

Hepatite B e C em centro de testagem e aconselhamento – aspectos atuais

Hepatitis B and C in a testing and counseling center - current aspects

DOI:10.34119/bjhrv5n2-311

Recebimento dos originais: 14/01/2022

Aceitação para publicação: 28/02/2022

Lara Fabiana Maia de Oliveira

Graduação em Medicina

Instituição: Centro Universitário Tecnologia e Ciencia (UniFTC)

Endereço: Edf. Mandarin. Rua Frederico Simões, 370, Caminho das Arvores

CEP: 41820-774 - Salvador/BA

E-mail: laramaiaoliveira@yahoo.com.br

Delvone Freire Gil Almeida

Pós Doutorado

Instituição: Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP)

Endereço: Centro Médico Hospital Aliança, Av. Juracy Magalhães Junior, 2096. Sala 411

E-mail: delvone@terra.com.br

Miralba Freire de Carvalho Ribeiro da Silva

Doutorado

Instituição: Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA)

Endereço: Rua gomes Mendonça, 229, Pituba. Torre Thiti, ap. 602

E-mail: miralbafsilva@gmail.com

RESUMO

Introdução. O relatório da Organização Mundial da Saúde de 2017 mostrou que 325 milhões de pessoas são portadores do vírus da Hepatite B (VHB) ou do vírus da Hepatite C (VHC). Por isso, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) já são feitos exames de triagem e diagnóstico das hepatites, locais onde o atendimento é prioritariamente para quem tem maior risco de infecção e populações em situações de vulnerabilidade. **Metodologia.** Estudo observacional, descritivo e analítico que utiliza dados provenientes dos prontuários eletrônicos e físicos dos pacientes atendidos no CEDAP em 2017 diagnosticados com Hepatite B e/ou C. **Resultados.** Foram encontrados 124 portadores do VHB e 90 do VHC, dentre 6.319 indivíduos. Houve predomínio do sexo masculino com VHB. A via de transmissão para ambas foi significativa, sendo 76,1% por via sexual no VHB e 53,3% por via desconhecida no VHC. A coinfeção com o HIV foi 47,6% com VHB e 35,5% com VHC. O uso de drogas foi maior no grupo com VHC ($p < 0.001$). **Discussão.** A prevalência foi mais elevada que na população sem risco acrescido, porém, se assemelhou a encontrada em usuários de drogas e outros CTAs. Os dados epidemiológicos, como sexo, idade e etnia corroboram o encontrado em populações gerais. **Conclusão.** Foi elevada a prevalência de vírus B e C e a coinfeção com HIV no CTA em 2017, houve predomínio do sexo masculino, etnia parda e procedência de Salvador-BA. A coinfeção entre VHB, VHC e HIV foi significativa, assim como o uso de drogas nesses grupos.

Palavras-chave: hepatite B, hepatite C, vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

Introduction. The World Health Organization 2017 report shows that 325 million people are infected by HBV or HCV. Therefore, Tests and Counseling Centers are already done screening tests and diagnosis of hepatitis, for places in which care is primarily for those who are at greater risk of infection and populations in situations of vulnerability. **Methodology.** Observational, descriptive and analytical study using data from electronic and physical records of patients treated at CEDAP in 2017 diagnosed with Hepatitis B and / or C. **Results.** There were 124 HBV and 90 HCV carriers among 6,319 individuals. There was predominance of males with HBV. The transmission route for both was significant, being 76.1% by sex in HBV and 53.3% by way unknown in HCV. Coinfection with HIV was 47.6% with HBV and 35.5% with HCV. And drug use was higher in the HCV group ($p < 0.001$). **Discussion.** The prevalence was higher than in the population without increased risk, but it resembled that found in drug users and other CTAs. Epidemiological data, such as sex, age and ethnicity corroborate with that found in general populations. **Conclusion.** The prevalence of B and C virus and the co-infection with HIV in CTA in 2017 were high, male, brown, and Salvador-Bahia origin predominated. Co-infection between HBV, HCV and HIV was significant, as was the use of drugs in these groups.

Keywords: hepatitis B, hepatitis C, epidemiological surveillance.

