

Hepatites virais na criança e no adolescente — A, B, C e E

Hepatite aguda, insuficiência hepática, vacinação e profilaxia, filho de mãe com hepatite B ou C e hepatite crônica, segundo SBP, PCDT do MS, AAP e AEP

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A **hepatite A**, a hepatite aguda mais comum, costuma ser anictérica abaixo de 6 anos e evolui bem em casa, com afastamento escolar e vacinação dos contactantes. A **hepatite B** e a **hepatite C** chegam ao pediatra sobretudo pela **transmissão vertical**: o filho de mãe HBsAg positiva recebe **vacina nas primeiras 12 h e imunoglobulina anti-hepatite B (IGHAHB) 0,5 mL** em coxas diferentes (até o 7º dia), mantém a amamentação e faz HBsAg e anti-HBs após o esquema; o filho de mãe com hepatite C faz **HCV-RNA entre 3 e 6 meses e anti-HCV aos 18 meses** (Ministério da Saúde). Hepatite B ou C confirmada vai ao hepatologista pediátrico; a C é tratada com **antivirais de ação direta a partir de 3 anos e 17 kg. INR $\geq 1,5$ que não corrige com vitamina K, sonolência ou confusão (encefalopatia), hipoglicemia, vômitos incoercíveis ou sangramento** indicam insuficiência hepática aguda: **pronto-socorro (🔴)**, com destino a serviço com acesso a transplante hepático. As hepatites virais são de **notificação obrigatória (compulsória)**.

1. O que é e como se apresenta

Hepatite viral é a inflamação do fígado pelos vírus A, B, C, D (delta) e E; Epstein-Barr, citomegalovírus e adenovírus entram no diferencial (ver **Transaminases elevadas e esteatose hepática (MASLD) na criança**).

VÍRUS	TRANSMISSÃO	INCUBAÇÃO (GVS 2024)	CRONIFICA?
A (HAV)	Fecal-oral, água e alimentos, domicílio, creche; sexual oral-anal	15–45 dias	Não
B (HBV)	Vertical, sangue, sexual, objetos perfurocortantes	30–180 dias	90% no RN; 25–30% de 1 a 5 anos; < 5% no adulto
C (HCV)	Vertical (3–5%; 19% com HIV materno), sangue, drogas injetáveis	Semanas a meses	Sim; resolução espontânea em 25–40% dos lactentes
D (HDV)	Só com o HBV (coinfecção ou superinfecção); região amazônica	30–180 dias	Formas mais graves
E (HEV)	Fecal-oral; genótipo 3 é zoonose (carne de porco malcozida)	14–60 dias	Só no imunossuprimido

Hepatite A: abaixo de 6 anos, a maioria é assintomática ou tem quadro inespecífico (febre, vômitos, diarreia, dor abdominal); em escolares e adolescentes predomina a forma icterica — pródromo de febre, náuseas, anorexia e dor em hipocôndrio direito, seguido de colúria, acolia e icterícia. A transmissão é maior nas 2 semanas antes da icterícia e mínima 1 semana depois

(AEP 2023). Formas atípicas: **colestática prolongada, recidivante e insuficiência hepática aguda** (rara; mais no adolescente e na hepatopatia prévia).

Hepatite B: a aguda é quase sempre assintomática na criança. A crônica (HBsAg > 6 meses) passa pelas fases imunotolerante, imunoativa e de portador inativo; o risco de cirrose (1–5% na infância) e de carcinoma hepatocelular persiste por toda a vida (PCDT Hepatite B 2023).

