



Secretaria
de Vigilância em Saúde

Extraído do
Boletim Eletrônico
ANO 03, N° 02
30/10/2003
Pag. 3 a 5

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Edifício Sede - Bloco G - 1º Andar
Brasília-DF
CEP: 70058-900
Fone: (0xx61) 315.3777

www.saude.gov.br/svs

BOLETIM eletrônico EPIDEMIOLOGICO

Hepatite viral tipo A

SURTO DE HEPATITE VIRAL TIPO A EM POPULAÇÃO INDÍGENA. ALDEIA KUKURUZINHO - MATO GROSSO, 2001

Importância das hepatites virais no Brasil

As hepatites virais são doenças infecciosas causadas por, pelo menos, seis tipos diferentes de vírus (vírus tipo A, B, C, D, E e G). As infecções por hepatites virais podem estar divididas em duas categorias: as de transmissão fecal-oral (hepatite viral tipo A [HAV] e E [HEV]); e as infecções transmitidas parenteralmente (hepatite viral tipo B [HBV] e C [HCV]), por meio de transfusões sanguíneas, contato sexual ou contato com as secreções das pessoas com infecção aguda ou crônica.

Segundo dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), foram confirmadas 23.404 pessoas com infecção aguda de HAV no Brasil em 2001, rente aos 12.058 casos de HAV aguda notificados no ano 2002. Não existem infecções crônicas por HAV e a doença nas crianças, frequentemente, é assintomática ou apresenta sintomas leves nas pessoas sem desnutrição ou doenças crônicas ou imunodeprimidas. A estimativa de óbitos fulminantes no Brasil, resultantes de HAV provavelmente, está subestimada.

Também não existem estimativas da soroprevalência de anticorpos específicos pelo HAV no país, o que contribui para uma subnotificação significativa dessa doença e determinou a necessidade de realização de um Inquérito Nacional das Hepatites Virais, previsto para ter início no ano de 2003. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estima que, no Brasil, a infecção pelo vírus da hepatite A seja de, aproximadamente, 130 casos novos por 100.000 habitantes ao ano.

Introdução

O Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) foi notificado, em setembro de 2001, pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Kaiapó (DSEI-K) do Estado do Mato Grosso, da ocorrência de um surto de doença icterica aguda a esclarecer, com algumas amostras do soro reativo por HAV-específico (anticorpos de tipo IgM). O surto ocorreu na aldeia Kururuzinho, localizada no município de Jacareacanga, Sul do Estado do Pará, divisa com o norte do Mato Grosso, estando à margem direita do Rio Teles Pires, bastante isolada de outros povoados. Possui uma população de 125 pessoas (censo 2001), cuja etnia predominante é a Kaiabi.

Objetivos da investigação: a investigação teve como objetivos identificar a causa dessa doença icterica que estava ocasionando o surto naquela população, descrever o surto por tempo, pessoa e lugar e determinar os fatores de risco para adoecimento, para a proposição de medidas de prevenção e controle.

Métodos

O estudo de tipo coorte retrospectivo foi conduzido levando em consideração as medidas locais já adotadas. Uma busca ativa foi conduzida na aldeia e no Hospital Casa do Índio. Um total de 109 pessoas foram entrevistadas (87,2% da população). Amostras de sangue de 92 indígenas (84,4 %) foram coletadas usando agulha esterilizada de uso individual e seringa.

Definição de caso do estudo: infecção de HAV aguda (suspeita) foi definida como um residente desta aldeia que apresentou entre 1º de julho 2001

Hepatite viral tipo A (continuação)

a 31 outubro de 2001 um ou mais dos seguintes sintomas, icterícia aguda, acolia ou colúria.

Infecção confirmada de HAV foi definida como uma pessoa com HAV suspeita, com anticorpos da classe IgM específicos contra HAV detectados mediante sorologia, pelo método de ensaio imunoenzimático (ELISA).

O risco de adoecimento foi calculado para várias exposições.