1 INTRODUÇÃO

As hepatites virais são doenças infecciosas causadas por vírus com tropismo especial pelo fígado, gerando necroinflamação. Elas cursam com elevada morbidade e acometem um elevado número de pessoas, sendo consideradas um problema de saúde pública mundial. O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2017 mostrou que 325 milhões de pessoas vivem com a infecção pelo vírus da Hepatite B (VHB) ou Hepatite C (VHC) e grande parte não tem acesso aos testes e tratamentos.¹ Em 2015 as infecções pelos vírus da Hepatite B e C foram responsáveis por cerca de 1,34 milhões de mortes, número superior as mortes causadas pelo HIV.²

A detecção da infecção pelo VHB no Brasil em 2016 foi de 6,9 casos para cada 100 mil habitantes. Desde 1999, ano em que as hepatites foram inseridas na lista de notificação compulsória, ao todo 212 mil casos foram confirmados.³ VHB é a segunda causa de óbitos entre as hepatites virais, totalizando, de 2000 a 2015, 13.252 óbitos.³ Isto posto, revela-se a importância da prevenção por meio da vacina que teve seus primeiros registros datados de 1980, estando disponível há mais de duas décadas.^{4,5}

Além desta, há a possibilidade de profilaxia com imunoglobulina, caso exposição, como acontece com os trabalhadores da área de saúde.^{6,7} Por sua evolução silenciosa, habitualmente oligossintomática, o VHB diversas vezes é descoberto tardiamente, aproximadamente 5 a 10% dos infectados tornam-se portadores crônicos, quando suas consequências, como cirrose e carcinoma hepatocelular (CHC), já estão instaladas.⁸

Atualmente, aproximadamente 390 mil pessoas morrem a cada ano com Hepatite C e ainda nos dias atuais, não há vacina para tal enfermidade, mesmo sabendo que 60 a 80% dos infectados evoluirão para uma forma crônica.⁹ O número de mortes em 1990 foi 333 mil e em 2013, 704 mil. Esse aumento reflete o fato de que o VHC ainda não havia sido totalmente descoberto na década de 90.¹⁰ A infecção e consequências do VHC são a maior causa de morte entre as hepatites virais no Brasil, representado 25 mil óbitos dentre os anos de 2000 a 2015. Estima-se que em 2015, no mundo todo, foram 1,75 milhões de novas infecções.^{2,3} Ademais, somente metade dos pacientes recebe o novo tratamento mais eficaz e tolerado, que além de evitar a progressão, também aumenta a qualidade de vida do indivíduo.^{2,11}

Os desenvolvimentos para VHB e VHC foram tão amplos na década passada, que atualmente é possível controlar o VHB e curar o VHC.¹² No entanto, ambas as infecções podem evoluir de forma assintomática, dessa forma, somente são confirmadas com testes sorológicos, como o AgHBs e o anti-HCV.¹³ Por isso, em 2004 foram incluídos nos centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) os exames sorológicos de triagem e diagnóstico das Hepatites. Nestes locais o atendimento volta-se prioritariamente para quem tem maior risco de infecção como os trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com outros homens (HSH), pessoas privadas de liberdade, aqueles que usam álcool ou outras drogas, com atenção especial para as drogas injetáveis, e transexuais, bem como outras populações enquadradas em situações de vulnerabilidade como as expostas a violência, pobreza e racismo.^{14,15}

O combate a epidemia das Hepatites B e C já foi delineado pela OMS até 2030, com metas como o aprimoramento e simplificação das terapias para o VHB e intensificação da busca para a vacina do VHC.¹⁶ Em razão disto, justifica-se a ampliação do suprimento de linhas de pesquisa epidemiológicas para melhor desenvolvimento de ações profiláticas e curativas, além da propagação de informações atuais do cenário das hepatites de maior prevalência mundial.

Portanto, objetiva-se descrever o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hepatite B e C no ano de 2017 no Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP) em Salvador-BA, comparando o perfil dos indivíduos com VHB e VHC e suas coinfeções com o HIV.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e analítico que utilizou dados dos prontuários dos pacientes atendidos no CEDAP, um Centro de Excelência no Atendimento e Tratamento ao HIV, em doenças infecciosas e doenças sexualmente transmissíveis. Neste local são atendidas cerca de 40 a 60 pessoas por dia no CTA.

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que apresentaram marcadores sorológicos positivos para Hepatites B e/ou C. Foram excluídos aqueles com dados de prontuários incompletos.

