

As hepatites virais configuram um relevante desafio para a saúde pública, estando entre as principais causas de morte por câncer de fígado em todo o mundo. Com o objetivo de alterar esse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2016, a Estratégia Global para a Eliminação das Hepatites B e C até 2030, da qual o Brasil é signatário, estabelecendo, entre suas metas, a ampliação do diagnóstico dessas infecções.

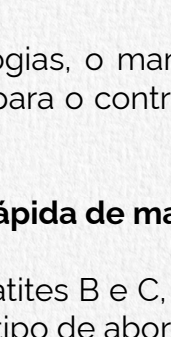
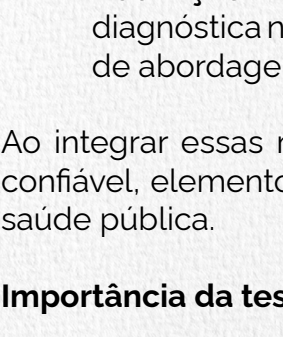
Contudo, alcançar essa meta ainda é um grande desafio: estima-se que 91% das pessoas com infecção crônica pelo vírus da hepatite B (HBV) e 80% daquelas infectadas pelo vírus da hepatite C (HCV) no mundo desconhecem sua condição [1,2,3].

No Brasil, entre 2000 e 2024, foram registrados aproximadamente 302 mil casos confirmados de hepatite B e cerca de 342 mil casos de hepatite C, com maior concentração na Região Sudeste, que respondeu por 34% e 57,7% dos casos, respectivamente [4].

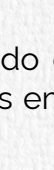
A infecção pelo vírus da hepatite D ou Delta (HDV), que depende da presença do HBV para ocorrer, apresenta maior prevalência na Bacia Amazônica. A coinfecção HBV-HDV é considerada a forma mais grave de hepatite viral em humanos, devido ao elevado risco de progressão para cirrose. Entre os anos de 2000 e 2024, foram confirmados 4.722 casos de HDV no Brasil, dos quais 72,4% na Região Norte [4]. Fatores como migração, desigualdades socioeconômicas, falta de testagem e cobertura vacinal contra o HBV contribuem para distorcer a real estimativa de prevalência do HDV no país.

Nesse contexto, a ampliação do diagnóstico precoce é essencial para aprimorar o panorama epidemiológico, subsidiar decisões clínicas, diminuir a transmissão e prevenir complicações e óbitos relacionados a essas infecções. As recomendações nacionais priorizam a oferta de diagnóstico rápido e seguro, visando reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos(as) usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diretriz Nacional para o diagnóstico das hepatites virais: a Portaria n.º 25, de 1.º de dezembro de 2015, aprovou o “Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais” [5].



Clique aqui para acessar o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais



O manual descreve algoritmos para diagnóstico das hepatites virais com as seguintes abordagens:

- Utilização de testes rápidos (TR) para hepatites B e C:** prioriza o acesso facilitado e a agilidade no retorno dos resultados, reduzindo significativamente o tempo entre o teste e o início do cuidado.

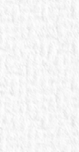
- Utilização de testes laboratoriais para hepatites B, C e D:** permite a complementação diagnóstica necessária e uma abordagem alternativa para os casos que não sejam passíveis de abordagem com TR.

Ao integrar essas metodologias, o manual promove um diagnóstico mais acessível, rápido e confiável, elemento-chave para o controle das hepatites virais e a melhoria dos desfechos em saúde pública.

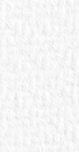
Importância da testagem rápida de maneira presencial

Para o diagnóstico das hepatites B e C, são disponibilizados testes rápidos no SUS. Veja abaixo as vantagens do uso desse tipo de abordagem:

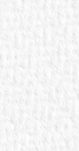
Testagem presencial - preferencial (executada na presença da pessoa)	x	Testagem não presencial (executada na ausência da pessoa)
---	---	--



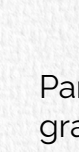
Conclusão rápida da investigação.



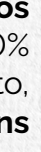
Oportunidade de tomadas de decisões clínicas em tempo oportuno.



Criação de vínculo com a pessoa durante a testagem.



Menor custo (não necessita de materiais extras ao kit).



Maior possibilidade de troca de amostras.



