias espontâneas e sinais de encefalopatia hepática (sonolência e/ou agitação psicomotora, asterixe – “flapping”, torpor e coma). Por meio de exames laboratoriais, é possível avaliar a gravidade do caso pela queda do tempo de protrombina (TP > 4 segundos em relação ao controle ou INR > 1,5) não responsiva ao uso de vitamina K por via parenteral.

Exames complementares:

- Função hepática (ALT/AST, bilirrubinas e albumina sérica).
- Coagulação sanguínea (INR, tempo de protrombina e outros).

Prevenção:

- Lavar bem as mãos depois de usar o sanitário, após a troca de fraldas e antes de preparar os alimentos.
- Lavar frutas, verduras e legumes em água corrente. Os alimentos que serão consumidos crus devem ser colocados por 15 minutos em uma solução clorada feita com 1 litro de água, adicionando 10 mL (uma colher de sopa rasa) de água sanitária a 2,5%. A água sanitária não deve ter perfume e necessita conter recomendações para uso em alimentos.
- Cozinhar bem os alimentos, principalmente mariscos, frutos do mar, peixes e carne suína.
- Não tomar banho ou brincar perto de valões, riachos, chafarizes, enchentes ou em local próximo de onde haja esgoto.
- Usar preservativos internos e externos.

- Realizar a higienização das mãos, genitália, períneo e região anal antes e depois das relações sexuais.
- Vacinação: a vacina para a hepatite A é segura, altamente eficaz e representa a principal medida de prevenção da infecção.

Esquema de vacinação para hepatite A

Vacinação em crianças

1 (uma) dose aos 15 meses de idade – que pode ser utilizada a partir dos 12 meses até 5 anos incompletos, ou seja, 4 anos, 11 meses e 29 dias (Brasil, 2024a).

Vacinação em condições especiais

Esquema de 2 (duas) doses, com intervalo mínimo de seis meses, para pessoas acima de 1 ano de idade com condições especiais, como hepatopatas, pessoas vivendo com HIV ou com infecção pelo HBV e pessoas em uso de profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), entre outros (ver o Manual dos Crie a seguir).

Para demais **indicações de vacinação para hepatite A**, acesse:

- **Saúde de A a Z – hepatite A:**



- **Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Crie):**



3

HEPATITE B

A hepatite B é uma doença infecciosa crônica de relevância em saúde pública, causada pelo HBV. Frequentemente chamada de "doença silenciosa", a hepatite B pode não apresentar sintomas nas fases iniciais, o que dificulta o diagnóstico precoce. Quando não tratada, especialmente em sua forma crônica, pode evoluir para complicações graves, como cirrose, insuficiência hepática e carcinoma hepático (Brasil, 2022).

Transmissão: ocorre por via sexual (vaginal, anal e oral) e por contato com sangue contaminado (parenteral, percutânea e vertical). No Brasil, a principal via de transmissão é a sexual.

Quadro 1 – Marcadores sorológicos da hepatite B

Marcador	Descrição/significado
HBsAg	Antígeno de superfície do HBV. Indica infecção ativa (aguda ou crônica).
HBeAg	Antígeno "e" do HBV. Indica alta replicação viral e alta infectividade.
Anti-HBc IgM	Anticorpo IgM contra o core do HBV. Indica infecção aguda recente.
Anti-HBc IgG	Anticorpo IgG contra o core do HBV. Indica contato prévio com o vírus.
Anti-HBc total	Anticorpos IgM + IgG contra o core. Usado para triagem geral de infecção (atual ou passada).
Anti-HBe	Anticorpo contra o HBeAg. Indica menor replicação viral.
Anti-HBs	Anticorpo contra o HBsAg. Indica imunidade (vacinação ou infecção passada resolvida).

Fonte: CGHV/Dathi/SVSA/MS.

População com indicação de rastreio: recomenda-se a realização de teste rápido HBsAg para todos os indivíduos suscetíveis (não vacinados ou sem registro de esquema vacinal completo e sem contato prévio com o HBV) acima de 20 anos, ao menos uma vez na vida. Também é preconizada a priorização da testagem de algumas populações mais vulneráveis à infecção pelo HBV.

