



Secretaria
de Vigilância em Saúde

ANO 08, Nº 06
30/07/2008

EXPEDIENTE:

Ministro da Saúde
José Gomes Temporão

Secretário de Vigilância em Saúde
Gerson Oliveira Penna

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

Hepatite viral tipo A – caracterização dos casos notificados pelo Sistema Nacional de Vigilância no Brasil em 2006

A hepatite viral tipo A é uma infecção com distribuição mundial, transmitida pela via fecal-oral, pessoa-pessoa, por meio da ingestão de água e alimentos contaminados. O agente causal é o vírus da hepatite A (HAV) que pertence à família Picornaviridae. Este vírus é capaz de manter suas partículas estáveis até 3 meses a 25°C em água e solos contaminados. O período de incubação varia entre 15-50 dias, sendo em média de 30 dias. Geralmente, a infecção é benigna, raramente evolui para formas agudas fulminantes e não há relatos de casos da forma crônica. Devido a sua importância para a Saúde Pública, pelo número de indivíduos atingidos, estima-se que em países em desenvolvimento mais de 90% das crianças já tenham sido infectadas. É uma doença de notificação compulsória pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).^{1,2,3}

Para caracterizar os casos de HAV notificados pelo Sistema de Vigilância Nacional, foi realizado um estudo descritivo utilizando o banco de dados das hepatites virais do Sinan de 2006. Considerou-se caso confirmado: indivíduo suspeito de hepatite no qual se detecta o anticorpo da classe IgM contra o vírus A (anti HAV-IgM) no soro, ou que apresente vínculo clínico-epidemiológico com caso confirmado de hepatite A, segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (2005). As análises foram realizadas nos softwares Epi Info 6.04d e Tabwin 3.2.

Em 2006, foram notificados 25.270 casos suspeitos de HAV, sendo confirmados 19.507 (77,2%). A taxa de detecção foi de 10,4 por 100.000 habitantes, utilizando a estimativa da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o mesmo período.⁴ A Região Norte

foi a mais acometida, por incluir os Estados com maiores taxa de detecção por 100.000 habitantes: Acre (123); Amapá (85); Roraima (48); e Tocantins (46) (Tabela 1).

Entre os casos, 10.252 (52,5%) eram do sexo masculino e não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,886$). Sobre a escolaridade, 305 (1,6%) eram analfabetos, 3.400 (17,4%) apresentavam 1-3 anos de estudo, 3.803 (19,5%) 4-7, 1.795 (9,2%) 8-11 e 498 (2,6%) 12 anos ou mais de estudo. Em 2.553 (13,1%) casos, registrou-se 'ignorados' quanto à escolaridade; e para 7.153 (36,7%), 'não se aplica'. A população de 1 a 9 anos de idade foi a mais acometida mas deve-se considerar o impacto da doença proporcionado pelas infecções inaparentes, freqüentes nessa faixa etária (Tabela 2).

O local provável de infecção mais referido foi o domicílio (28,3%). Quanto à forma clínica, 18.565 (95,2%) foi aguda e 26 (0,1%) fulminante (Tabela 3). Em 17.814 notificações, havia preenchimento do campo 'Evolução', sendo 17.757 (91%) cura e 57 (0,3%) para óbito. Desses indivíduos, 17.059 (87,4%) foram diagnosticados por critério laboratorial e 2.391 (12,3%) por vínculo clínico-epidemiológico; e os demais, inconclusivos.

Algumas inconsistências e campos incompletos foram identificados nas notificações: para forma clínica, 75 casos foram classificados como crônicos, 128 como portadores assintomáticos, quatro indivíduos apresentaram o campo 'Sexo ignorado', e em 1.693 notificações não havia evolução da doença.