O laudo deve incluir a ressalva para orientar a segunda coleta.



Mais tempo para a conclusão da investigação.

Algoritmos de diagnóstico:

•O que são algoritmos? São uma sequência de ações, representadas graficamente por meio de um fluxograma (“passo a passo” amigável), para resolver um determinado problema ou situação.

•Qual a importância de seguir os algoritmos? Nenhum teste é 100% sensível e 100% específico. Portanto, o **uso de testes em série com bons parâmetros de desempenho** aumenta o valor preditivo positivo do primeiro teste utilizado.

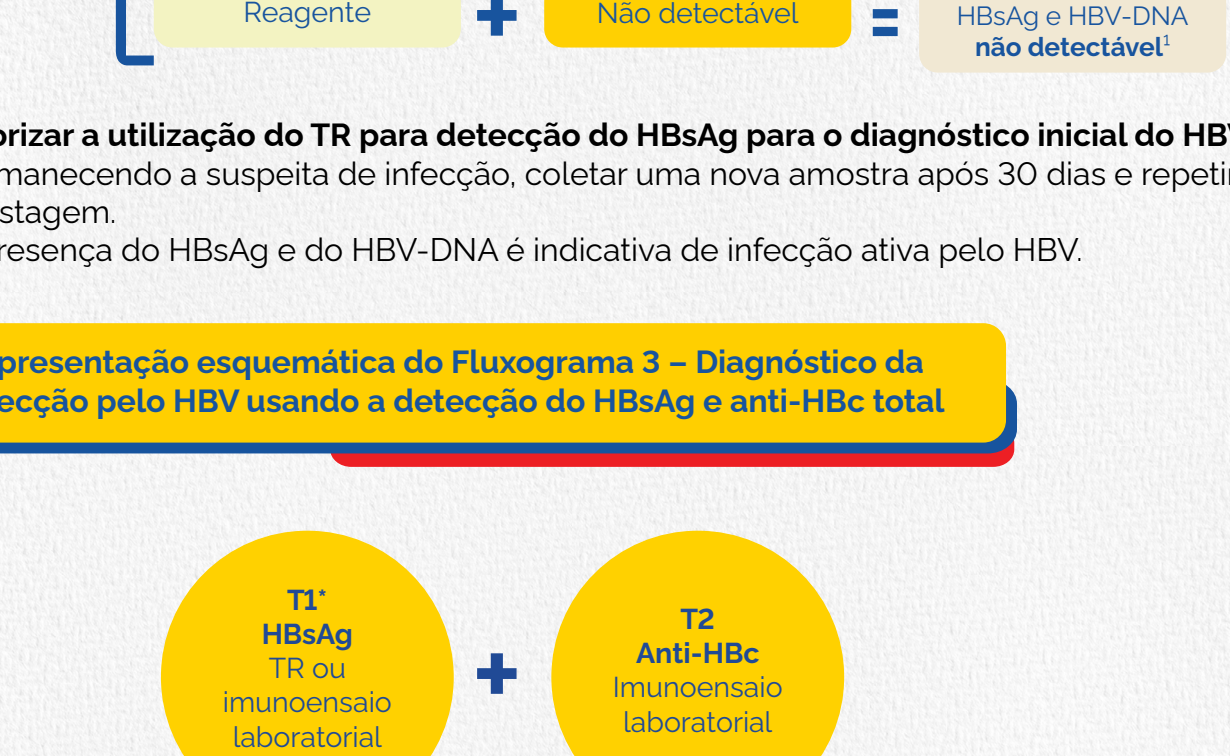
•Resultado esperado: é o diagnóstico seguro e concluído rapidamente por meio da maior confiança no resultado de um teste, ao observar um resultado similar em um segundo teste.



Quais são os fluxogramas previstos no “Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais”?