Quadro 2 – Periodicidade da testagem para hepatite B em populações prioritárias

Periodicidade da testagem*	Populações prioritárias
Ao menos uma vez na vida	• Pessoas e crianças nascidas de pessoas da região Amazônica. • Imigrantes provenientes de áreas de alta endemicidade. • Crianças nascidas de mães com HBsAg reagente. • Mulheres em planejamento reprodutivo. • Contatos domiciliares, sexuais ou parentes de 1º grau de pessoas com HBsAg reagente. • Profissionais de saúde, segurança pública (policiais, bombeiros) e estética (manicures, tatuadores etc.). • Pessoas com exposição percutânea/parenteral sem controle sanitário. • Pessoas com antecedente de uso prejudicial de álcool e outras drogas injetáveis, inaladas ou fumadas. • Pessoas com sinais de doença hepática (elevação de transaminases, hepatomegalia, icterícia etc.). • Pessoas com hepatopatias. • Pessoas com diabetes melito. • Indígenas, populações ribeirinhas e quilombolas. • Pessoas com histórico ou busca de tratamento para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). • Pessoas que estiveram privadas de liberdade.
Anual	• Pessoas com histórico de ISTs. • Pessoas em hemodiálise.
Semestral	• Pessoas que usam drogas (injetáveis, inaláveis ou fumadas). • Pessoas que fazem uso abusivo de álcool. • Pessoas que estão privadas de liberdade ou em outras situações de restrição.

continua

Periodicidade da testagem*	Populações prioritárias
Semestral	• Profissionais do sexo. • Pessoas em situação de rua. • Gays, homens que fazem sexo com homens e pessoas com prática sexual anal sem o uso de preservativo. • Pessoas trans. • Pessoas com múltiplas parcerias sexuais e/ou uso inconstante de preservativo. • Pessoas vivendo com HIV. • Pessoas imunossuprimidas e/ou candidatas à terapia imunossupressora (TIS) e/ou quimioterapia (QT).
Trimestral	• Pessoas em uso de PrEP.
Outras situações	• Gestantes: pessoas que gestam devem ser testadas em todas as gestações, preferencialmente no primeiro trimestre. Gestantes que não foram avaliadas durante o pré-natal devem realizar a pesquisa de HBsAg no momento da admissão hospitalar para o parto. • Pessoas com diagnóstico de ISTs: no atendimento inicial. • Pessoas que sofreram violência sexual: no atendimento inicial. • Pessoas com doença renal crônica (DRC) não submetidas a diálise: no diagnóstico.

Fonte: Brasil, 2025a.

*Para pessoas sem a comprovação e/ou realização adequada da vacina.

Rastreio com dois marcadores (HBsAg e anti-HBc total): justifica-se em grupos populacionais com maior frequência de infecção oculta pelo HBV (HBV-DNA detectável e HBsAg não reagente) e/ou pelo risco de reativação viral nessas situações. A testagem de pessoas doadoras de sangue, tecidos, órgãos ou sêmen com dois marcadores tem como objetivo evitar a transmissão viral às pessoas receptoras.

Populações com indicação de rastreio de hepatite B com HBsAg e anti-HBc total

- Pessoas vivendo com HIV e/ou aids.
- Pessoas com infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) que receberão antivirais de ação direta (DAA).
- Pessoas com doença renal crônica em diálise.
- Pessoas com hepatopatia crônica ou carcinoma hepatocelular (CHC) sem etiologia definida.
- Pessoas que usam drogas injetáveis.
- Pessoas imunossuprimidas ou candidatas a TIS/QT.
- Pessoas doadoras de sangue, tecidos, órgãos ou sêmen.

Recomenda-se que o diagnóstico de hepatite B seja realizado com pelo menos dois testes, sendo:

- **Preferencial:** HBsAg (teste rápido – TR ou, na ausência do TR, imunoensaio laboratorial) reagente **E** HBV-DNA detectável.
- **Alternativo:** HBsAg (TR ou, na ausência do TR, imunoensaio laboratorial) reagente **E** anti-HBc total reagente ou HBeAg reagente.

Infecção crônica pelo HBV: é definida por HBsAg reagente por período igual ou superior a seis meses.

A detecção de HBsAg já é considerada como critério para a notificação.