Hepatite C: a criança infectada por via vertical costuma ser assintomática, com ALT normal ou pouco alta; a cirrose na infância é rara (1–2%), mas o risco cresce na vida adulta (PCDT Hepatite C 2026).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Hepatite aguda com bom estado geral, aceitando via oral, sem sangramento, INR < 1,5 , glicemia normal; criança exposta à hepatite B ou C em seguimento; hepatite B ou C crônica estável já acompanhada	Casa, hidratação e dieta conforme aceitação, sem hepatotóxicos; afastamento escolar na hepatite A e E; TGO/TGP, bilirrubinas e INR repetidos até a melhora; notificar; vacinar contactantes
● Moderada	Vômitos frequentes com aceitação parcial; icterícia intensa ou colestase prolongada (prurido, acolia persistente); recaída; hepatite aguda em criança com hepatopatia crônica, imunossupressão ou coinfeção HIV; hepatite B ou C confirmada (HBsAg ou HCV-RNA reagente)	Reavaliação clínica e laboratorial em 24–48 h; observação no PS se a via oral falhar; encaminhar ao hepatologista (ou gastroenterologista/infectologista) pediátrico — com prioridade se houver ALT persistentemente alta, sinais de cirrose ou coinfeção
● Grave	INR ≥ 1,5 que não corrige com vitamina K (insuficiência hepática aguda pelo PALF: INR > 1,5 com encefalopatia ou > 2 sem ela — SBP 2018); encefalopatia (sonolência, irritabilidade, confusão, inversão do sono, asterixe); hipoglicemia ; vômitos incoercíveis ou desidratação; sangramento; ascite; icterícia em piora com redução do fígado e queda das transaminases ; lactente com hepatite aguda	Pronto-socorro , com destino a hospital com UTI pediátrica e acesso a centro de transplante hepático (ver "Quando encaminhar")

Fatores que elevam a gravidade: hepatopatia crônica (hepatite A sobreposta tem maior mortalidade), adolescência na hepatite A, coinfeção HBV-HDV, imunossupressão, desnutrição, uso de paracetamol ou outros hepatotóxicos, lactente pequeno.

3. Diagnóstico no consultório

Clínico: icterícia, colúria, acolia, hepatomegalia dolorosa; pergunte por contato, creche, viagem, vacinação, sorologia materna, transfusões, tatuagens, drogas injetáveis, atividade sexual e **todos os medicamentos e chás** (paracetamol, antiepiléticos, isoniazida, suplementos).

Exames na suspeita de hepatite aguda:

- **Função e lesão hepática:** TGO/TGP, bilirrubinas, GGT e fosfatase alcalina, **TP/INR**, albumina, **glicemia**, hemograma.
- **Sorologia (GVS 2024):** anti-HAV IgM (hepatite A aguda); **HBsAg e anti-HBc IgM** (hepatite B aguda); **anti-HCV**, com **HCV-RNA** se reagente; **anti-HEV IgM** quando A, B e C forem negativas; **anti-HDV** no HBsAg reagente de área endêmica.
- **Diferencial que não pode passar: doença de Wilson** (sobretudo com hemólise ou alteração neurológica), **hepatite autoimune**, **lesão por medicamentos**, mononucleose, hepatite isquêmica, doenças metabólicas no lactente e **colestase neonatal** abaixo de 3 meses.

Hepatite B: HBsAg reagente = infecção (crônica se > 6 meses); anti-HBs isolado ≥ 10 mUI/mL = vacinado; anti-HBc total + anti-HBs = infecção curada. **Hepatite C abaixo de 18 meses:** o anti-HCV pode ser materno; o diagnóstico é pelo **HCV-RNA**.

4. Tratamento e seguimento

Hepatite aguda (A, B, E): suporte — hidratação, dieta conforme a aceitação, repouso relativo, sem álcool; **evitar hepatotóxicos e sedativos**. Na febre e na dor, **paracetamol com cautela**, na menor dose e pelo menor tempo, sem passar de 10–15 mg/kg/dose e 75 mg/kg/dia (padrão do site; menos se houver jejum, desnutrição ou desidratação); **suspender na insuficiência hepática**. Dipirona 15 mg/kg/dose é alternativa (padrão do site), exceto durante o tratamento da hepatite C com antivirais de ação direta (PCDT Hepatite C 2026). Evitar ibuprofeno na coagulopatia.

Hepatite A — afastamento e contactantes:

- **Afastamento** da creche ou escola até **1 semana após o início dos sintomas ou da icterícia** (AEP 2023); o Ministério da Saúde orienta afastar quando necessário e prolongar em surtos em creches com crianças de fraldas (GVS 2024).
- **Contactantes suscetíveis** (domiciliares, creche com caso confirmado): **vacina da hepatite A em até 2 semanas** a partir de 12 meses; abaixo de 12 meses, **imunoglobulina humana normal 0,1 mL/kg IM**; imunodeprimido ou hepatopata ≥ 12 meses, vacina + imunoglobulina (CDC 2020; SBP e MS sem dose; fora do Manual dos CRIE 2023).