Os dados indicam que a Região Norte concentrou o maior número de casos (20%). As crianças foram as mais acometidas e não houve relação es-

Hepatite viral tipo A (continuação)

Tabela 1 - Detecção de casos novos por 100.000 habitantes de HAV por unidades federadas de residência. Brasil, 2006

UF	Casos	População*	Detecção (por 100.000 hab.)
Rondônia	72	1.533.412	5
Sergipe	192	2.000.738	10
Roraima	192	403.344	48
São Paulo	237	41.055.734	1
Santa Catarina	277	5.958.266	5
Mato Grosso	397	2.856.999	14
Rio Grande do Norte	406	3.043.760	13
Distrito Federal	430	2.383.784	18
Mato Grosso do Sul	449	2.297.981	20
Alagoas	503	3.050.652	16
Amapá	521	615.715	85
Piauí	527	3.036.290	17
Espírito Santo	549	3.464.285	16
Paraíba	563	3.623.215	16
Tocantins	607	1.332.441	46
Goiás	689	5.730.753	12
Ceará	751	8.217.085	9
Amazonas	865	3.311.026	26
Acre	880	715.657	123
Rio Grande do Sul	927	10.963.219	8
Maranhão	942	6.184.538	15
Rio de Janeiro	1.065	15.561.720	7
Pará	1.337	7.110.465	19
Paraná	1.348	10.387.378	13
Bahia	1.353	13.950.460	10
Pernambuco	1.464	8.502.603	17
Minas Gerais	1.964	19.479.356	10
TOTAL	19.507		

* População IBGE, 2006

Tabela 2 - Distribuição de casos de HAV por faixa etária. Brasil, 2006

Faixa etária	Casos	%	População ^a	Taxa de detecção (por 100.000 hab.)
< 1 ano	315	1,6	3.552.258	8,8
1-4 anos	3.437	17,6	14.541.570	23,6
5-9 anos	7.413	38,0	18.236.103	40,6
10-14 anos	3.931	20,3	19.081.361	20,6
15-19 anos	1.661	8,5	19.740.804	8,4
20-49 anos	2.421	12,4	82.183.904	2,9
50-79 anos	294	1,5	27.455.745	1,2
80 e mais	29	0,1	1.978.863	1,5
Branco/ignorado	6	0,0		
TOTAL	19.507			

a) População estimada pelo IBGE, 2006 (www.ibge.gov.br)

Tabela 3 - Gravidade dos casos da HAV segundo faixa etária. Brasil, 2006

Faixa etária	Forma aguda		Forma fulminante	
	Casos	(%)	Casos	(%)
< 1 ano	304	1,6	1	4,0
1-4 anos	3.278	16,8	6	23,0
5-9 anos	7.150	36,7	5	19,0
10-14 anos	3.759	19,3	2	8,0
15-19 anos	1.588	8,1	6	23,0
20-34 anos	1.811	9,3	1	4,0
35-49 anos	410	2,1	3	12,0
50-64 anos	178	0,9	1	4,0
65-79 anos	63	0,3	1	4,0
80 e mais	24	0,1	0	0,0
TOTAL	18.565		26	

estatística entre o adoecimento e o sexo. A baixa escolaridade das pessoas infectadas sugere pouco conhecimento sobre educação em saúde, sendo importante direcionar informações sobre prevenção e controle da doença no domicílio, comunidades e escolas.

O local provável de exposição foi o domicílio sugerindo que o adoecimento pode ter sido em consequência das condições sanitárias do ambiente domiciliar, pois a transmissão do HAV se faz pela via fecal-oral. De forma geral, os casos não apresentaram gravidade e houve alto percentual de cura, coerente com a história natural da doença.

Relatado por:

Helena Cristina A. V. Lima - Programa Nacional Hepatites Virais, Departamento de Vigilância em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; Treinanda do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (Episus), Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes, Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde
Kátia Biscuola Campos - Programa Nacional Hepatites Virais, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde
Argemiro D'Oliveira Júnior - Programa Nacional Hepatites Virais, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde

Leonardo Victor de Knegt - Supervisores do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (Episus)
Wildo Navegantes Araújo - Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (Episus)

Referências

1. Medronho Roberto de Andrade, Ortiz Valencia Luis Iván, Fortes Bruno de Paula Menezes Drumond, Braga Ricardo Cerqueira Campos, Ribeiro Simone do Valle. Análise espacial da soroprevalência da hepatite A em crianças de uma região carente de Duque de Caxias, RJ, Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª edição, 2005
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites Virais - O Brasil está atento, 2008
4. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico brasileiro de 2000. (www.ibge.gov.br)