1 FLUXOGRAMAS para o diagnóstico da infecção pelo HBV

Representação esquemática dos Fluxogramas 1 e 2 – Diagnóstico da infecção pelo HBV usando a detecção do HBsAg e teste molecular (HBV-DNA)

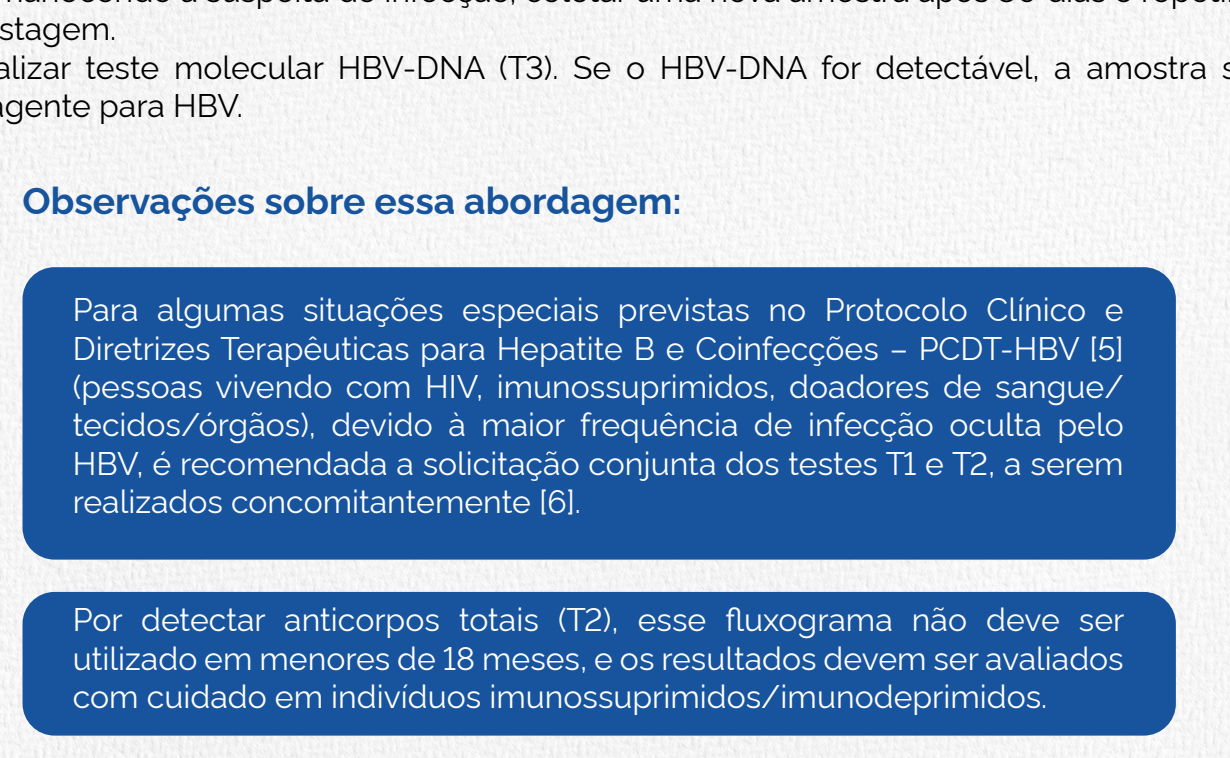


*** Priorizar a utilização do TR para detecção do HBsAg para o diagnóstico inicial do HBV.**

¹ Permanecendo a suspeita de infecção, coletar uma nova amostra após 30 dias e repetir a testagem.

² A presença do HBsAg e do HBV-DNA é indicativa de infecção ativa pelo HBV.

Representação esquemática do Fluxograma 3 – Diagnóstico da infecção pelo HBV usando a detecção do HBsAg e anti-HBc total



*** Priorizar a utilização do TR para detecção do HBsAg para o diagnóstico inicial do HBV.**

¹ Permanecendo a suspeita de infecção, coletar uma nova amostra após 30 dias e repetir a testagem.

² Realizar teste molecular HBV-DNA (T3). Se o HBV-DNA for detectável, a amostra será reagente para HBV.