As variáveis de interesse foram: sexo, idade, procedência, etnia, coinfeção com HIV, gestação atual, uso de drogas ilícitas, hemotransfusão, profissional da área de saúde.

Para análise de dados foi utilizada uma ficha para coleta dos dados e tabulado no Microsoft Excel. Para a estatística descritiva, foram utilizadas tabelas de distribuição por frequência e percentuais para variáveis categóricas, média, desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil para variáveis numéricas (conforme a distribuição dos dados), utilizando o programa de análise estatística Graphpad Prism versão 8. Para as variáveis numéricas foi aplicado o teste t. E para as variáveis qualitativas o teste qui quadrado. Em ambos os testes o valor de $P < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SESAB com dispensa do TCLE por se tratar de um estudo retrospectivo. Sendo garantidas a privacidade, a confidencialidade e o sigilo dos dados registados, atendendo às diretrizes da Resolução 466/2012. Autorizado no Parecer Consubstanciado número 3.152.859.

3 RESULTADOS

Durante o ano de 2017 foram atendidas 6.319 pessoas no CEDAP, desses 127 indivíduos tiveram testagem positiva para Hepatite B, sendo 35 (27,7%) AgHBs positivos e 91 (72,2%) antiHBC total positivo, com prevalência total de 2%. No âmbito da Hepatite C foram 90 pacientes com testagem positiva para o HCV, o que corresponde a 1,45% do total testado.

Na amostra prevaleceu indivíduos do gênero masculino, 96 (76,1%) com sorologia positiva para o VHB e 53 (58,8%) com sorologia positiva para VHC. A comparação entre os gêneros da Hepatite B e C, mostrou significância estatística ($p=0.006$) que enfatiza maior número de indivíduos do sexo masculino no grupo com VHB. A idade média dos infectados com Hepatite B foi $41,3 \pm 14,3$ anos, enquanto na Hepatite C foi de $42,7 \pm 14,3$ anos. Na descrição da etnia dos pacientes, houve para ambas, um maior número de casos entre pardos sendo 83 (65,8%) com VHB e 48 (53,3%) com VHC. Ao agrupar por procedência, a maioria quase totalitária procedia de Salvador-BA, somando 97(76,9%) dentre os indivíduos com VHB e 69 (76,6%) com VHC.

Comparando a via de transmissão, encontramos diferenças ($p=0.001$) entre as proporções, dentre os pacientes com Hepatite B, a principal categoria de transmissão foi a via sexual, com 96 (76,1%) indivíduos, seguida de 15 (12%) de via desconhecida e 6 (4,7%) por

compartilhamento de objetos perfurocortantes. Na Hepatite C encontrou-se 48 (53,3%) pacientes com via desconhecida, 21(23,3%) pacientes por meio de drogas e 13(14,4%) por compartilhamento de objetos perfurocortantes.

Avaliando a coinfeção com o HIV, foi positivo em 60 (47,6%) pacientes com VHB e 32 (35,5%) pacientes com VHC. Em relação à exposição dos profissionais de saúde tiveram resultados positivos para VHB 5 (3%) pessoas e VHC 7 (7%) pessoas na população estudada. Pacientes gestantes foram 2 (1,5%) com Hepatite B e 1 (1,1%) com Hepatite C.

A prevalência de pacientes que relataram uso de drogas ilícitas foi de 18 (14,2%) pacientes com Hepatite B e 29 (32,2%) pacientes com Hepatite C, resultado estatisticamente significativo ($p < 0.001$), mostrando que o uso de drogas foi mais elevado nos paciente com VHC. (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil epidemiológico e comparativo das Hepatites B e C