- **Vacina (calendários):** PNI — **dose única aos 15 meses** (até 4 anos, 11 meses e 29 dias); **SBP — 2 doses a partir de 12 meses** (12 e 18 meses); CRIE — 2 doses para hepatopatia crônica, portadores de hepatite B ou C, HIV, imunossupressão, trissomias e outras condições (GVS 2024).

Filho de mãe HBsAg positiva (coerente com Profilaxia pós-exposição e Guia Vacinal):

- **Vacina hepatite B nas primeiras 12 h + IGHAHB 0,5 mL IM em coxa diferente**, em qualquer peso ou idade gestacional; IGHAHB **até o 7º dia** se o resultado materno chegar depois (SBP; CRIE 2023). Mãe com HBsAg desconhecido: teste rápido na admissão para o parto.
- **Esquema:** SUS — dose ao nascer + pentavalente aos 2, 4 e 6 meses (4 doses); SBP — 0, 2 e 6 meses (ou 0, 2, 4, 6); **≤ 2 kg ou < 33 semanas: 4 doses** (SBP 2026/2027).
- **Amamentação mantida**, mesmo sem profilaxia completa (GVS 2024).
- **Sorologia:** HBsAg e anti-HBs **1 a 2 meses após a última dose, a partir de 9 meses se recebeu IGHAHB** (PCDT 2023, que em outro trecho cita 30 a 60 dias); **anti-HBs ≥ 10 mUI/mL e HBsAg negativo** = protegido, fim do seguimento; **anti-HBs < 10 e HBsAg negativo** = repetir o esquema completo e nova sorologia; **HBsAg reagente** = infecção, encaminhar.

Hepatite B crônica — o que é do pediatra: confirmar HBsAg após 6 meses; pedir HBeAg/anti-HBe, HBV-DNA, ALT, INR, hemograma, anti-HCV, anti-HIV, anti-HDV (área endêmica), anti-HAV IgG e ultrassom; **vacinar contra hepatite A**; testar e vacinar contactantes. **Sem restrição a esportes, creche ou escola** (PCDT 2023). **Encaminhar** ao hepatologista pediátrico.

Quando tratar (PCDT 2023, decisão do especialista): **HBV-DNA ≥ 2.000 UI/mL e ALT ≥ 1,3 × LSN por ≥ 6 meses** (pelo menos 2 dosagens de cada). Também: cirrose, manifestação extra-hepática, coinfeção HIV ou HDV, carcinoma hepatocelular na família, sinais de gravidade e **prevenção de reativação antes de imunossupressão**.

Hepatite C — criança exposta (PCDT Hepatite C 2026): **HCV-RNA entre 3 e 6 meses → anti-HCV aos 18 meses** (não reagente = descartado; reagente = novo HCV-RNA). HCV-RNA detectável: notificar e repetir anti-HCV e HCV-RNA aos 18 meses. Parto cesáreo não reduz a transmissão; **amamentação permitida** (SBP; PCDT 2026) — com fissura sangrante, suspender só na mama afetada até cicatrizar (SBP); não amamentar com HIV materno nem durante antiviral.

Hepatite C crônica: encaminhar; abaixo de 3 anos, apenas seguimento (pode haver cura espontânea); **a partir de 3 anos e 17 kg, todas as crianças são tratadas**, com controle de HCV-RNA 12 semanas após o término (cura = indetectável).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Vacina hepatite B	0,5 mL IM (até 19 anos)	Ao nascer (< 12 h) e esquema	3–4 doses	CRIE 2023; SBP 2026/2027; PCDT 2023
IGHAHB (RN de mãe HBsAg+)	0,5 mL IM	Dose única, coxa diferente	Até o 7º dia	CRIE 2023; SBP
Vacina hepatite A	0,5 mL IM	PNI 15 meses; SBP 12 e 18 meses	1–2 doses	GVS 2024; SBP 2026/2027
Imunoglobulina humana normal (contato de hepatite A, < 12 meses)	0,1 mL/kg IM	Dose única	Até 2 semanas da exposição	CDC 2020 (SBP e MS sem dose)
Entecavir (hepatite B, ≥ 2 anos e ≥ 10 kg)	0,015 mg/kg/dia (máx. 0,5 mg); cirrose descompensada 0,03 mg/kg/dia (máx. 1 mg)	1×/dia VO	Prolongada	Especialista; PCDT Hepatite B 2023
Tenofovir disoproxila (hepatite B)	≥ 12 anos e ≥ 35 kg: 300 mg; 2–12 anos (se contraindicação a entecavir e interferon): 8 mg/kg/dia (máx. 300 mg)	1×/dia VO	Prolongada	Especialista; PCDT Hepatite B 2023
Alfapeginterferona 2a (hepatite B HBeAg+, ≥ 3 anos)	180 mcg/1,73 m²/semana SC	Semanal	48 semanas	Especialista; PCDT Hepatite B 2023
Sofosbuvir/velpatasvir granulado (hepatite C, 3–11 anos, 17–29,99 kg)	200/50 mg	1×/dia VO	12 semanas	Especialista; PCDT Hepatite C 2026; Portaria SCTIE/MS nº 95/2025
Sofosbuvir/velpatasvir comprimido (≥ 12 anos ou ≥ 30 kg)	400/100 mg	1×/dia VO	12 semanas	Especialista; PCDT Hepatite C 2026; AEP 2023

