

D.1.14 – Incidência de hepatite C

1. Conceituação

Número de casos novos detectados e diagnosticados de hepatite C (código B17.1 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico e no ano considerado.

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

2. Definição de caso

Caso suspeito

- Indivíduo com icterícia aguda e colúria e/ou dosagem de aminotransferases igual ou maior que 3 vezes o valor normal; indivíduo com história de exposição percutânea ou de mucosa sangue e/ou secreções de pessoas portadoras ou com suspeita de infecção pelo HCV; indivíduos que apresentem exames sorológicos de triagem reagentes para Hepatite C (doadores de sangue e/ou órgãos, usuários de hemodiálise e ambulatorios de DST) ou indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico confirmado; receptores de transplantes, sangue ou hemoderivados antes de 1993.

Caso confirmado

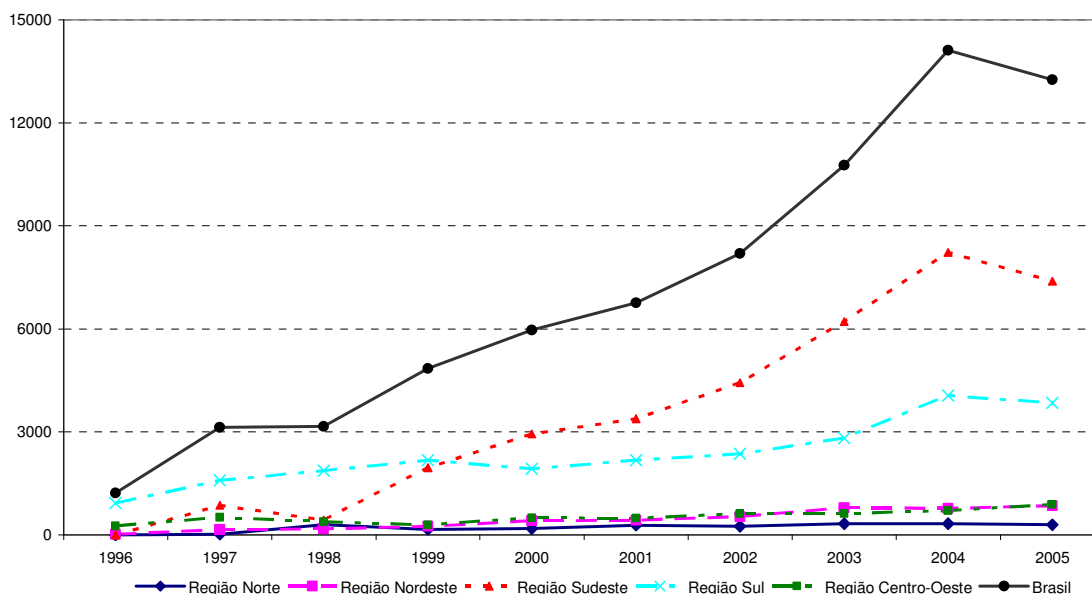
- Indivíduo que preenche as condições de suspeito, com detecção no soro do anti-HCV reagente e do RNA-HCV, por método de biologia molecular, ou detecção do antígeno ou RNAHEPATITE

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

A série histórica disponibilizada começa em 1996, ano em que a notificação esteve concentrada nas macro-regiões Sul e Centro Oeste, que responderam por 76,3 e 21,4%, respectivamente, dos 1.217 casos notificados no país. De modo semelhante à hepatite B, a notificação de hepatite C aumentou em todas as regiões.

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.

Casos confirmados de hepatite C. Brasil e Grandes Regiões, 1996-2005



No ano 2000, dos 5.961 casos notificados no Brasil, cerca da metade dos casos (49,3%) eram da região Sudeste, cerca de um terço (32,3%) do Sul, 8,4% do Centro-Oeste, 6,9% do Nordeste e 3,1% do Norte. Em 2005, o número havia duplicado e, dos 13.261 casos notificados, mais da metade (55,7%) eram da região Sudeste, 28,9% do Sul, 6,7% do Centro-Oeste, 6,4% do Nordeste e 2,2% do Norte.