	HEPATITE B	HEPATITE C	PVALOR
GENERO[†]			
Masculino	96, (76,19%)	53, (58,89%)	0.006
Feminino	30, (23,81%)	37, (41,11%)	
IDADE[‡]	41,33, (14,35)	42,74, (14,28)	0.232
PROCEDENCIA[†]			0.641
Salvador	97, (76,98%)	69, (76,67%)	
Outras localidades	29, (23,02%)	20, (23,33%)	
ETNIA[†]			0.211
Preto	29, (23,02%)	32, (35,56%)	
Branco	7, (5,56%)	6, (6,67%)	
Amarelo	2, (1,59%)	2, (2,22%)	
Parda	83, (65,87%)	48, (53,33%)	
Não registrado	0, (0%)	1, (1,11%)	
VIA DE TRANSMISSAO[†]			0.001
Vertical	1, (0,79%)	0, (0%)	
Sexual	96, (76,19%)	2, (2,22%)	
Compartilhamento objetos perfurocortantes	6, (4,76%)	13, (14,44%)	
Uso de drogas	1, (0,79%)	21, (23,3%)	
Transfusão sanguínea	2, (1,59%)	0, (0%)	
Tatuagem	5, (3,97%)	6, (6,67%)	
Desconhecida	15, (11,9%)	48, (53,33%)	
HIV[†]			0.077
Positivo	60, (47,62%)	32, (35,56%)	
Negativo	66, (52,38%)	58, (64,44%)	
GESTANTES[†]			0.768
Sim	2, (1,59%)	1, (1,11%)	
Não	124, (98,41%)	89, (98,89%)	
USO DE DROGAS[†]			0.001
Sim	18, (14,29%)	29, (32,22%)	
Não	108, (85,71%)	61, (67,78%)	
PROFISSIONAL DE SAUDE[†]			0.228
Sim	5, (3,97%)	7, (7,78%)	
Não	121, (96,03%)	83, (92,22%)	

Fonte: Banco de dados do autor.

†, Teste Qui Quadrado

‡, Teste T de Student

Estratificamos os pacientes com VHB, entre o perfil dos pacientes HIV positivos e negativos. Foi encontrada uma maior frequência no gênero masculino, tanto nos pacientes HIV positivo, 81,6%, como nos HIV negativo, 71,2%. A idade média dos pacientes com HIV e VHB foi de $39 \pm 13,3$ anos, naqueles apenas com VHB foi $42,7 \pm 15,9$ anos. Ambos os grupos apresentaram maior prevalência de procedência em Salvador-BA, 46 (76,6%) nos pacientes HIV positivo e 51 (77,27%) nos pacientes HIV negativo.

Prevaleceu a etnia parda em ambos os grupos com 34 (56,67%) pacientes coinfectados com HIV e 49(74,24%) apenas com HBV. A transmissão por via sexual teve significância, havendo mais transmissão pela via sexual naqueles com HIV positivo com 86,6%.

Em relação a gestação as 2 (3%) pacientes foram HIV negativo. O uso de drogas prevaleceu naqueles com coinfeção do HIV e HBV, representando 21,7%, dado com significância estatística ($p=0.024$). Acerca dos profissionais de saúde 3(5%) tiveram HIV positivo.(Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição Coinfeção Hepatite B e HIV

HEPATITE B	HIV +	HIV -	PVALOR
GENERO[†]			
Masculino	49, (81,67%)	47, (71,21%)	0.168
Feminino	11, (18,33%)	19, (28,79%)	
IDADE[¥]			
	39,82, (13,33)	42,7, (15,9)	0.247
PROCEDENCIA[†]			
Salvador	46, (76,67%)	51, (77,27%)	0.663
Outras localidades	14, (23,33%)	15, (22,73%)	
ETNIA[†]			
Preto	19, (31,67%)	10, (15,15%)	0.153
Branco	3, (5%)	4, (6,06%)	
Amarelo	1, (1,67%)	1, (1,52%)	
Parda	34, (56,67%)	49, (74,24%)	
VIA DE TRANSMISSAO[†]			
Vertical	1, (1,67%)	0, (0%)	0.011
Sexual	52, (86,67%)	44, (66,67%)	
Compartilhamento objetos perfurocortantes	2, (3,33%)	4, (6,06%)	
Uso de drogas	0, (0%)	1, (1,52%)	
Transfusão sanguínea	2, (3,33%)	0, (0%)	
Tatuagem	2, (3,33%)	3, (4,55%)	
Desconhecida	1, (1,67%)	14, (21,21%)	
GESTANTES[†]			
	0, (0%)	2, (3,03%)	0.174
USO DE DROGAS[†]			
Sim	13, (21,67%)	5, (7,58%)	0.024
Não	47, (78,33%)	61, (92,42%)	
PROFISSIONAL DE SAUDE[†]			
	3, (5%)	2, (3,03%)	0.571

Fonte: Banco de dados do autor.