Não usar: corticoide na hepatite aguda, "protetores hepáticos", chás, fitoterápicos e sedativos.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **INR ≥ 1,5 que não corrige com vitamina K; encefalopatia** (sonolência, agitação, confusão, inversão do sono).
- **Hipoglicemia;** vômitos incoercíveis com desidratação; sangramento, ascite, edema.

- Icterícia em piora com fígado diminuindo, ou transaminases caindo com bilirrubina e INR subindo.
- Lactente, imunossuprimido ou hepatopata com piora.

Como encaminhar: glicemia capilar; **hipoglicemia: glicose IV 0,5–1 g/kg** (SG 10% 5–10 mL/kg) a partir de 1 mês (MS, Protocolo SAMU 192 — padrão do site), mantendo soro glicosado contínuo; acesso venoso; vitamina K IV (1 mg/kg, máx. 10 mg — AEP 2023), sem atrasar a remoção; **oxigênio para manter SpO2 94–98%**; **não** dar sedativos, paracetamol nem AINE; contato prévio com o hospital, de preferência com acesso a centro de transplante hepático (SBP 2018); SAMU 192 se encefalopatia ou instabilidade.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- Hepatite A passa pelas fezes: **lave as mãos** após banheiro e fraldas e antes de cozinhar; a criança fica em casa **até 1 semana após o início da icterícia**.
- Irmãos e contactantes sem a vacina da hepatite A devem tomá-la: leve as cadernetas.
- Líquidos e a comida aceita; **nada de remédios, chás ou "protetores do fígado" sem orientação**.
- **Volte ao pronto-socorro no mesmo dia** se a criança ficar **muito sonolenta, confusa ou agitada**, vomitar tudo, tiver **sangramento** (gengiva, nariz, fezes pretas), barriga inchada, piora da icterícia ou não urinar.
- Filho de mãe com hepatite B: a amamentação continua; complete todas as doses da vacina e faça o exame de sangue no prazo pedido.
- Filho de mãe com hepatite C: os exames entre 3 e 6 meses e aos 18 meses dizem se houve infecção; com ferida sangrando no mamilo, não amamente daquele lado até cicatrizar.
- Hepatite B ou C não impede creche, escola ou esporte.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Vacina hepati- te A	2 doses a par- tir de 12 meses	Dose única aos 15 meses; 2 doses no CRIE	2 doses 12–23 meses	Sem diretriz localizada	2 doses ≥ 12 meses (grupos de risco)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Profilaxia e afastamento na hepatite A	Sem dose de IG localizada	Afastar se ne- cessário; IG fora do CRIE	CDC 2020: va- cina ≥ 12 me- ses em 2 se- manas; IG 0,1 mL/kg < 12 meses	Sem diretriz localizada	Vacina em 14 dias; afastar 1 semana	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
RN de mãe HBsAg+	Vacina + IGHAHB < 12 h; IGHAB até 7º dia	Idem; HBsAg e anti-HBs 1–2 meses após o esquema (≥ 9 meses)	CDC: HBsAg e anti-HBs aos 9–12 meses	Sem diretriz localizada	IGHB < 12 h; HBsAg e anti- HBs aos 6–12 meses	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Hepatite B crônica	Sem posição localizada	Tratar se HBV- DNA ≥ 2.000 e ALT ≥ 1,3 × LSN por 6 meses	Sem posição consultada	Encaminhar toda criança HBsAg+ ao hepatologista	ALT alta per- sistente + DNA ≥ 2.000; ente- cavir ou teno- fovir ≥ 2 anos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Criança expos- ta à hepatite C	Amamentar; suspender na mama com fis- sura sangrante	HCV-RNA 3–6 meses e anti- HCV aos 18 meses	HCV-RNA 2–6 meses; negati- vo encerra	Sem diretriz pediátrica localizada	HCV-RNA aos 3 meses; anti- HCV aos 18 meses	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Tratamento da hepatite C	Sem posição localizada	DAA a partir de 3 anos e 17 kg, 12 semanas	Encaminhar ao especialista	Sem diretriz pediátrica localizada	DAA ≥ 3 anos, por peso	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há convergência na vacina e IGHAB nas primeiras 12 h do filho de mãe HBsAg positiva, na amamentação, nos antivirais de ação direta para a hepatite C a partir de 3 anos e na definição de insuficiência hepática aguda (PALF — SBP 2018 e AEP 2023). Divergem: **doses da vacina da hepatite A** (SBP e AAP 2; PNI 1); **sorologia pós-vacinal** do filho de mãe HBsAg positiva (MS 1–2 meses após o esquema e ≥ 9 meses; CDC 9–12 meses; AEP 6–12 meses); **criança exposta à hepatite C** — AAP/CDC 2023 encerra o seguimento com um HCV-RNA negativo, MS e AEP mantêm o anti-HCV aos 18 meses. O site adota a SBP onde ela tem posição (vacinas, profilaxia do recém-nascido, amamentação, insuficiência hepática aguda); nos demais itens, o Ministério da Saúde; sem posição de ambos, a AEP no afastamento da hepatite A e o CDC 2020 na imunoglobulina (0,1 mL/kg).

