

D.1.8 – Incidência de hepatite B

1. Conceituação

Número absoluto de casos novos confirmados de hepatite B (código B16 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico e no ano considerado.

A definição de caso confirmado de hepatite B baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

Definição de caso

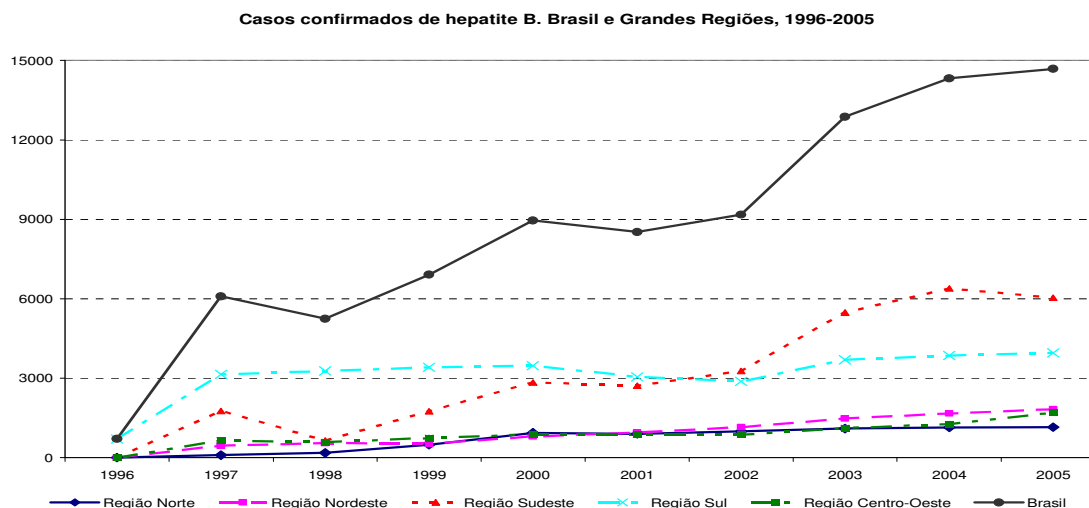
Suspeito

- Indivíduo com icterícia aguda e colúria e/ou dosagem de aminotransferases igual ou maior que 3 vezes o valor normal; e/ou indivíduo com exposição percutânea ou de mucosa a sangue e/ou secreções ou contato sexual ou domiciliar com pessoas suspeitas ou sabidamente HBsAg reagente e/ou anti-HBc IgM reagente; ou indivíduo com exames sorológicos reagentes em serviços que realizam triagem sorológico; indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico confirmado.

2. Identificação das tendências da curva temporal – período 1996 a 2005.

A série histórica disponibilizada começa em 1996, ano em que a notificação se restringiu à macro-região Sul, que respondeu por 97,4% dos 705 casos no país. Progressivamente a notificação foi aumentando a partir de 1996 sendo que, no ano 2000, dos 8.954 casos notificados 38,8% eram da região Sul, 31,7% do Sudeste, 10,6% do Norte, 9,9% do Centro-Oeste e 9,0% do Nordeste. Em 2005, dos 14.681 casos notificados, 41,1% eram da região Sudeste, 27,0% do Sul, 12,5% do Nordeste, 11,6% do Centro-Oeste e 7,8% do Norte. Observa-se um aumento na notificação do Sudeste e Nordeste.

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites virais. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília:Ministério da Saúde, 2005, p. 409.



3. Conformidade com o conhecimento epidemiológico disponível sobre a doença.

Os dados, mesmo atestando o aumento na notificação de casos oriundos do Nordeste e Sudeste, por tratar-se de uma proporção de casos, em nenhum momento apontam para diferenças de risco na base populacional. Vários estudos demonstram que há diferenças na endemicidade de hepatite B no país. Contudo, a maioria não são baseados na população e inicialmente revelavam a situação de coletivos específicos (prisioneiros ou primo-doadores de sangue; Martelli *et al.*, 1990; Souto, 1999).