†, Teste Qui Quadrado

¥, Teste T de Student

A estratificação da Hepatite C e a coinfeção com o HIV, demonstrou maior número de pacientes do gênero masculino em ambos os grupos, 19 (59,3%) e 34 (58,6%), respectivamente. A idade média se manteve próxima com $45,13 \pm (11,85)$ nos pacientes com HVC e HIV e $41,43 \pm (15,4)$ naqueles monoinfectados com HCV. A procedência de maior prevalência foi em Salvador-BA sendo 26 (81,2%) pacientes com HIV e 43 (74,1%) pacientes sem HIV. A etnia mais prevalente foi de pardos, sendo 18 (56,2%) pacientes HIV positivo e 30 (51,7%) pacientes HIV negativo. Houve 1 (1,7%) gestação em curso em paciente HIV negativo.

Comparando as proporções da via de transmissão entre os grupos com HIV positivo e negativo, foi encontrada significância estatística ($p=0.0261$). O grupo HIV negativo teve elevada transmissão por via desconhecida, com 37,7% e compartilhamento de objetos perfurocortantes, com 12,3%.

Quanto ao uso de drogas mostrou que os pacientes HIV positivo usam mais drogas sendo 17 (53,1%) pacientes, dado estatisticamente significativo ($p<0.05$). E em profissionais de saúde a coinfeção foi menor: 2 (6,2%) com HIV positivo (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição coinfeção Hepatite C e HIV

HEPATITE C	HIV +	HIV -	PVALOR
GENERO[†]			
Masculino	19, (59,38%)	34, (58,62%)	0.944
Feminino	13, (40,63%)	24, (41,38%)	
IDADE[‡]	45,13, (11,85)	41,43, (15,4)	0.242
PROCEDENCIA[†]			
Salvador	26, (81,25%)	43, (74,14%)	0.320
Região Metropolitana	6, (18,75%)	14, (25,86%)	
ETNIA[†]			
Preto	10, (11,11%)	22, (37,93%)	0.574
Branco	3, (3,33%)	3, (5,17%)	
Amarelo	0, (0%)	2, (3,45%)	
Parda	18, (20%)	30, (51,72%)	
Não registrado	1, (1,11%)	0, (0%)	
VIA DE TRANSMISSAO[†]			
Sexual	1, (1,11%)	1, (1,11%)	0.026
Compartilhamento objetos perfurocortantes	1, (1,11%)	12, (13,33%)	
Uso de drogas	13, (14,44%)	8, (8,89%)	
Tatuagem	3, (3,33%)	3, (3,33%)	
Desconhecida	14, (15,56%)	34, (37,78%)	
GESTANTES[†]	0, (0%)	1, (1,72%)	0.455
USO DE DROGAS[†]			
Sim	17, (53,13%)	12, (20,69%)	0.001
Não	15, (46,88%)	46, (79,31%)	
PROFISSIONAL DE SAUDE[†]	2, (6,25%)	5, (8,62%)	0.687

Fonte: Banco de dados do autor.

†, Teste Qui Quadrado

‡, Teste T de Student

4 DISCUSSÃO

A prevalência das Hepatites virais na América Latina é heterogênea, devido a fatores populacionais.¹⁷ Ademais, mostrou-se notável a manutenção da elevada prevalência de infecção pelo VHB, mesmo com a vacina, criada em 1981, sendo oferecida a crianças abaixo de 02 anos de idade no Brasil desde 1992.² É sabido que vacinação tem grande impacto nas infecções dessa década, haja visto que os países que obtiveram sucesso em suas campanhas de vacinação reduziram drasticamente as prevalências,^{18,19} Todavia, é provável que o grupo testado nessa amostra não tenha sido beneficiado por essa cobertura, em função da média de idade encontrada na 5ª década.

Contudo, diversos estudos nacionais a partir de 2000 mostram prevalência abaixo de 1% em todas as regiões do Brasil, em indivíduos sem risco adicional de infecção, significando tendência de queda em comparação com as séries históricas.²⁰ Com isso, vemos que as populações de risco guardam a prevalência tal qual em cenários da década passada, o que torna necessário a manutenção de medidas profiláticas e curativas nesses grupos que estão em constante reintrodução na sociedade.