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

São escassos os estudos epidemiológicos sobre hepatite C de base populacional no país. Na década de 90, parte da realidade da distribuição epidemiológica do agravo começou a ser desvendada mediante a realização de estudos em bancos de sangue (Patiño-Sarcinelli *et al.*, 1994; Carvalho & Dias, 1995; Fonseca *et al.*, 1998. *inter alia*), revelando diferenças regionais importantes. Mediante esses achados e outros estudos mais recentes em contextos regionais específicos (Paltanin & Reiche, 2002) ou em outras populações (Ferreira *et al.*, 2006, *inter alia*; Echevarría & Leon, 2003), percebem-se importantes lacunas em relação a dados de base populacional. Há consenso em que os níveis de prevalência na Bacia Amazônica e na maioria das cidades são baixos exceto em algumas comunidades indígenas remotas. Por esse motivo, os indicadores propostos aqui examinados não refletem a situação epidemiológica, limitando-se a mostrar onde está sendo realizado o diagnóstico e em que medida.

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.

Devido à evolução natural da doença, a detecção pode ser tardia, o que é particularmente importante na hepatite C cujo curso é mais insidioso e um grande número de pessoas se infectaram antes da implantação da triagem sorológica em bancos de sangue por não estiverem disponíveis os testes de diagnóstico.

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 ou laboratoriais. Como acontece com a hepatite B, com muita mais pertinência neste caso, a validade do indicador seria maior em casos ictericos em que seja possível detectar um fator de risco (exposição parenteral de risco, por exemplo, partilha de material de injeção de substâncias psicotrópicas). Isto, ao que parece, deve ser episódio raro e exige um conhecimento e grau de alerta nos profissionais de saúde além da possibilidade de confirmação laboratorial. Mais freqüente deve ser o achado fortuito de cirrose cuja evolução deve ser explicada em pessoas oligossintomáticas ou mesmo assintomáticas, que podem representar até 75% das infecções (Benenson, 1997). De qualquer sorte, exige-se a disponibilidade de rede de laboratórios. Assume-se que um elevado percentual evolui para a infecção crônica. Portanto, a sensibilidade do sistema depende muito da suspeita clínica mesmo em indivíduos assintomáticos. Quanto à especificidade, o recurso do padrão (ou perfil) imunológico aparentemente serve para descartar os “não casos” dentre os suspeitos.

Referências.

Carvalho SP & Dias SLNG. Estudo comparativo da taxa de incidência de sífilis, doença de Chagas, hepatites B e C, HIV, HTLV em doadores de sangue por região do Paraná. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 1995; 27: 77-82.

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.

Ferreira A, Greca D, Tavares E, Moriya Y, Spelling F, Boeira M, dos Santos S & Messias-Reason I. Soroepidemiologia da hepatite B e C em índios Kaingang do sul do Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2006; 20(4): 230-235.

Fonseca ASK, Lunger VR, Ikuta N & Cheinkes H. Prevalência de genótipos do vírus da hepatite C no estado do Rio Grande do Sul. *NewsLab*, 1998; 27: 62-64.

Paltanin LF & Reiche EMV. Soroprevalência de anticorpos antivírus da hepatite C em doadores de sangue, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2002; 36(4): 393-399.

Patiño-Sarcinelli F, Hyman J, Camacho LAB, Linhares DB & Azevedo JG. Prevalence and risk factors for hepatitis C antibodies in volunteer blood donors in Brazil. *Transfusion*, 1994; 34:138-141.

Programa Nacional DST / Aids, 2007. Boletim Epidemiológico AIDS – DST, 2007; ano IV No. 1.

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, Paraná R & Lyra LGC. Concomitant high prevalence of hepatitis C virus antibodies and hepatitis B virus markers in a small village of the Amazon region. Mato Grosso State, Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 1996; 38(3): 221-223.