Quadro 3 – Exames complementares para hepatite B

Categoria	Exames recomendados
Testagem de coinfeções	Todas as pessoas: HIV, sífilis, HAV, HCV. Pessoas ou crianças nascidas de pessoas provenientes dos estados da Região Amazônica* ou que possuam algum vínculo epidemiológico com pessoas desses estados: HDV (vírus da hepatite Delta). O rastreamento para HDV deve ocorrer também em caso de exacerbação da hepatite B crônica em pessoas com HBV-DNA suprimido (< 2.000 UI/mL), sem outra etiologia identificada.
Avaliação de contactantes	Testagem de contatos domiciliares e sexuais (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs). Em caso de resultados não reagentes, vacinar.
Estadiamento da função hepática	AST/ALT, bilirrubinas (total e frações), proteínas totais, albumina, INR.
Estadiamento da fibrose hepática	Ultrassonografia (USG) abdominal e elastografia hepática (EHT, pSWE, ARFI ou 2D-SWE, conforme disponível).

Fonte: CGHV/Dathi/SVSA/MS.

*Os estados que compõem a Região Amazônica são: Amazonas (AM), Acre (AC), Roraima (RR), Rondônia (RO), Amapá (AP), Pará (PA), Tocantins (TO), Maranhão (MA) e Mato Grosso (MT).

Indicação de tratamento da hepatite B

Nem todas as pessoas com hepatite B têm recomendação de tratamento medicamentoso. A carga viral é o principal parâmetro para a indicação de tratamento, juntamente com a dosagem de AST/ALT. Apresenta-se adiante o quadro com as indicações de tratamento para a infecção pelo HBV.

O tratamento também está indicado como medida de prevenção da transmissão vertical e da reativação do HBV em pessoas submetidas a TIS/QT, bem como para prevenção e tratamento das manifestações extra-hepáticas associadas a essa infecção.

Salienta-se a importância do encaminhamento ao(à) especialista focal em caso de confirmação diagnóstica, para definição de propedêutica.

Quadro 4 – Critérios para indicação de tratamento da hepatite B

Critérios/situações	Descrição
Carga viral elevada + ALT elevada	HBV-DNA ≥ 2.000 UI/mL E ALT elevada (≥ 52 U/L homens, ≥ 37 U/L mulheres) em 2 medições consecutivas (≥ 3 meses de intervalo).
HBeAg reagente > 30 anos	Indicação de tratamento mesmo sem ALT elevada.
História familiar	CHC ou cirrose hepática por HBV ou causa desconhecida.
Coinfecções	HIV, HCV ou HDV associados.
Manifestações extra-hepáticas	Artrite, vasculite, nefropatia, poliarterite nodosa, neuropatia periférica.
Estadiamento histológico	Biópsia hepática com Metavir $\geq$ A2 ou F2.
Estadiamento não invasivo	Elastografia hepática com pelo menos um dos seguintes achados: • EHT > 9 kPa (ALT normal) • EHT > 12 kPa (ALT 1 a 5 $\times$ LSN) • pSWE/ARFI $\geq 1,8$ m/s • 2D-SWE > 10 kPa
Zona cinzenta de fibrose hepática (elastografia)	Casos com resultados intermediários/indeterminados. Considerar tratamento nas seguintes situações: • Sexo masculino • Idade > 40 anos (HBeAg não reagente) • História familiar de cirrose (HBV ou causa desconhecida) • Presença de outras causas associadas a hepatopatia
Achados de doença avançada	USG, ressonância magnética (RNM), elastografia ou endoscopia digestiva alta (EDA) sugestivas de fibrose/cirrose.
Hepatite B aguda grave	INR $> 1,5$ OU bilirrubina total (BT) > 3 mg/dL OU bilirrubina direta (BD) $> 1,5$ mg/dL (> 4 semanas) OU encefalopatia OU ascite.
Prevenção da transmissão vertical	Pessoas gestantes com HBV-DNA elevado (≥ 200.000 UI/mL).
Terapia profilática/preemptiva	Transplantes, TIS e/ou QT.

Fonte: CGHV/Dathi/SVSA/MS.

Tratamento: os principais objetivos do tratamento do HBV são aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida das pessoas com a infecção. A hepatite B não possui cura definitiva, mas o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece tratamentos destinados a diminuir o risco de avanço da doença e de suas complicações. Contudo, a decisão sobre tratar, bem como a escolha do fármaco e a definição da sua periodicidade, competem ao(à) especialista focal. Nesse contexto, a APS atua como a principal instância para o rastreamento e a confirmação diagnóstica, sendo também responsável por ordenar e coordenar a jornada de cuidado da pessoa.