A prevalência mundial do VHC representa 1% da população, segundo a OMS, mostrando que a população estudada mesmo em seu cenário de vulnerabilidade teve discreto aumento da prevalência. Em contraposição, no Brasil em 2016 a prevalência foi de 0,7%.²¹ Na União Europeia a prevalência do HCV varia muito, principalmente em grupos de maior risco de infecção.²² Por isso, acredita-se que a população deste estudo tem risco acrescido de infecção, já que o uso de drogas, a principal via de transmissão, é mais prevalente em relação à população geral. Além disso, há atendimento voltado ao público de HSH, trabalhadores do sexo, que apresentam maior chance de transmissão pela via sexual, como já demonstrado.^{11,23}

Embora avaliando uma população de risco, os dados epidemiológicos das Hepatites B e C, como idade e sexo, aproximam-se do observado em populações gerais, que corrobora que a detecção tem sido mais prevalente em homens e com idade em torno de 45 anos.³ A etnia parda foi a de maior declaração, o que é demonstrado em outro estudo epidemiológico em CTA na Bahia.²⁴ Porém, no estudo realizado no CTA no norte da Bahia, houve maior prevalência de mulheres em idade reprodutiva. A distinção para o presente estudo pode ser explicada devido o CTA estudado ter atendido mais homens naquele ano. E em relação a etnia que foi maior em pardos, justifica-se pela procedência ter sido maior em Salvador-BA, pois é o local onde se encontra o CTA e nessa localidade ser intensa a miscigenação da população.

Não obstante, não há diferenciação da opção sexual e multiplicidade de parceiros, bem como coinfeção com outras infecções sexualmente transmissíveis, pois nos prontuários não

existiam registros suficientes desses dados, que foram bem pontuados e trazidos em estudos anteriores.²⁵ Assim, torna-se inegável a importância de se obter informações acerca desses fatores para melhor desenvolvimento de estratégias de aconselhamento a população exposta.

Em relação a maior detecção de indivíduos com infecção pelo VHB por meio do AntiHBC total, do mesmo modo visto em estudo realizado no CTA do estado do Ceará, deixando evidente a importância desse teste sorológico como marcador de triagem mais frequente.²⁶

Foi encontrada elevada coinfeção do HBV e HIV, associação já encontrada e que aumenta a mortalidade dos pacientes com HIV, incluindo maior risco de evolução para carcinoma hepatocelular (CHC), mesmo nos pacientes em tratamento.²⁷ Foi encontrada uma significativa transmissão por meio sexual, principalmente no grupo coinfectado com HIV, demonstrando mais uma vez que é uma via bem conhecida e frequente de transmissão de ambas as infecções.²⁸

O uso de drogas mostrou bastante significância, chamando atenção também no grupo coinfectado com o HIV, essa vinculação do uso de drogas ilícitas e maior prevalência de HBV já foi demonstrada em um CTA no Pará, que mostrou um risco de infecção do HBV 1,7 maior em usuários de drogas não injetáveis a longo prazo.^{28,29}

No âmbito da Hepatite C, chamou atenção a alta prevalência de transmissão por uso de drogas e a significância estatística do uso de drogas no grupo coinfectado com HIV, como encontrado também no estudo de Rahman M. et al, feito em um CTA de Bangladesh.³⁰

A coinfeção HIV/HCV tem variância de 3,3 a 82,4%, no Brasil.³¹ No entanto, a coinfeção do VHC/HIV nesse estudo foi superior a população que não se expõe ao risco, assim, se aproxima muito do encontrado em usuários de drogas no Pará.³² Sabe-se que coinfeção HIV/HCV torna pior o prognóstico e pode interferir de forma negativa no tratamento antirretroviral, aumentando a taxa de morbimortalidade.^{33,34} Por isso, as hepatites são consideradas doenças oportunistas do HIV e ante o exposto, salienta-se a necessidade da abordagem das Hepatites B e C sempre que diante de um paciente soropositivo, mesmo que assintomático.

Como evidenciado em estudo na União Europeia, que já tem alçado diminuição nos grupos de risco, a eliminação dessas Hepatites não é apenas questão de saúde pública, mas também de direitos humanos.²² Portanto, é imprescindível traçar os grupos de risco de forma bem definida, já que estes indivíduos estão em constante ressocialização, para minimizar a proliferação de novas infecções, que estão a mercê da falta de políticas de prevenção e de tratamento que os incluam.

Portanto, conclui-se que o perfil epidemiológico das Hepatites B e C encontrado no CTA, seguiu o padrão dos diagnósticos na população não considerada de risco, sendo mais prevalente no sexo masculino, com idade entre 40 a 45 anos, pardo, procedente de Salvador-BA. Além disso, houve uma elevada coinfeção de ambas as Hepatites com o HIV. A Hepatite B e o HIV dividem a maior prevalência de transmissão por via sexual e significativo uso de drogas nesse grupo e a Hepatite C teve maior prevalência de coinfeção com o HIV no grupo usuário de drogas, corroborando que esta é a sua principal via de transmissão.

REFERÊNCIAS

1. New hepatitis data highlight need for urgent global response | WHO | Regional Office for Africa [Internet]. [cited 2019 May 21]. Available from: <https://www.afro.who.int/news/new-hepatitis-data-highlight-need-urgent-global-response>
2. World Health Organization. Global hepatitis report, 2017 [Internet]. Who. 2017. 68 p. Available from: <http://www.who.int/hepatitis>
3. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Hepatites virais 2017. Bol Epidemiológico [Internet]. 2017;48(24):65. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59121/boletim_hepatites_05_08_2016_pdf_96185.pdf
4. Technical WHO, Series R. Recommendations to assure the quality , safety and efficacy of recombinant hepatitis B vaccines. (786):189–240.
5. World Health Organization. Guidelines for the Prevention, Care and Treatment of Persons with Chronic Hepatitis B Infection. World Heal Organ [Internet]. 2015;(March):166. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154590/?sequence=1%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26225396>
6. Costa FM da, Martins AME de BL, Lima C de A, Rodrigues QF, Santos KKF, Ferreira RC. Fatores associados à verificação da imunização pós-vacinação contra hepatite B entre trabalhadores da Atenção Primária. Cad Saúde Coletiva. 2017;25(2):192–200.
7. Governo do Estado de São Paulo. Normas regulamentadoras N. 7, N. 9 e nº32. 2014;1–98.
8. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Hepatite B e coinfeccções. 2017.
9. Hepatitis C [Internet]. [cited 2019 May 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
10. OMS (Organização Mundial da Saúde). Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis c infection. World Heal Organ. 2016;(April).
11. Benzaken AS, Almeida EC De, Caroline A, Bernarde O, Eduardo C, Melo B De. Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Hepatite C E Coinfeccções - Ministério da Saúde. 2018;
12. WHO, World Health Organization. Prevention & Control of Viral Hepatitis Infection : Framework for Global Action. World Heal Organ [Internet]. 2012;28. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130012/1/WHO_HSE_PED_HIP_GHP_2012.1_eng.pdf
13. Viana DR, Veloso NM, Neto OC, Papacosta NG, Nunes GM, Guedes VR. Hepatite B e C: diagnóstico e tratamento. Rev Patol do Tocantins. 2017;4(3):73.
14. Saúde M DA. Diretrizes Para Organização Do Cta No Âmbito Da Prevenção

Combinada E Nas Redes De Atenção À Saúde. 2017; Available from: <http://www.aids.gov.br>

15. BRASIL. Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: Desafios para a Equidade e o Acesso. 2008;(11):105.

16. Health G, Strategy S, Ending T, Hepatitis V. WHO: Viral Hepatitis 2016-2021. 2016;(June).

17. Of JOURNAL. CLINICAL VIROLOGY HBV epidemiology in Latin America. 2005;1:130-3.

18. Nayagam S, Thursz M, Sicuri E, Conteh L, Wiktor S, Low-Beer D, et al. Requirements for global elimination of hepatitis B: a modelling study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2016;16(12):1399-408. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30204-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30204-3)

19. Chang MS, Nguyen MH. Epidemiology of hepatitis B and the role of vaccination. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* [Internet]. 2017;31(3):239-47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2017.05.008>

20. De Hepatologia Das Hepatites B E Delta S, Paraná R, Souto F, Salcedo JM, Dantas T, Braga W, et al. Recomendações da SBH para Diagnóstico e Tratamento [Internet]. [cited 2019 May 21]. Available from: http://sbhepatologia.org.br/pdf/HEPATITE_B_e_DELTA_SBH.pdf

21. Brasil. Ministério da Saúde. HEPATITES virais 2018. *Bol Epidemiológico* [Internet]. 2018;49(31). Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/05/Boletim-Hepatites-2018.pdf>

22. Papatheodoridis G V., Hatzakis A, Cholongitas E, Baptista-Leite R, Baskozos I, Chhatwal J, et al. Hepatitis C: The beginning of the end—key elements for successful European and national strategies to eliminate HCV in Europe. *J Viral Hepat.* 2018;25(December 2017):6-17.

23. Oliveira TJB, Reis LAP dos, Barreto L de SLO, Gomes JG, Manrique EJC. Perfil epidemiológico dos casos de hepatite C em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas no estado de Goiás, Brasil. *Rev Pan-Amazônica Saúde.* 2018;9(1):51-7.

24. Ferreira CDO, Davoglio RS, Silva AA da, Viana ADSA, Rezende REA de R, Gomes AVT de M. Perfil Epidemiológico Dos Usuários De Um Centro De Testagem E Aconselhamento Da Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2017;40(2):388-409.

25. Schuelter-Trevisol F, Custodio G, Silva ACB da, Oliveira MB de, Wolfart A, Trevisol DJ, et al. HIV, hepatitis B and C, and syphilis prevalence and coinfection among sex workers in Southern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2013 May 10 [cited 2019 May 21];46(4):493-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822013000400493&lng=en&tlng=en

26. Araújo M AL, Amélia Sales AR, Albertina Diogenes MR. HEPATITES B E C EM USUÁRIOS DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA) DE FORTALEZA-CEARÁ HEPATITIS B AND C IN USERS OF THE CENTER OF TESTING AND COUNSELING (CTA) IN FORTALEZA-CEARÁ. *Artic DST-J bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2006 [cited 2019 May 21];18(3):161-7. Available from:

[http://www.dst.uff.br/revista18-3-2006/HEPATITES B E C EM USUARIOS DO CENTRO DE TESTAGEM.pdf](http://www.dst.uff.br/revista18-3-2006/HEPATITES%20B%20E%20C%20EM%20USUARIOS%20DO%20CENTRO%20DE%20TESTAGEM.pdf)

27. Singh KP, Crane M, Audsley J, Avihingsanon A, Sasadeusz J, Lewin SR. HIV-hepatitis B virus coinfection: Epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Aids*. 2017;31(15):2035–52.
28. Ferreira RC, Rodrigues FP, Teles SA, Lopes CLR, Motta-Castro ARC, Novais ACM, et al. Prevalence of hepatitis B virus and risk factors in Brazilian non-injecting drug users. *J Med Virol* [Internet]. 2009 Apr [cited 2019 May 21];81(4):602–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/jmv.21464>
29. Andrade AP, Pacheco SDB, Silva FQ, Pinheiro LML, Castro JAA, Amaral CEM, et al. Characterization of hepatitis B virus infection in illicit drug users in the Marajó Archipelago, northern Brazil. *Arch Virol* [Internet]. 2017 Jan 7 [cited 2019 May 21];162(1):227–33. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00705-016-3060-z>
30. Rahman M, Hossain ME, Afrad MH, Hasan R, Rahman M, Sarker MS, et al. Hepatitis C virus infections among clients attending an HIV testing and counseling center in Dhaka, Bangladesh. *J Med Virol* [Internet]. 2018 Feb [cited 2019 May 21];90(2):383–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/jmv.24955>
31. Kuehlkamp VM, Schuelter-Trevisol F. Prevalence of human immunodeficiency virus/hepatitis C virus co-infection in Brazil and associated factors: a review. *Brazilian J Infect Dis* [Internet]. 2013 Jul [cited 2019 May 21];17(4):455–63. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1413867013000639>
32. Oliveira-Filho AB, Sawada L, Pinto LC, Locks D, Bahia SL, Brasil-Costa I, et al. HCV infection among cocaine users in the state of Pará, Brazilian Amazon. *Arch Virol*. 2013;158(7):1555–60.
33. CDC. HIV and Viral Hepatitis Fast Facts [Internet]. 2017 [cited 2019 May 21]. Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5516a1.htm?s_cid=rr5516a1_e
34. Grebely J, Oser M, Taylor LE, Dore GJ. Breaking Down the Barriers to Hepatitis C Virus (HCV) Treatment Among Individuals With HCV/HIV Coinfection: Action Required at the System, Provider, and Patient Levels. *J Infect Dis* [Internet]. 2013 Mar 15 [cited 2019 May 21];207(suppl_1):S19–25. Available from: <https://academic.oup.com/jid/article-lookup/doi/10.1093/infdis/jis928>