A partir da década de 90, houve um aumento no número de estudos realizados em populações abertas, porém sem ser probabilísticos. Um desses estudos, realizado há 10 anos, baseado em população selecionada de modo não probabilístico em quatro regiões do país (Clemens *et al.*, 2000), já mostrava que a prevalência de anti-HBc para a amostra total (composta de 3.653 indivíduos) era de 7,9%, sendo que a região Norte mostrava maiores prevalências (21,4%), seguida da região Sul (7,6%), Sudeste (5,5%) e Nordeste (1,2%). Em algumas áreas os fatores permanecem relativamente desconhecidos. Na Amazônia, estudos têm sido realizados em populações específicas (Souto *et al.*, 1997; Souto *et al.*, 1998) além de um estudo de âmbito estadual em gestantes por amostragem de serviços (Kiesslich *et al.*, 2003). Houve poucos estudos de base populacional também com base em amostragem probabilística, porém restritos a uma cidade (Focaccia *et al.*, 1998; Braga *et al.*, 2004), mostrando níveis de prevalência e incidência inferidos mais altos que em outros locais do País além do impacto da vacinação em massa iniciada na Amazônia Ocidental em 1989. Além disso, sabe-se que a endemicidade é alta em determinadas comunidades indígenas (Echevarría & León, 2003).

Estudos atestaram que, além da Amazônia, há áreas no Oeste e Sudoeste do estado de Paraná, no Oeste de Santa Catarina e sul do Espírito Santo, onde se registram níveis de prevalência moderadamente altos (Souto *et al.*, 2001; Dusi, 2005). No momento, encontra-se na última fase a realização do Inquérito Nacional de Hepatites Virais, que conta com amostragem probabilística de capitais e áreas metropolitanas brasileiras na base populacional.

O indicador proposto não chega a mostrar diferenças na ocorrência recente (infere-se que a maioria dos casos de hepatite B detectados sejam crônicos) nem da endemicidade baseada na prevalência, pois o mesmo reflete apenas a realização do diagnóstico.

O indicador atesta o número de casos diagnosticados e confirmados sendo, portanto, um estimador da detecção de casos existentes e não de incidência. Pelas razões acima comentadas conclui-se que o número de casos não chega a mostrar a verdadeira incidência nem as diferenças regionais, desta forma não constitui uma ferramenta para o monitoramento da verdadeira situação de saúde.

4. Fatores explicativos dos dados em relação ao comportamento esperado do fenômeno:

A validade se baseia na confirmação laboratorial de casos suspeitos por critérios clínicos. Tal critério de validade poderia ser relativamente acurado em casos ictericos em que seja possível detectar um fator de risco (exposição parenteral em área não hiperendêmica, por exemplo) com documentação do período de incubação. Isto exige a sensibilização e conhecimentos prévios por parte dos profissionais de saúde na ponta do sistema e a factibilidade de confirmação laboratorial. Em assintomáticos, que podem representar até 90% das infecções nas crianças e de 50 a 70% das dos adultos (Benenson, 1997), além dos casos óbvios de acidentes parenterais ou de comunicantes, exige-se a disponibilidade de rede de laboratórios próxima da assistência básica. Por outro lado, estima-se em 5 a 10% a probabilidade de evolução à cronicidade na hepatite B. Deve ser levado em conta o fato de que os casos que cronicam podem ou não ter sofrido a fase aguda. Essas razões levam a pensar que a sensibilidade do sistema depende muito da suspeita clínica embora não totalmente dependente de sintomas e sinais devido à variabilidade na patogenicidade do agente. Quanto à especificidade, o recurso do padrão (ou perfil) imunológico aparentemente serve para descartar os “não casos” dentre os suspeitos.

Sem dúvida um estímulo à notificação que aumenta a sensibilidade do indicador é a consciência a cada vez maior em relação à possibilidade de cronificação e de eventos tardios (cirrose e hepatocarcinoma). A existência de um tratamento e a resposta ao mesmo constituem um estímulo que deve ser responsável pela maior suspeição no âmbito clínico e talvez uma maior procura entre pessoas com antecedentes antigos de transfusão, tatuagem, escarificações ou de uso de drogas injetadas.