Prevenção:

- A principal forma de prevenção da hepatite B é a vacina.
- Não compartilhar seringas e agulhas contaminadas.
- Não compartilhar utensílios e objetos de higiene pessoal contaminados com sangue, como lâminas de barbear, depilar, alicates de cutícula, dentre outros.
- Realizar procedimentos como acupuntura, intervenções médicas ou odontológicas, hemodiálise e transfusão de sangue ou hemoderivados utilizando as adequadas normas de biossegurança.
- Usar preservativos (internos ou externos) nas relações sexuais (vaginais, anais e orais).
- Destaca-se que toda pessoa gestante precisa fazer os exames para detecção de HBV, HCV, HIV e sífilis no pré-natal (Brasil, 2024a).

4

HEPATITE C

A hepatite C é um processo infeccioso e inflamatório causado pelo HCV e que pode se manifestar na forma aguda ou crônica, sendo esta última mais comum.

Transmissão: o HCV é transmitido por materiais perfurocortantes, uso de drogas ou medicamentos injetáveis, práticas sexuais de risco, atividades associadas a procedimentos de saúde invasivos ou estéticos (como manicure, tatuagens, piercings) com material contaminado e, em menor proporção, por via vertical.

Quadro 5 – Periodicidade da testagem para hepatite C em populações prioritárias

Periodicidade da testagem	Populações prioritárias
Ao menos uma vez na vida	• Todas as pessoas com idade igual ou superior a 40 anos. • Pessoas com parcerias sexuais que têm/tiveram hepatite C. • Pessoas que têm contato próximo com indivíduos que têm/tiveram hepatite C. • Sinais de doença hepática (elevação de transaminases, hepatomegalia, icterícia etc.). • Pessoas com antecedente de uso prejudicial de álcool e outras drogas injetáveis, inaladas ou fumadas. • Indígenas, populações ribeirinhas e quilombolas. • Exposição percutânea/parenteral ou acidentes com materiais biológicos que não foram processados conforme as normas de vigilância sanitária. • Pessoas que estiveram privadas de liberdade. • Pessoas que possuem antecedentes psiquiátricos. • Pessoas imunossuprimidas. • Pessoas que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados (principalmente antes de 1993). • Pessoas com múltiplas parcerias sexuais e/ou uso irregular de preservativo. • Pessoas com diabetes melito.

continua

Periodicidade da testagem	Populações prioritárias
Ao menos uma vez na vida	• Pessoas com doenças cardiovasculares. • Pessoas que receberam transplante de órgãos e tecidos em qualquer tempo. • Hepatopatias. • Mulheres em planejamento reprodutivo.
Anual	• Pessoas com histórico de ISTs. • Pessoas vivendo com HIV e/ou aids. • Pessoas imunodeprimidas, incluindo candidatas a TIS/QT. • Pessoas com múltiplas parcerias sexuais e/ou uso irregular de preservativo. • Pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas injetáveis, inaladas ou fumadas. • Gays, homens que fazem sexo com homens e pessoas com prática sexual anal sem o uso de preservativo. • Pessoas trans. • Pessoas que estão privadas de liberdade ou em outras situações de restrição. • Profissionais do sexo. • Profissionais de saúde, segurança pública (policiais, bombeiros) e estética (manicures, tatuadores etc.). • População em situação de rua.
Trimestral	• Pessoas em uso de PrEP.
Outras situações	• Gestantes: testagem para HCV (preferencialmente com TR) em todas as pessoas gestantes na primeira consulta de pré-natal (preferencialmente no primeiro trimestre), em todas as gestações. • Crianças nascidas de mães que vivem com hepatite C: teste molecular (HCV-RNA) entre 3-6 meses de idade. O anti-HCV deve ser realizado, ao menos uma vez, após 18 meses de idade. • Pessoas em hemodiálise: na admissão. Depois, repetir semestralmente ou em caso de qualquer elevação de ALT/AST. • Pessoas com diagnóstico de ISTs: no atendimento inicial. • Pessoas que sofreram violência sexual: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses após a exposição. • Pessoas com DRC não submetidas a diálise: no diagnóstico.

Recomenda-se que o diagnóstico da hepatite C seja realizado com pelo menos dois testes, sendo:

- Anti-HCV (TR ou, na ausência deste, imunoensaio laboratorial) reagente **E** HCV-RNA detectável.