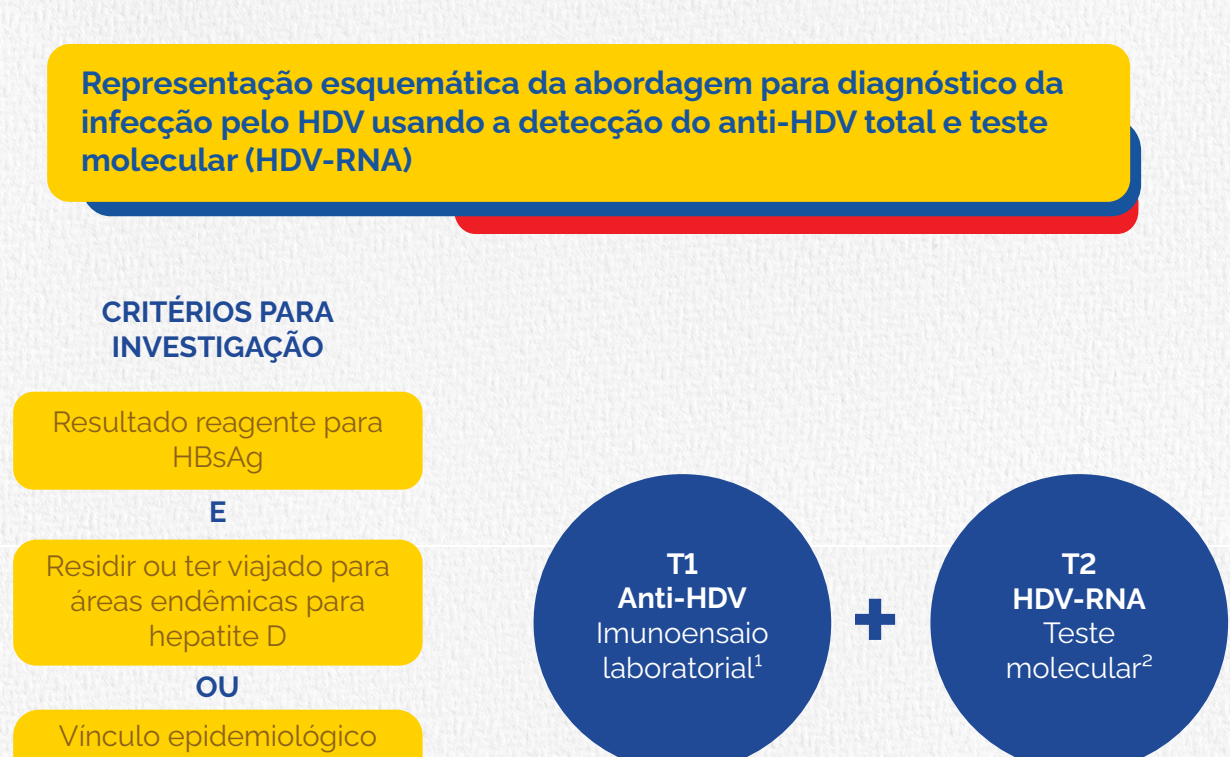
Observações sobre essa abordagem:

Para algumas situações especiais previstas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções – PCDT-HBV [5] (pessoas vivendo com HIV, imunossuprimidos, doadores de sangue/tecidos/orgãos), devido à maior frequência de infecções ocultas pelo HBV, é recomendada a solicitação conjunta dos testes T1 e T2, a serem realizados concomitantemente [6].

Por detectar anticorpos totais (T2), esse fluxograma não deve ser utilizado em menores de 18 meses, e os resultados devem ser avaliados com cuidado em indivíduos imunossuprimidos/imunodeprimidos.

2 O DIAGNÓSTICO da infecção pelo HCV

Representação esquemática dos Fluxogramas 4 e 5 – Diagnóstico da infecção pelo HCV utilizando teste para detecção do anti-HCV e teste molecular (HCV-RNA)



*** Priorizar a utilização do TR para detecção de anti-HCV no diagnóstico inicial do HCV para detecção do anti-HCV.**

¹ É indetectável a suspeita de infecção, coletar uma nova amostra após 30 dias e repetir a testagem.

² A presença do anti-HCV e do HCV-RNA é indicativa de infecção ativa pelo HCV.