PONTOS PRÁTICOS

1. Toda hepatite aguda pede **INR e glicemia**: INR $\geq 1,5$ sem correção com vitamina K, sonolência ou hipoglicemia = pronto-socorro.
2. Filho de mãe HBsAg positiva: vacina e IGHAHB nas primeiras 12 h, amamentação mantida e HBsAg com anti-HBs após o esquema.
3. Filho de mãe com hepatite C: HCV-RNA entre 3 e 6 meses e anti-HCV aos 18 meses; tratamento com antiviral de ação direta a partir de 3 anos.
4. Paracetamol com cautela na hepatite aguda e suspenso na insuficiência hepática; nada de chás e "protetores hepáticos".
5. Hepatite A: afastar até 1 semana após a icterícia e vacinar contactantes suscetíveis em até 2 semanas; notificação obrigatória (compulsória) de todo caso confirmado e de surtos.

Veja também, nesta Biblioteca: **Profilaxia pós-exposição e Guia Vacinal Completo** (Imunizações); **Calendário de vacinação da SBP 2026/2027** (Temas SBP); **Transaminases elevadas e esteatose hepática (MASLD) na criança e Icterícia após o período neonatal, hepatopatia crônica e insuficiência hepática aguda** (nesta área); **Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência e HIV na criança** (Infectologia); **Colestase Neonatal e Atresia de Vias Biliares e Icterícia Neonatal e Hiperbilirrubinemia** (Neonatologia); **Diarreia aguda e desidratação** (Patologias do consultório).

8. Fontes

- Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções, 2023. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Hepatite C e Coinfecções (Portaria SCTIE/MS nº 39, de 20/07/2026). [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, 6ª ed., 2023. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed. revisada, volume 2 — Hepatites virais, 2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Hepatologia. Insuficiência hepática aguda em crianças e adolescentes (Documento Científico nº 2), 2018. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Aleitamento Materno. Doenças maternas infecciosas e amamentação (GPA nº 2), 2017, revisado em 2019. [PDF](#)

- AEP/SEGHNP. López Medina EM, Pérez Escrivá A, Piqueras Arenas AI. Hepatitis víricas. Protoc diagn ter pediater, 2023. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics. Perinatal Hepatitis C. [aap.org](#)
- CDC. Prevention of Hepatitis A Virus Infection in the United States — ACIP Recommendations, MMWR 2020. [cdc.gov](#)
- CDC. Perinatal Hepatitis B — provider overview (sorologia pós-vacinal). [cdc.gov](#)
- NICE. Hepatitis B (chronic): diagnosis and management (CG165), 2013, atualizada 2017. [nice.org.uk](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.