Pessoas com anticorpos tipo IgG anti-HAV e sem anticorpos tipo IgM anti-HAV foram consideradas não suscetíveis, sendo excluídas da análise. Risco Relativo (RR), Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}), teste T-Student e valor de p foram calculados.

Resultados

O surto teve início no mês de julho e os últimos casos notificados ocorreram no mês de outubro de 2001 (Gráfico 1).

Entre 91 residentes da aldeia Kururuzinho com amostras de soro, 42 (46,1%) têm imunidade para HAV, não havendo história de vacinação prévia para HAV na aldeia. Na população susceptível, 30 de 48 residentes tiveram infecção aguda de HAV confirmada (taxa de ataque de 62,5%). Entre as 30 pessoas com HAV aguda confirmada, a taxa de ataque para

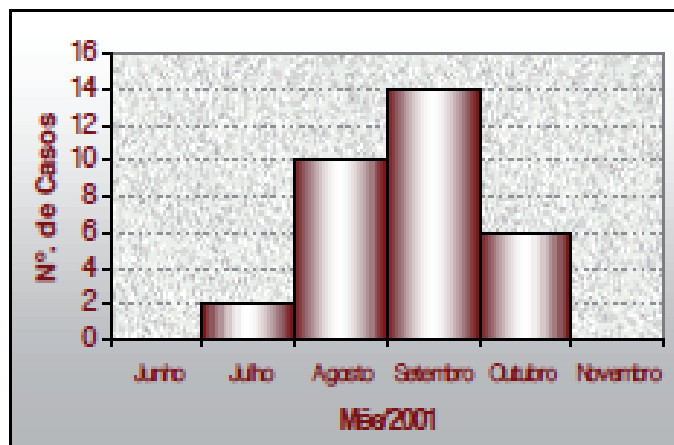


Gráfico - Número de pessoas com hepatite viral tipo A (HAV) por mês de início dos sintomas. Aldeia Kukuruzinho-MT, junho - novembro de 2001

faixa etária está apresentada na Tabela 01. Comparando as faixas etárias de 0-4 e 5-9 anos, percebe-se um incremento de risco neste último grupo para a infecção por HAV (RR=1,94; IC_{95%}: 1,03- 3,65; p< 0,03).

Tabela 1 - taxa de ataque dos casos confirmados de HAV por faixa etária. Aldeia Kukuruzinho-MT, junho - novembro de 2001

Faixa etária (anos)	Número de pessoas doentes (n=30)	Número de pessoas suscetíveis (n=67)	Taxa de ataque %
0-4	8	22	36
5-9	12	17	71
10-14	7	14	50
15-19	1	6	17
20-29	1	2	50
30-39	1	3	33
> 40	0	3	0
Total	30	67	46

Quando à frequência de sintomas nos doentes, observou-se que 17 (59%) de 30 pessoas tiveram dor na barriga, 17 (57%) febre, 13 (43%) icterícia aguda, 13 (45%) urina escura, e 11 (38%) vômito.

Fatores associados, significativamente, com um incremento do risco para HAV aguda (análise univariada) incluíram: contato com caso suspeito de HAV (RR=3,34; IC95%: 1,22-9,17; p=0,0006), o compartilhamento de talheres (RR=1,75; IC_{95%}:1,01-3,05; p=0,02), compartilhamento de bebida (RR=2,19; IC_{95%}: 1,06-4,52; p=0,005) (ver Tabela 02).

Fatores não associados com um incremento do risco pelo HAV incluíram gênero, conexão da rede de água na comunidade, uso da água do Rio Kukuruzinho. O uso do sabão para lavagem das mãos antes das refeições não esteve associado a menor adoecimento: 17 de 30 (57%) das pessoas doentes usaram, comparado a 9 de 17 (53%) das pessoas não doentes (p>0,05).