O anti-HCV é um marcador que indica contato prévio com o vírus. Isoladamente, um resultado reagente para o anticorpo não permite diferenciar uma infecção resolvida de uma infecção ativa. Por isso, para o diagnóstico laboratorial da infecção, um resultado anti-HCV reagente precisa ser complementado por meio de um teste para detecção direta do vírus. Os testes de ácidos nucleicos (ou testes moleculares) devem ser utilizados para detectar o HCV-RNA circulante na pessoa e, assim, confirmar a presença de infecção ativa.

A detecção de **anti-HCV** é considerada como **critério para a notificação**.

Atualmente, todas as pessoas com HCV-RNA detectável têm indicação de tratamento, seja na infecção aguda ou crônica.

Exames complementares: hemograma, bilirrubinas totais e frações, proteínas totais e frações, INR, ALT, AST, GGT, fosfatase alcalina, glicemia de jejum, creatinina, TSH, lipidograma, TR para HIV, TR para HBV, TR para sífilis e Beta hCG se pertinente.

O **estadiamento de fibrose hepática pelo escore APRI** é **FUNDAMENTAL** para a escolha terapêutica. O Ministério da Saúde estabelece que o ponto de corte do escore APRI a ser utilizado para exclusão de cirrose é **< 1**.

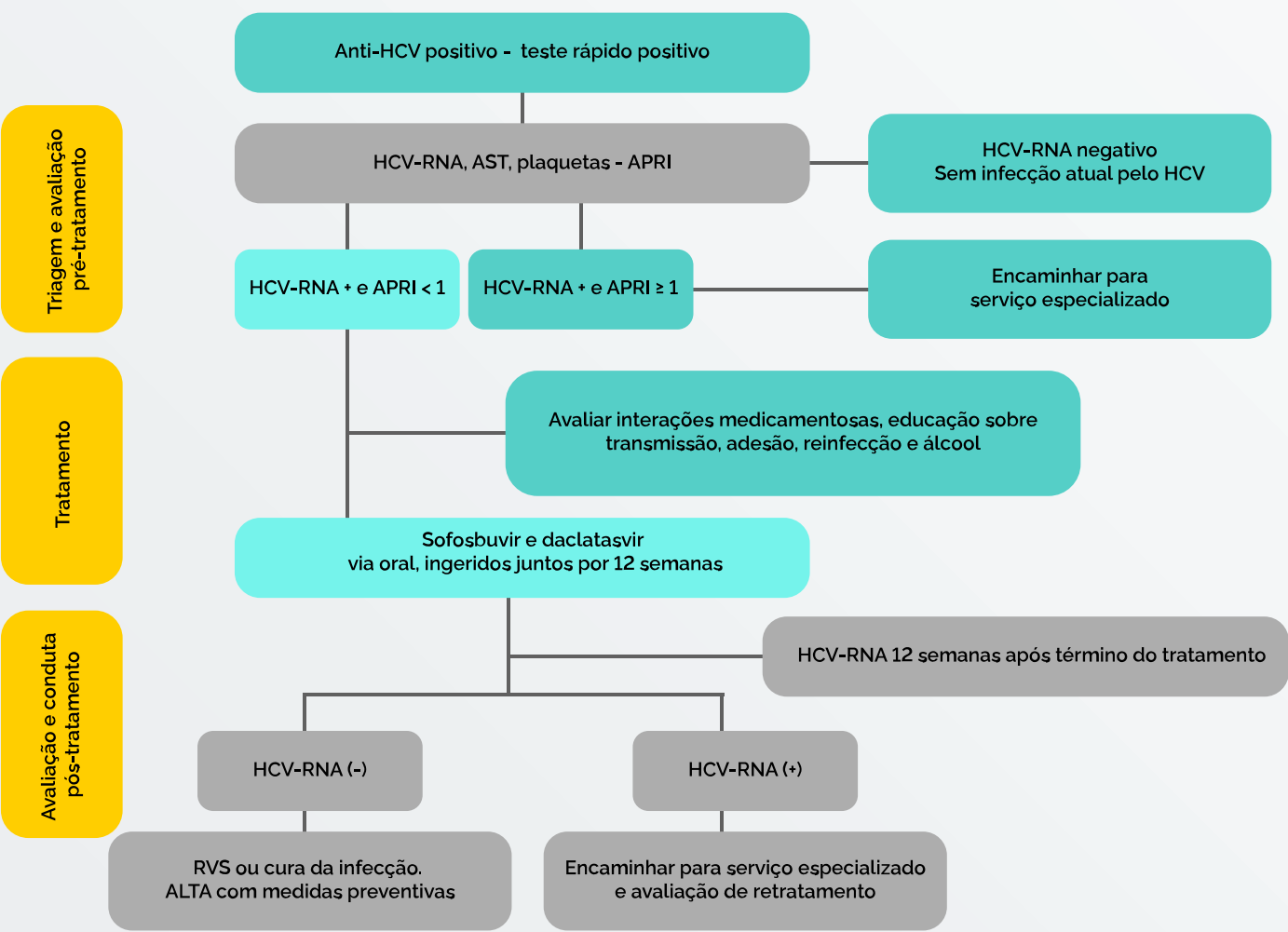
$$\text{APRI} = \frac{\text{AST/LSN DE AST}}{\text{contagem de plaquetas } (10^9/\text{L})} \times 100$$