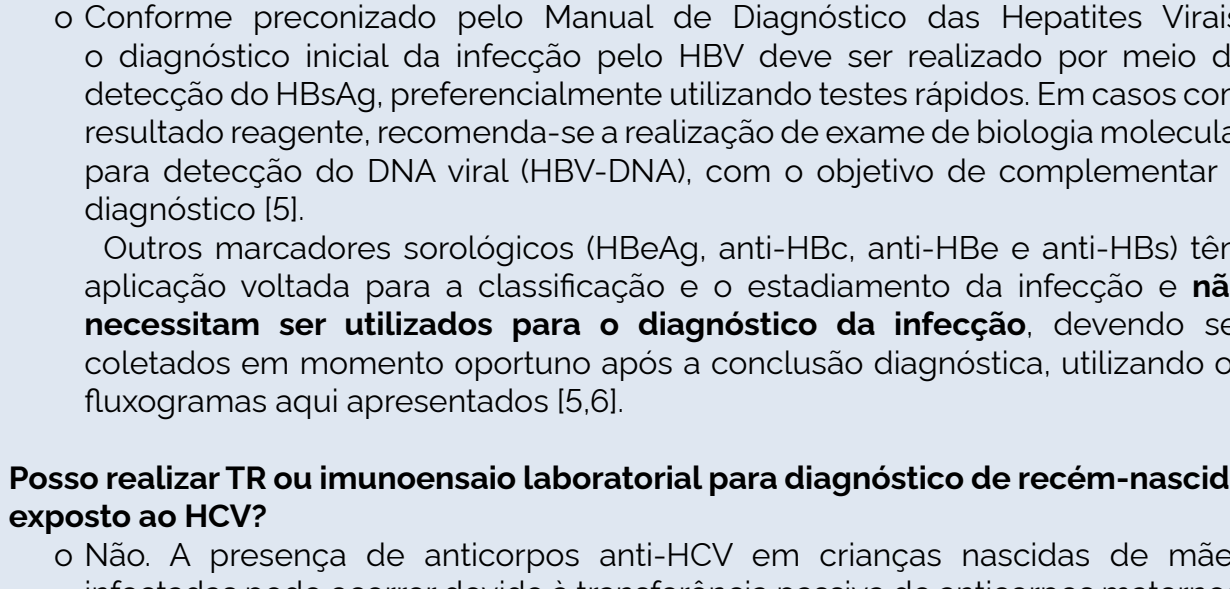
³ Pode indicar resolução natural da doença. Repetir o teste molecular após seis meses para confirmação do diagnóstico.

Observações sobre essa abordagem:

Por detectar anticorpos totais, esse fluxograma não deve ser utilizado em menores de 18 meses, e os resultados devem ser avaliados com cuidado em indivíduos imunossuprimidos/imunodeprimidos.

3 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HDV

Representação esquemática da abordagem para diagnóstico da infecção pelo HDV usando a detecção do anti-HDV total e teste molecular (HDV-RNA)



¹ Se não reagente em indivíduos residentes na Região Amazônica, recomenda-se a repetição dos testes com frequência anual enquanto apresentarem HBsAg reagente.

² Se indetectável após imunoenensaio reagente, repetir o HDV-RNA com frequência semestral no primeiro ano e anual após o primeiro ano até sua detecção (para indicação de tratamento) ou até indetecção de HBsAg (cura funcional do HBV e eliminação do HDV).

O Ministério da Saúde oferta, por meio da Rede Nacional de Quantificação de Carga Viral HIV/HBV/HCV/CTNG, testes moleculares para quantificação do HBV-DNA e do HCV-RNA. Já o exame de quantificação da carga viral do HDV (CV-HDV) é fornecido em parceria com a Fiocruz-RO para todas as unidades federativas do país, sendo executado de maneira centralizada. Mais informações sobre o exame de CV-HDV estão disponíveis na Nota Técnica n.º 176/2024-CGHA/DATHI/SVSA/MS.

Dúvidas frequentes

- Qual a diferença entre janela imunológica e janela diagnóstica?**

o **Janela imunológica:** período entre a infecção e a produção de anticorpos em quantidade suficiente para serem detectados pelos testes.

o **Janela diagnóstica:** período em que um teste (seja de detecção de material genético viral, antígenos e/ou anticorpos) pode ter resultado não reagente (negativo), mesmo que a infecção esteja presente. A duração desse período depende do tipo do teste, da sensibilidade do teste e do método utilizado para detectar o marcador.

- Posso usar sangue do cordão umbilical para coleta de amostra para realização de exames de diagnóstico em recém-nascidos expostos ao HBV ou ao HCV?**

o Não se deve colher material em recém-nascidos expostos a amamentação de recém-nascidos, devido à possibilidade de mistura do sangue do bebê com o sangue materno [5].