Essa comunidade indígena vive às margens do rio Teles Pires, do qual faz uso doméstico, apesar de cada casa possuir

Tabela 2 - fatores associados com infecção aguda por hepatite viral tipo A. Aldeia Kukuruzinho-MT, junho - novembro de 2001

Exposição	Número (%) de doentes		Risco Relativo (IC 95%)	Valor (p)
	Sim	Não		
Contato com caso suspeito de HAV	27 (77)	8 (23)	3,34 (1,22 - 9,17)	0,0005
Compartilhamento de utensílios	21 (78)	6 (22)	1,75 (1,01 - 3,05)	0,02
Compartilhamento de bebidas	25 (78)	7 (22)	2,19 (1,06 - 4,52)	0,005

um filtro de barro e haver captação de água do rio para a aldeia. Todas as famílias adotaram a prática de utilizar filtros de barro para o consumo da água de beber (utilizam recipientes para transporte da água do chafariz até o filtro), o que não exclui, em alguns casos, o hábito de beber a água do rio Kukuruzinho por ocasião do banho e/ou atividades de caça e pesca. Em algumas residências, observou-se não haver uma higienização adequada dos utensílios domésticos. Na inspeção ao local de captação da água, observou-se que as condições são aceitáveis, não havendo indícios de contaminação; porém, não foi procedida coleta de amostras para melhor averiguação.

Recomendações

Com base nos resultados da investigação, recomendou-se sensibilização quanto à importância do uso individual de talheres e/ou bebidas, mesmo entre familiares; precauções higiênicas dos profissionais de saúde que cuidam das pessoas com icterícia aguda, os quais devem seguir as medidas de biossegurança para proteção individual e comunitária; e envolvimento da SMS na prevenção e controle da doença no município, por meio da designação de um profissional de saúde para supervisionar a implantação e/ou manutenção das medidas preventivas na aldeia. Cabe ressaltar que o uso da Imunoglobulina Humana (que deve ser administrada até 14 dias após exposição) não é utilizada rotineiramente

Hepatite viral tipo A (continuação)

para os surtos por HAV; e que a vacina contra o vírus da hepatite A está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) apenas para os pacientes hepatopatas crônicos. A sua nãoinclusão no calendário vacinal de rotina deve-se ao seu custo elevado e ao perfil da distribuição etária da HAV, particularmente nas áreas com precárias condições de saneamento.

Referências bibliográficas

- CHIN, J. ASCHER, M.S. et al. Control of Communicable Diseases Manual. 17 ed, Washington, DC, 2000, pág. 142-147.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 5 ed. Brasília, 1998, Cap. 5.14
- MENDELL, G.L.; DOLIN, R. AND BENNETT, J.E. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5 ed. 2000.
- PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Ed. Guanabara Koogan S. A. Rio de Janeiro, 1995.
- TEUTSCH, S.M., CHURCHILL, R.ELLIOT. Principals and Practice of Public Health Surveillance. 2 ed., Oxford, New York, 2000.
- VERONESI, R. et al. Doenças Infecciosas e Parasitárias. 8 ed, Rio de Janeiro, 1991, pág. 132-155.
- WHO. Department of communicable disease surveillance and response. Hepatitis A, 2000, pág. 19-21.

Cristiane Penaforte - SVS/MS

Roberto Dusi - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Maria Luíza Cunha - Divep-CORE/Funasa

Leiliane Barbosa - Divep-CORE/Funasa

Jamir Ferreira - DSEI Kaiapó (DSEI-K)

Edmilson Gaiardoni - DSEI Kaiapó (DSEI-K)

Oswaldo Cid - DSEI Kaiapó (DSEI-K)

Leonardo Souza - DSEI Kaiapó (DSEI-K)

Izabel Chagas - DSEI Kaiapó (DSEI-K)

Sebastião Silva - DSEI Kaiapó (DSEI-K)

Douglas Hatch - CDC/Atlanta

Agradecimentos

Associação Ipren-re

Casa de Saúde do Índio – Município de Colíder-MT

LACEN-MT

Instituto Evandro Chagas