Uma outra intervenção, cujo efeito não é condizente com os dados detectados mediante o indicador aqui analisado, e em cuja avaliação seria importante contar com um indicador mais confiável, é a vacinação. A mesma foi iniciada em áreas hiperendêmicas da Amazônia em 1989 e, ao longo da década de 90 foi sendo ampliada. Em 1998 foi decidida a vacinação em menores de um ano e, em 2001 houve uma campanha que almejava ampliar a cobertura entre crianças e adolescentes (1 a 19 anos). Posteriormente foram mantidas as diretrizes direcionadas à vacinação de rotina de crianças de menos de um ano de idade (Figueiredo, 2007). De novo, enfatiza-se que o indicador de casos detectados não é adequado para estimar algum impacto da imunização.

Referências

- Benenson, A.S. 1997. *Manual de control de las enfermedades transmisibles*. Washington: APHA / OPAS.
- Braga WSM, Brasil LM, Souza RAB, Melo MS, Rosas MDG, Castilho MC & Fonseca JCF. Prevalência da infecção pelos vírus da hepatite B (VHB) e da hepatite Delta (VHD) em Lábrea, Rio Purus, Estado do Amazonas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2004; 13(1): 35-46.
- Clemens, S.A.C., Da Fonseca, J.C., Azevedo, T., Cavalcanti, A., Silveira, T.R., Castilho, M.C. & Clemens, R. Soroprevalência para hepatite A e hepatite B em quatro centros no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2000; 33 (1): 1-10.
- Dusi RM. *Estudo dos fatores de risco para hepatite viral B aguda nas micro-regiões centro-ocidental, oeste e sudoeste do estado do Paraná*. Dissertação de Mestrado em Medicina Tropical. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2005.
- Echevarría JM & León P. Epidemiology of viruses causing chronic hepatitis among populations from the Amazon Basin and related ecosystems. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003; 19(6): 1583-1591.
- Figueiredo GM. Breve histórico da emergência da hepatite B como problema de saúde pública. *Jornal Brasileiro de Aids*, 2007; 8 (1): 8-13.
- Focaccia R, Conceição OJG, Sette Jr., H, Sabino E, Bassit L, Nitrini DR, LOmar AV, Lourenço RM, Souza FV, Kiffer CRV, Santos EB, González MP, Sáez-Alquézar A, Riscal JR, Fisher D. Estimated prevalence of viral hepatitis on the general population of the Municipality of São Paulo, measured by a serologic survey of a stratified, randomized and residence-based population. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 1998; 2(6): 269-284.
- Kiesslich D, Fraiji NA, Crispim MA, Pereira FR, Martinho AC, Campello SC, Almeida TA & Vasquez LS. Prevalência de marcadores sorológicos e moleculares do vírus da hepatite B em gestantes do Estado do Amazonas, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2003; 12(3): 155-164.
- Martelli CMT, Andrade ALSS, Cardoso DDP, Sousa LCS, Silva AS, Sousa MA & Zicker F. Soroprevalência e fatores de risco para a infecção com hepatite B pelos marcadores AgHBs e Anti-HBs em prisioneiros e primo-doadores de sangue. *Saúde Pública* 1990; 24 (4): 270-276.
- Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2005. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: SVS / MS.
- Souto FJD, Fontes CJF, Gaspar AMC & Lyra LGC. Epidemiological survey of infection with hepatitis B virus in the savannah and wetlands (Pantanal) of Central Brazil. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 1997; 91 (4): 411-416.

Souto FJD, Fontes CJF & Gaspar AMC. Outbreaks of Hepatitis B vírus in recent arrivals to the Brazilian Amazon. *Journal of Medical Virology*, 1998 56: 4-9.

Souto FJD. Distribuição da hepatite B no Brasil: atualização do mapa epidemiológico e proposições para seu controle. *GED – Gastroenterology, endoscopy, digestion*, 1999; 18 (4): 1430150.

Souto FJD, Espírito Santo GA, Philippi JC, Pietro BRC, Azevedo RB & Gaspara AMC. Prevalência e fatores associados a marcadores de vírus da hepatite B em população rural do Brasil central. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2001; 10 (6): 388-394.