LSN – Limite superior da normalidade.

Para o cálculo do escore, acesse:



Figura 1 – Critérios e manejo de tratamento da hepatite C para pacientes com APRI <1, maiores de 12 anos ou pesando pelo menos 30kg, sem histórico de tratamento com antivirais de ação direta (DAA)



Fonte: Brasil, 2025b.

Critérios/situações	Descrição do tratamento
Escore APRI < 1, sem histórico de tratamento prévio, plaquetas > 150 mil, não gestante	Sofosbuvir (1 comprimido de 400 mg via oral) + daclatasvir (1 comprimido de 60 mg via oral) 1 vez ao dia, no mesmo horário, por 12 semanas. Manejo na APS.
Escore APRI ≥ 1	Indicação de encaminhamento à atenção especializada para definição terapêutica (ver Nota Técnica a seguir).

Para saber mais sobre os **esquemas terapêuticos disponíveis para tratamento e retratamento da hepatite C**, no âmbito do SUS, acesse a Nota Técnica n.º 5/2025-CGHV/DATHI/SVSA/MS:



Formulários de solicitação de medicamentos para tratamento da hepatite C

O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos das Hepatites Virais (Siclom-HV) é a plataforma utilizada pelo Ministério da Saúde para registro, controle e acompanhamento da dispensação de medicamentos para o tratamento das hepatites virais no âmbito do SUS. Para que a pessoa possa retirar os medicamentos na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), é necessário que o(a) profissional de saúde realize o cadastro do(a) usuário(a) no sistema, utilizando o formulário específico disponível em:



Também é necessário preencher o Formulário de Solicitação de Medicamentos, conforme disponível na Aba Documentos do Siclom-HV:



Ressalta-se que o Formulário de Solicitação de Medicamentos é obrigatório para a prescrição e dispensação dos medicamentos para o tratamento das hepatites B, C e D.

Critérios de cura: alcance de resposta virológica sustentada (RVS), caracterizada pela carga viral (HCV-RNA) indetectável, após o período de 12 a 24 semanas do término do tratamento.

Acompanhamento: todas as pessoas tratadas têm indicação de realizar exames de imagem, como elastografia ou ultrassonografia, para avaliar o grau de fibrose hepática após o início do tratamento. Na situação de fibrose estágio F3 ou cirrose (estágio F4), realizar rastreamento com ultrassonografia para CHC pelo menos uma vez a cada seis meses após a cura.

Nos casos de cirrose hepática, realizar endoscopia digestiva alta a cada um ou dois anos. Manter acompanhamento regular de todas as pessoas, principalmente as que têm fatores de risco para doença hepática.

Prevenção:

- Não compartilhar com outras pessoas qualquer objeto de higiene pessoal que possa ter entrado em contato com sangue, tais como lâminas de barbear e depilar, alicates de cutícula, dentre outros.
- Realizar procedimentos como acupuntura, intervenções médicas ou odontológicas, hemodiálise e transfusão de sangue ou hemoderivados utilizando as normas adequadas de biossegurança.
- Usar preservativos (internos ou externos) nas relações sexuais (vaginais, anais e orais).
- Destaca-se que toda pessoa gestante precisa fazer os exames para detecção de HBV, HCV, HIV e sífilis no pré-natal (Brasil, 2024a).
- Não compartilhar seringas e agulhas contaminadas.