- Quais são os marcadores utilizados para o diagnóstico da infecção pelo HBV?**

o Conforme preconizado pelo Manual de Diagnóstico das Hepatites Virais, o diagnóstico inicial da infecção pelo HBV deve ser realizado por meio da detecção do HBsAg, preferencialmente utilizando testes rápidos. Em casos com resultado reagente, recomenda-se a realização de exame de biologia molecular para detecção do DNA viral (HBV-DNA), com o objetivo de complementar o diagnóstico [5].

Outros marcadores sorológicos (HBeAg, anti-HBc, anti-HBe e anti-HBs) têm aplicação voltada para a classificação e o estadiamento da infecção e **não necessitam ser utilizados para o diagnóstico da infecção**, devendo ser coletados em momento oportuno após a conclusão diagnóstica, utilizando os fluxogramas aqui apresentados [5,6].

- Posso realizar TR ou imunoenensaio laboratorial para diagnóstico de recém-nascido exposto ao HCV?**

o Não. A presença de anticorpos anti-HCV em crianças nascidas de mães infectadas pode ocorrer devido à transferência passiva de anticorpos maternos, tanto por via transplacentária quanto durante a amamentação. Esses anticorpos maternos podem persistir na circulação da criança até os 18 meses de idade, o que inviabiliza o uso de métodos imunológicos de detecção de anticorpos para diagnóstico nesse período.

- Como realizar o diagnóstico de recém-nascidos expostos ao HCV?**

o É recomendada a realização de testes moleculares (carga viral) para o diagnóstico em crianças com idade inferior ou igual a 18 meses. O exame para detecção do RNA viral (HCV-RNA) deve ser realizado no 3º e no 6º mês de idade. O imunensaio anti-HCV deve ser utilizado apenas aos 18 meses de idade para confirmar a soroconversão [5,7,8].

- O que fazer em caso de intercorrência com TR?**

o São consideradas intercorrências com testes rápidos quaisquer situações não previstas em bula e identificadas na rotina de execução do teste, podendo ser classificadas como: 1) avaria ou falta de insumos; 2) resultado inválido; e 3) resultado falso-reagente ou falso-não reagente (identificados quando a condição de saúde do indivíduo contradiz o resultado obtido na testagem rápida).

o Toda intercorrência com TR deve ser reportada no formulário específico (disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/testes-rapidos>). Esse formulário necessita ser preenchido completamente e encaminhado às referências técnicas, que devem analisar a intercorrência e, se pertinente, encaminhá-las ao Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) da empresa fornecedora do teste.

Em caso de outras dúvidas sobre diagnóstico, contate diagnostico@aims.gov.br

Referências

[1] WORLD HEPATITIS ALLIANCE. Global Investment Case for Hepatitis B and C Elimination: Full Resource. The Importance of Hepatitis B and C Control and Elimination. Geneva: WHA, 2022. Disponível em: <https://www.worldhepatitisalliance.org/resource/global-investment-case-for-hepatitis-b-and-c-elimination-full-resource/>. Acesso em: 29 set. 2025.

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Saudável. Brasília, DF, MS. [2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel>. Acesso em: 29 set. 2025.

[3] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Hepatitis Report 2024. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/b/68511>. Acesso em: 29 set. 2025.

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2025. Brasília, DF, MS, 2025. 84p.

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções. Brasília, DF, MS, 2023. 144 p.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. Brasília, DF, MS, 2018. 123p.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília, DF, MS, 2019. 68 p.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Fluxogramas para o Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF, MS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2021/fluxogramas-para-manejo-clinico-das-ist/view>. Acesso em: 29 set. 2025.

Realização:

Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Dathi/SVSA/MS

Coordenação:

Draurio Barreira – Dathi/SVSA/MS

Organização:

Vinicius da Motta de Mello – Diag/Dathi/SVSA/MS

Moyra Machado Portilho – Diag/Dathi/SVSA/MS

Paula Pezzuto – Diag/Dathi/SVSA/MS

Ana Cláudia Philippus – Diag/Dathi/SVSA/MS

Alisson Bigolin – Diag/Dathi/SVSA/MS

Revisão textual:

Angela Gasperin Martinazzo – Dathi/SVSA/MS

Diagramação:

Ravi Ribeiro – Dathi/SVSA/MS