5

HEPATITE D

A hepatite D ou Delta é causada pelo HDV, um vírus defectivo – o que significa que o HDV necessita do HBV para sua replicação. O HBV e o HDV podem infectar simultaneamente o indivíduo, sendo então caracterizada a coinfeção. Por outro lado, o HDV pode infectar uma pessoa já infectada pelo HBV, o que define uma superinfecção (Brasil, 2022).

A coinfeção HBV-HDV é considerada a forma mais grave de hepatite viral em humanos, com maior risco de progressão para cirrose.

Transmissão: a transmissão da hepatite Delta ocorre de maneira semelhante à da hepatite B, ou seja, por meio do contato com sangue ou outros fluidos corporais contaminados, tais como sêmen e secreções vaginais (Brasil, 2018).

População com indicação de rastreio com anti-HDV

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Pessoas ou crianças nascidas de pessoas com HBsAg reagente oriundas da Região Amazônica*, ou com vínculo epidemiológico com pessoas dessa região. | <ul style="list-style-type: none">• Pessoas com hepatite B crônica com HBV-DNA suprimido (< 2.000 UI/mL) que apresentem exacerbação clínica ou laboratorial, sem outra causa identificada. |
|---|---|

* Os estados que compõem a Região Amazônica são: Amazonas (AM), Acre (AC), Roraima (RR), Rondônia (RO), Amapá (AP), Pará (PA), Tocantins (TO), Maranhão (MA) e Mato Grosso (MT).

Sinais e sintomas: podem não ocorrer. Porém, quando presentes, costumam ser febre, fraqueza (fadiga), mal-estar, dor abdominal, náuseas ou vômitos, inapetência, colúria, icterícia e acolia fecal.

Diagnóstico: detecção de anticorpos anti-HDV ou pesquisa de marcadores diretos, como o antígeno do HDV, e detecção do genoma viral circulante.

Tratamento: o objetivo do tratamento na coinfeção HBV-HDV consiste na supressão contínua da replicação do HDV, frequentemente acompanhada por melhorias nas respostas bioquímicas — como a normalização dos níveis de ALT — e nas avaliações histológicas, evidenciando redução da atividade necroinflamatória observada na biópsia hepática. A duração recomendada

do esquema terapêutico com alfapeginterferona (αpegINF) na coinfeção pelo HDV costuma variar entre 48 e 96 semanas. Para informações mais detalhadas, recomenda-se consultar o PCDT de Hepatite B e Coinfeções, disponível em:



Prevenção: considerar as mesmas orientações para o HBV.

6

HEPATITE E

No Brasil, até o presente momento, a hepatite E não tem relevância epidemiológica, devendo ser investigada em casos de suspeita clínica em pessoas oriundas de países endêmicos, ou em casos de hepatite sem outra causa.

A hepatite E é uma infecção causada pelo HEV, transmitido principalmente por via fecal-oral e pela ingestão de água contaminada, carne mal cozida ou produtos derivados de animais infectados. Tem curso clínico agudo, de curta duração e autolimitado, sendo, na maioria dos casos, uma doença de caráter benigno.

O tratamento é de suporte e baseia-se nos sintomas apresentados pela pessoa.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABCDE das hepatites virais para agentes comunitários de saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2024/abcde-das-hepatites-2024_atualizado.pdf. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**: volume 2. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**: volume 2. 5. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hepatites virais**: o Brasil está atento. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de cuidado das hepatites virais**: rastreamento/diagnóstico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hepatites-virais/unidade-de-atencao-primaria/rastreamento-diagnostico/>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hepatites_virais_web_3108181.pdf/view. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 5/2025 - CGHV/DATHI/SVSA/MS**. Revoga e substitui as orientações da Nota Técnica n.º 280/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS, e atualiza os esquemas terapêuticos disponíveis para tratamento e retratamento da hepatite C no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: https://siclomhepatites.aids.gov.br/documentos/Nota%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%205_2025_CGHV_DATHI_SVSA_MS.pdf. Acesso em: 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z**: Hepatite A. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hepatites-virais/hepatite-a>. Acesso em: 23 jul. 2025.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
[Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

GUIA DAS **HEPATITES** VIRAIS

Uma
abordagem
para a Atenção
Primária
à Saúde





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal