

Boletim Epidemiológico

APRESENTAÇÃO

O Programa Estadual para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PEHV) integra a Divisão de Vigilância Epidemiológica do Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Os dados epidemiológicos são obtidos através das notificações compulsórias no banco de dados nacional SINAN. As fichas de notificação têm seis meses para serem encerradas pelas vigilâncias epidemiológicas municipais; portanto, o PEHV apenas possui dados anuais definitivos após seis meses do encerramento do ano.

Neste Boletim, apresentaremos o panorama epidemiológico das hepatites virais A, B e C no Rio Grande do Sul.

Panorama Epidemiológico das Hepatites Virais no Rio Grande do Sul

Danielle Pinheiro Müller¹, Érica Bortoli¹, Helena de Medeiros Terra Ramos¹, Maria de Fátima Freitas Korndorfer¹, Roque da Conceição¹

¹ PEHV/DVE/CEVS/SES-RS
E-mail: hepatites@saude.rs.gov.br

A série histórica de 2007 a 2015 das hepatites A,B,C é apresentada na Tabela 1. Os dados são apresentados em número absoluto de casos e em coeficiente de detecção, ou seja, o número de casos para cada 100.000 habitantes, considerando-se a população do Estado pelos censos e pelas estimativas populacionais do IBGE. Observamos um importante decréscimo na incidência da hepatite A, o que pode ser justificado pela melhor estrutura de saneamento público do Estado, pois essa infecção se transmite por água e alimentos contaminados, com transmissão fecal-oral. Cabe salientar também a introdução da vacina da hepatite A em 2014, que está auxiliando na maior proteção da população pediátrica a esse agravo.

Na hepatite B, observa-se um aumento no número de casos, mas não de forma muito expressiva como se verifica no aumento de incidência de casos da hepatite C. Essas duas infecções virais têm o mesmo modo de transmissão: através de contato com sangue ou derivados contaminados, relações sexuais desprotegidas e transmissão de mãe para filho durante a gestação ou no momento do parto. Esses números ascendentes podem ser justificados pela maior detecção de casos, pois, em 2013, foi incentivada, de forma mais enfática, a testagem rápida das hepatites B e C na atenção básica. Além disso, essas hepatites têm importante relação com o uso de drogas e a coinfeção com o HIV, especialmente a hepatite C.

Tabela 1 - Casos e coeficientes de incidência, por 100.000 habitantes, das hepatites virais A, B e C, RS, 2007 - 2015

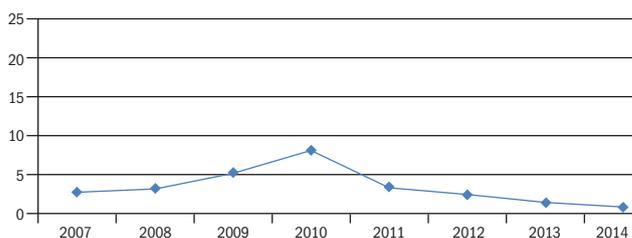
Ano	Hepatite Viral A		Hepatite Viral B		Hepatite Viral C	
	Casos	Coef.	Casos	Coef.	Casos	Coef.
2007	311	2,8	1.120	10,1	1.343	12,1
2008	360	3,3	1.285	11,8	1.560	14,4
2009	573	5,3	1.234	11,3	1.429	13,1
2010	879	8,2	1.235	11,5	1.691	15,8
2011	390	3,6	1.393	13,0	1.492	13,9
2012	268	2,5	1.494	13,9	1.646	15,3
2013	164	1,5	1.621	14,5	2.247	20,1
2014	103	0,9	1.791	16,0	2.657	23,7
2015*	54	0,5	1.720	15,3	2.609	23,2

*Dados preliminares

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS, DATASUS-CENSO e estimativas populacionais do IBGE. Dados definitivos apenas estarão disponíveis em julho de 2016

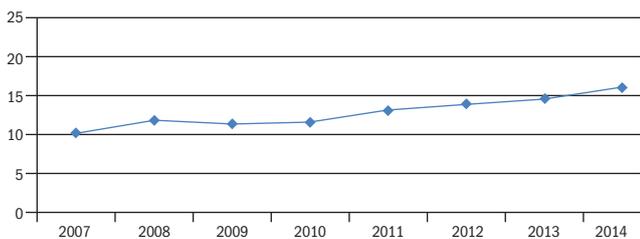
Nas Figuras 1, 2 e 3, podemos visualizar, de forma mais clara, as incidências de cada uma das três hepatites virais. Podemos constatar que a hepatite A, apesar de ter uma tendência a decréscimo de casos, apresentou em 2010 um surto em Rio Grande, que desviou sua linha de incidência para cima. As hepatites B e C, como já apresentadas na Tabela 1, têm suas curvas de incidência em ascensão.

Figura 1 - Coeficientes de incidência de casos de hepatite A, por 100.000 habitantes, RS, 2007 - 2014.



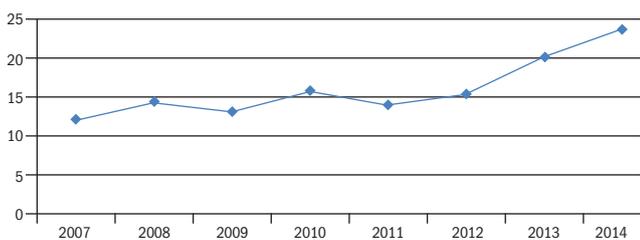
Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS, DATASUS-CENSO e estimativas populacionais do IBGE

Figura 2 - Coeficientes de incidência de casos de hepatite B, por 100.000 habitantes, RS, 2007 - 2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS, DATASUS-CENSO e estimativas populacionais do IBGE

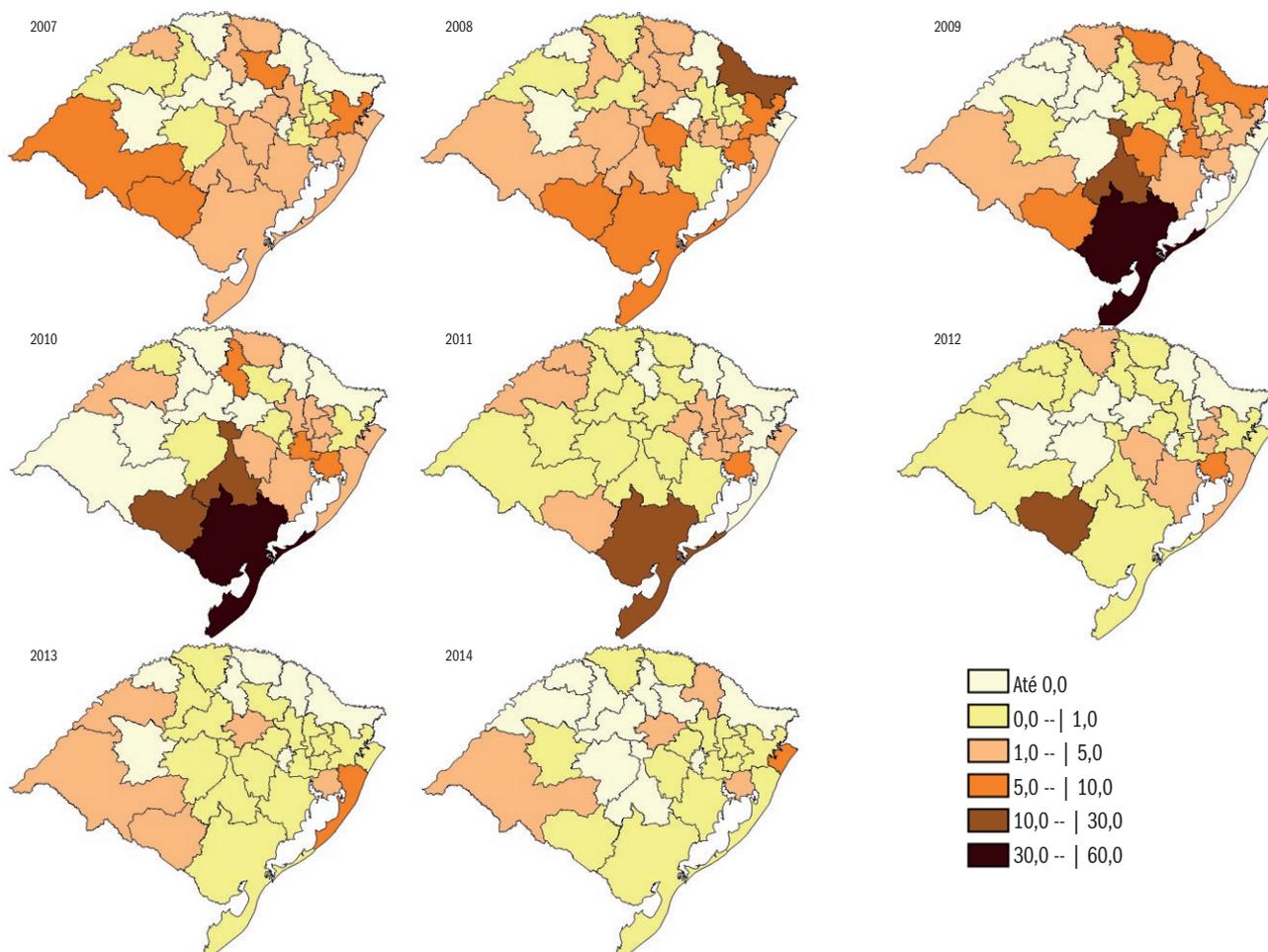
Figura 3 - Coeficientes de incidência de casos de hepatite C, por 100.000 habitantes, RS, 2007 - 2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS, DATASUS-CENSO e estimativas populacionais do IBGE

Na Figura 4, apresentamos uma série histórica de mapas de incidência da hepatite A, de 2007 a 2014, por Região de Saúde. As cores mais escuras representam maiores incidências do agravo, segundo legenda.

Figura 4 - Coeficientes de incidência de casos de hepatite A, por 100.000 habitantes, por Região de Saúde do RS, 2007 - 2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS, DATASUS-CENSO e estimativas populacionais do IBGE

Nessa série, podemos observar uma redução progressiva dos casos de hepatite A em todas as Regiões de Saúde.

Na Figura 5, apresentamos uma série histórica de mapas de incidência da hepatite B, de 2007 a 2014, por Região de Saúde. As cores mais escuras representam maiores incidências do agravo, segundo legenda.

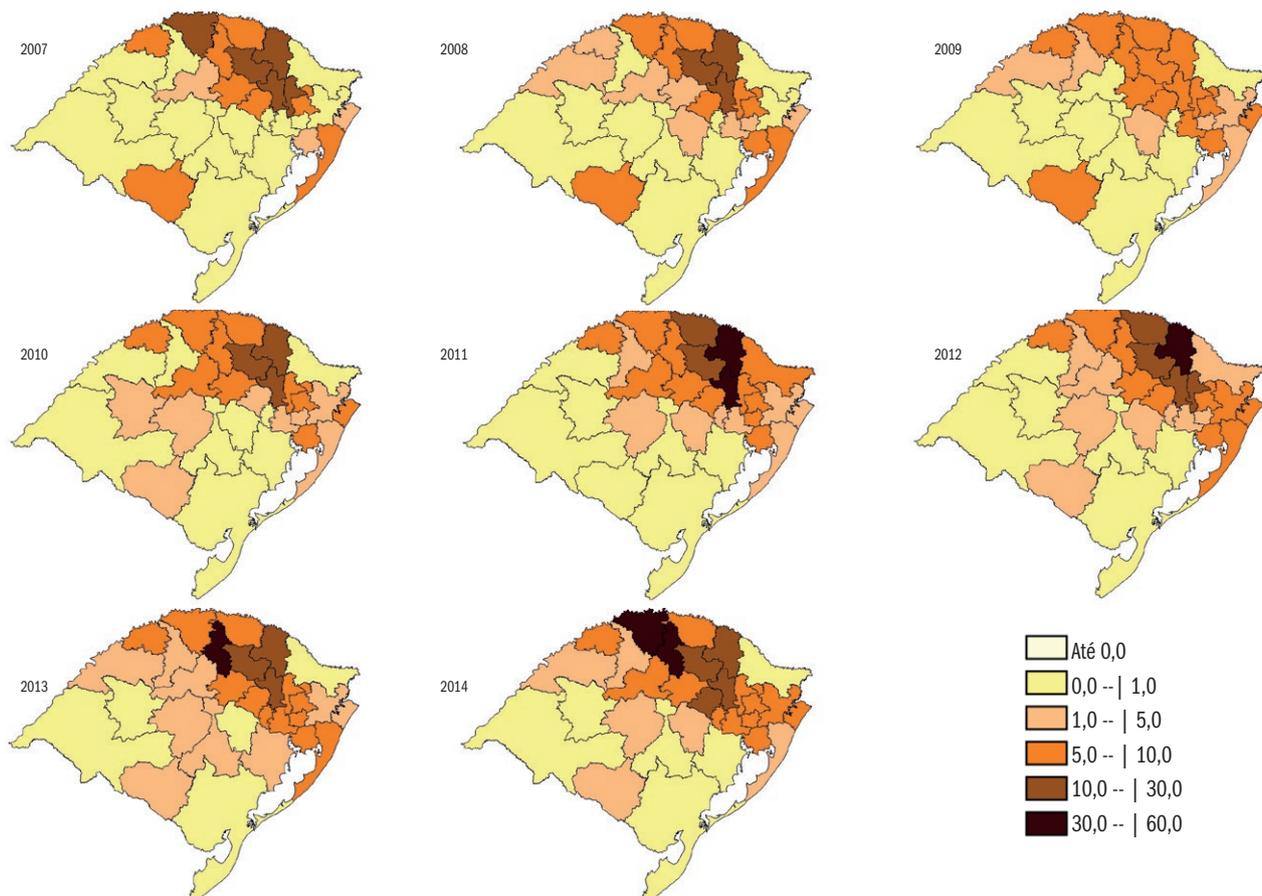
Podemos observar que a hepatite B tem mantido sua incidência na Região Norte do Estado, mas tem se espalhado para a Região Metropolitana também.

Na Figura 6, apresentamos uma série histórica de mapas de incidência da hepatite C, de 2007 a 2014, por Região de Saúde. As cores mais escuras representam maiores incidências do agravo, segundo legenda.

A hepatite C está se espalhando mais pelo Estado, aumentando em incidência e em área de abrangência, como bem demonstrado no mapa de 2014. Cabe salientar também que a coinfeção com HIV/Aids tem importante relevância nessa progressão.

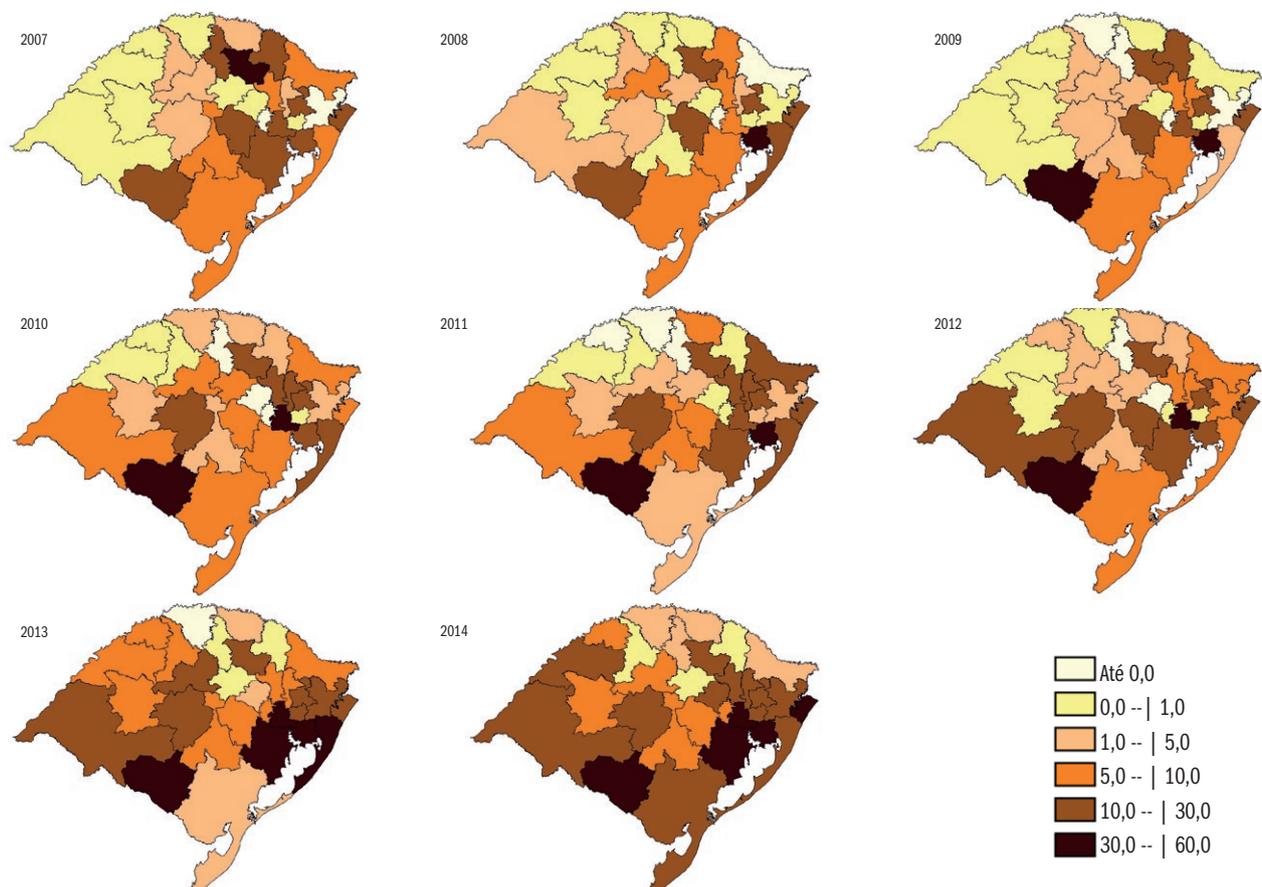
O Estado do RS tem 55 municípios considerados prioritários para as hepatites virais, nos quais o somatório de carga das doenças hepatite B, hepatite C, Aids e sífilis é o muito relevante. Esses municípios recebem incentivo financeiro federal para as ações de vigilância, prevenção e controle desses agravos. Na Tabela 2, apresentamos a listagem desses municípios, com Regiões de Saúde às quais eles pertencem, o número de casos e seus respectivos coeficientes de incidências para as hepatites A, B, C no ano de 2014. No caso da hepatite A, podemos observar que 12 municípios prioritários apresentaram coeficiente de incidência igual ou superior ao do Estado em 2014. Com relação à hepatite B, foram 16 municípios que apresentaram coeficiente de incidência igual ou maior que do Estado e para hepatite C foram 25 municípios. Esses coeficientes estão destacados na Tabela 2. Apenas os municípios de Bento Gonçalves, Campo Bom, Parobé e a capital Porto Alegre têm coeficientes de incidência iguais ou maiores que os do Estado nas três hepatites (A, B e C), no ano de 2014.

Figura 5 - Coeficientes de incidência de casos de hepatite B, por 100.000 habitantes, por Região de Saúde do RS, 2007 - 2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS, DATASUS-CENSO e estimativas populacionais do IBGE

Figura 6 - Coeficientes de incidência de casos de hepatite C, por 100.000 habitantes, por Região de Saúde do RS, 2007 - 2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS, DATASUS-CENSO e estimativas populacionais do IBGE

Tabela 2 - Casos e coeficientes de incidência, por 100.000 habitantes, das hepatites virais A, B e C, por município prioritário em hepatite viral, 2014

Municípios Prioritários	Região de Saúde	Hepatite Viral A		Hepatite Viral B		Hepatite Viral C	
		Casos	Coef.	Casos	Coef.	Casos	Coef.
Alegrete	3	1	1,3	2	2,5	21	26,7
Alvorada	10	7	3,4	30	14,6	111	54
Bagé	22	1	0,8	11	9,1	65	53,5
Bento Gonçalves	25	1	0,9	27	24,0	27	24,0
Cachoeira do Sul	27	0	0	0	0	14	16,3
Cachoeirinha	10	0	0	1,4	11,2	68	54,3
Camaquã	9	0	0	3	4,6	21	32,0
Campo Bom	7	1	1,6	13	20,4	17	26,7
Canela	23	0	0	4	9,5	0	0
Canoas	8	2	0,6	51	15,0	232	68,2
Capão da Canoa	4	0	0	5	10,8	18	38,7
Carazinho	17	0	0	19	30,7	14	22,6
Caxias do Sul	23	1	0,2	62	13,2	79	16,8
Charqueadas	9	0	0	3	7,9	38	100,1
Cruz Alta	12	0	0	1	1,6	7	10,9
Erechim	16	0	0	28	27,5	7	6,9
Esteio	8	0	0	6	7,2	18	21,5
Estrela	30	0	0	6	18,4	0	0
Farroupilha	26	0	0	12	17,6	10	14,7
Frederico Westphalen	15	1	3,3	31	101,9	0	0
Gravataí	10	0	0	46	17	82	30,3
Guaíba	9	1	1,0	5	5,1	30	30,3
Ijuí	13	0	0	3	3,6	1	1,2
Itaqui	3	0	0	0	0	4	10,2
Lagoa Vermelha	18	0	0	2	7,0	1	3,5
Lajeado	29	0	0	32	41,2	27	34,7
Marau	17	0	0	22	55,4	8	20,2
Montenegro	8	0	0	11	17,5	27	43,0
Novo Hamburgo	7	2	0,8	23	9,3	40	16,1
Osório	5	1	2,3	3	6,9	2	4,6
Palmeira das Missões	20	0	0	4	11,4	6	17,1
Parobé	6	1	1,8	12	21,8	15	27,2
Passo Fundo	17	0	0	58	29,6	58	29,6
Pelotas	21	0	0	7	2,0	6	1,8

continua

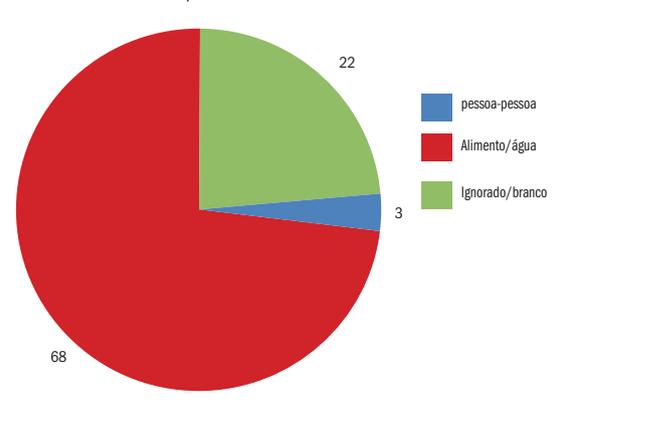
continuação

Municípios Prioritários	Região de Saúde	Hepatite Viral A		Hepatite Viral B		Hepatite Viral C	
		Casos	Coef.	Casos	Coef.	Casos	Coef.
Porto Alegre	10	40	2,7	260	17,7	752	51,1
Rio Grande	21	0	0	9	4,3	121	58,4
Santa Cruz do Sul	28	0	0	9	7,2	18	14,4
Santa Maria	1	0	0	19	6,9	93	33,8
Santa Rosa	14	0	0	6	8,3	7	9,7
Santana do Livramento	3	1	1,2	8	9,6	60	72,0
Santiago	2	0	0	3	5,9	4	7,9
Santo Ângelo	11	0	0	6	7,6	22	27,9
São Borja	11	0	0	1	1,6	17	26,9
São Gabriel	3	0	0	3	4,8	9	14,4
São Leopoldo	7	0	0	40	17,6	43	18,9
Sapiranga	7	0	0	8	10,1	4	5,1
Sapucaia do Sul	8	0	0	19	13,8	52	37,7
Soledade	19	0	0	2	6,4	1	3,2
Taquara	6	0	0	3	5,3	8	14
Torres	4	0	0	8	21,7	26	70,5
Tramandaí	5	0	0	4	8,7	13	28,4
Uruguaiana	3	8	6,2	10	7,7	11	8,5
Vacaria	24	0	0	1	1,5	3	4,6
Venâncio Aires	28	0	0	6	8,6	8	11,5
Viamão	10	3	1,2	15	6,0	36	14,3

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS. DATASUS - estimativa populacional do IBGE

Na Figura 7, apresentamos as prováveis fontes de infecção para os casos confirmados de hepatite A, em 2014. Esse dado é referido pelo próprio paciente na ficha de notificação das hepatites. A grande maioria, como é de se esperar, identificou alimentos e água contaminados como fator de risco principal para contaminação por esse vírus.

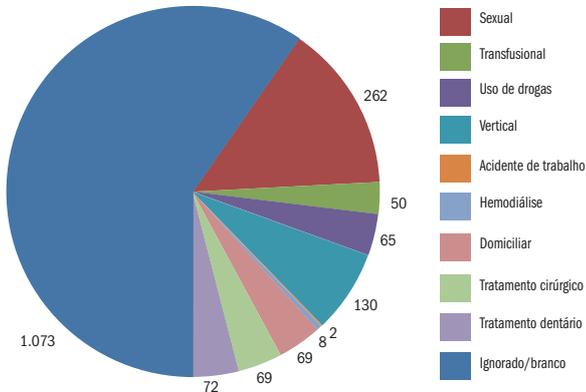
Figura 7 - Casos confirmados de hepatite A por fontes de infecção/fatores de risco RS, 2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

Na Figura 8, apresentamos as prováveis fontes de infecção para os casos confirmados de hepatite B, em 2014. Salientamos a grande proporção de casos cujos fatores de risco não foram identificados (1.073 casos; 60%). Entre os riscos identificados, os mais citados foram: a transmissão sexual (262; 14%) e a transmissão vertical (130; 7%).

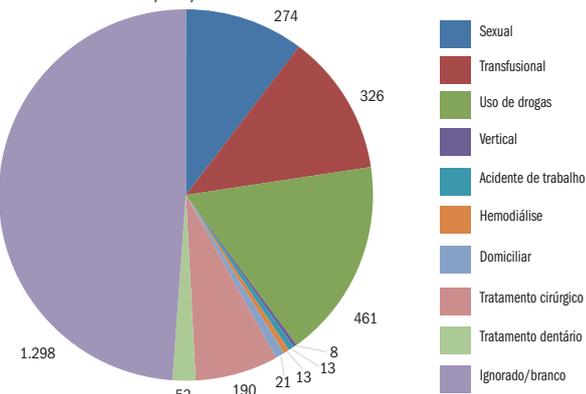
Figura 8 - Casos confirmados de hepatite B por fontes de infecção/fatores de risco, RS, 2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

Na Figura 9, apresentamos as prováveis fontes de infecção para os casos confirmados de hepatite C, em 2014. Novamente salientamos a grande proporção de casos cujos fatores de risco não foram identificados (1.298 casos; 49%). Entre os riscos identificados, os mais citados foram: o uso de drogas (461; 17%), a transmissão transfusional (326; 12%) e a transmissão sexual (274; 10%).

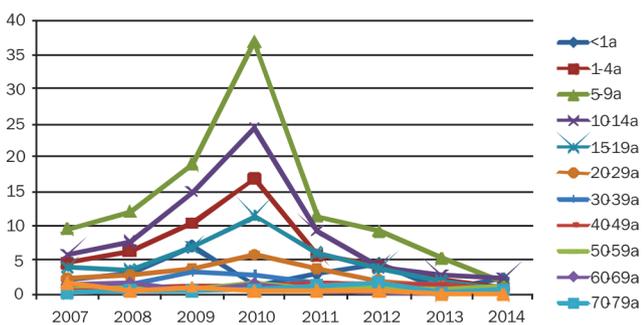
Figura 9 - Casos confirmados de hepatite C por fontes de infecção/fatores de risco, RS, 2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

Na Figura 10, observamos uma série histórica de 2007 a 2014 com os coeficientes de incidência de casos de hepatite A, pelas faixas etárias. Na abscissa apresentamos os anos e na ordenada os coeficientes de incidência por 100.000 habitantes. Ao observarmos a Figura 10, percebemos que as faixas etárias mais atingidas pela hepatite A na maior parte dos anos são: de 5 a 9 anos, de 10 a 14 anos e de 1 a 4 anos. Isso provavelmente se relaciona aos cuidados de higiene mais precários nessas idades.

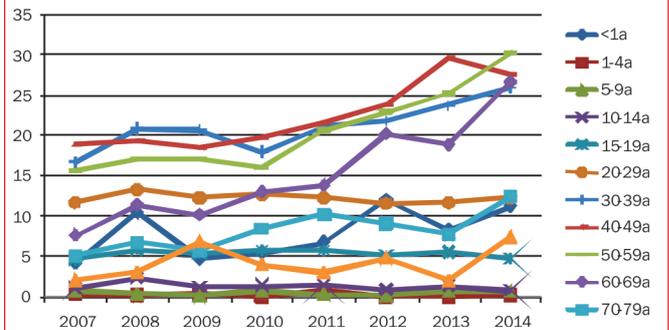
Figura 10 - Coeficientes de incidência dos casos confirmados de hepatite A, por 100.000 habitantes, por faixa etária, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS.DATASUS-CENSO IBGE

Na Figura 11, observamos a série histórica de 2007 a 2014 com os coeficientes de incidência de casos de hepatite B, pelas faixas etárias. Na abscissa apresentamos os anos e na ordenada os coeficientes de incidência por 100.000 habitantes. Ao observarmos a Figura 11, percebemos que as faixas etárias mais atingidas pela hepatite B na maioria dos anos são: 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos. Desde 2010, a faixa etária de 60 a 69 anos tem sido muito atingida também. Os fatores de risco mais identificados nessas faixas etárias mais atingidas são sexo desprotegido e uso de drogas.

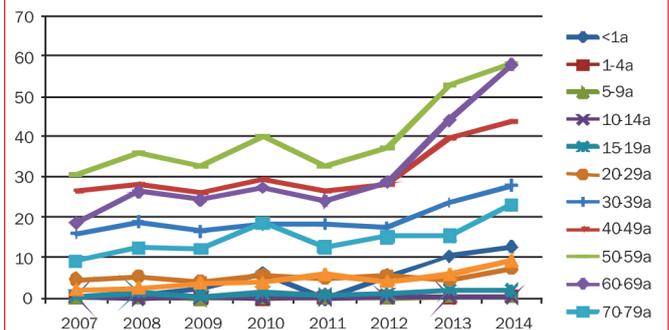
Figura 11 - Coeficientes de incidência dos casos confirmados de hepatite B, por 100.000 habitantes, por faixa etária, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS.DATASUS-CENSO IBGE

Na Figura 12, observamos a série histórica de 2007 a 2014 com os coeficientes de incidência de casos de hepatite C, pelas faixas etárias. Na abscissa apresentamos os anos e na ordenada os coeficientes de incidência por 100.000 habitantes. Ao observarmos a Figura 12, percebemos que as faixas etárias mais atingidas para hepatite C na maioria dos anos são: 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 a 69 anos. A testagem para hepatite C passou a ser realizada no Brasil no ano de 1993, por isso, pessoas com mais de 40 anos são mais prováveis de terem adquirido hepatite C nos anos 80 e 90 e não saberem. Isso pode ter acontecido principalmente por contato com sangue contaminado, como transfusões, cirurgias e compartilhamento de seringas. Por isso, o foco do Ministério da Saúde e do Programa Estadual de Hepatites do RS é testar as pessoas com mais de 40 anos para hepatite C.

Figura 12 - Coeficientes de incidência dos casos confirmados de hepatite C, por 100.000 habitantes, por faixa etária, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS.DATASUS-CENSO IBGE

A Tabela 3 apresenta o número de casos e os coeficientes de incidência das hepatites A, B e C por faixa etária para o ano de 2014. Destacamos os coeficientes que atingiram valores iguais ou maiores que o do Estado como um todo. No caso da hepatite A, as faixas etárias mais atingidas permanecem sendo as infantis, até 14 anos. Como é um agravo que ocorre por surtos também, temos nesse ano uma incidência mais elevada na faixa etária de 50 a 59 anos. No caso das hepatites B e C, as faixas etárias mais atingidas são as mesmas: 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 a 69 anos. Essas faixas condizem com os fatores de risco (sexo sem proteção, uso de drogas e procedimentos com instrumental não esterilizado), além disso, são faixas etárias em que as pessoas realizam testagens para controle de sua saúde, o que, por sua vez, adultos mais jovens nem sempre fazem.

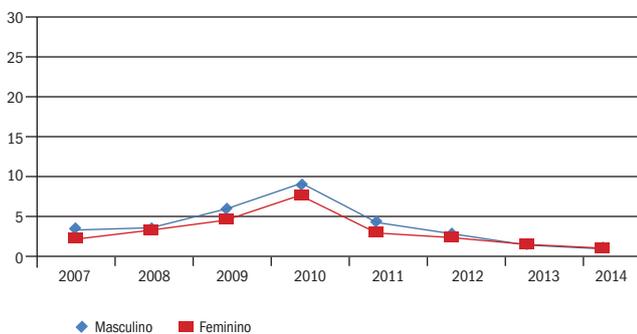
Tabela 3 - Casos e coeficientes de incidência, por 100.000 habitantes, das hepatites virais A, B e C, por faixa etária, RS, 2014

Faixa etária	Hepatite Viral A		Hepatite Viral B		Hepatite Viral C	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
<1 ano	3	2,3	15	11,3	17	12,8
1-4 anos	5	1,0	1	0,2	3	0,6
5-9 anos	13	1,8	5	0,7	5	0,7
10-14 anos	20	2,3	7	0,8	4	0,5
15-19 anos	5	0,6	42	4,8	17	1,9
20-29 anos	13	0,7	218	12,3	133	7,5
30-39 anos	11	0,7	407	26,0	440	28,1
40-49 anos	9	0,6	428	27,7	683	44,2
50-59 anos	16	1,2	389	30,2	756	58,8
60-69 anos	5	0,6	217	26,7	474	58,3
70-79 anos	3	0,7	56	12,4	106	23,5
>80 anos	0	0,0	15	7,4	19	9,4

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS. DATASUS - estimativa populacional do IBGE

Na Figura 13, apresentamos uma série histórica de 2007 a 2014 com os coeficientes de incidência de casos de hepatite A, por sexo. Podemos observar que a distribuição por sexo é praticamente equânime.

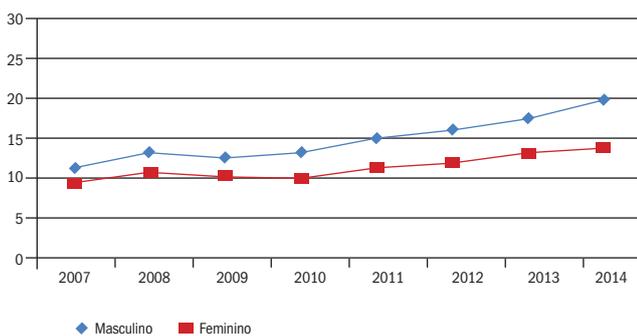
Figura 13 - Coeficientes de incidência dos casos confirmados de hepatite A, por 100.000 habitantes, por sexo, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS. DATASUS-CENSO IBGE

Na Figura 14, apresentamos uma série histórica de 2007 a 2014 com os coeficientes de incidência de casos de hepatite B, por sexo. Podemos observar a preponderância do sexo masculino.

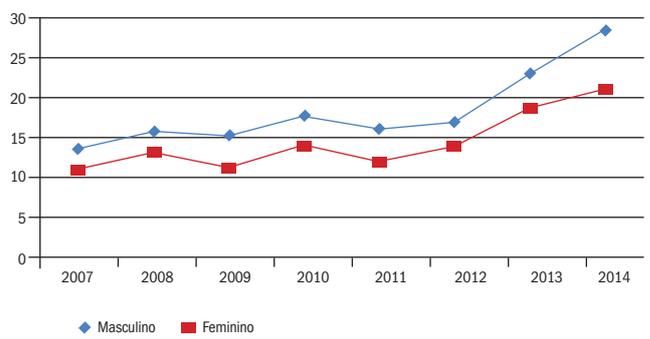
Figura 14 - Coeficientes de incidência dos casos confirmados de hepatite B, por 100.000 habitantes, por sexo, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS. DATASUS-CENSO IBGE

Na Figura 15, apresentamos uma série histórica de 2007 a 2014 com os coeficientes de incidência de casos de hepatite C, por sexo. Podemos observar preponderância do sexo masculino.

Figura 15 - Coeficientes de incidência dos casos confirmados de hepatite C, por 100.000 habitantes, por sexo, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS. DATASUS-CENSO IBGE

Na Tabela 4, observamos os casos confirmados e os coeficientes de incidência das hepatites A, B e C por sexo no ano de 2014. As proporções permanecem as mesmas das séries históricas apresentadas nas Figuras 13, 14 e 15, demonstrando que os fatores de risco da hepatite A expõem da mesma forma os dois grupos (exposição à água e a alimentos contaminados), porém os fatores de risco das hepatite B e C expõem mais o sexo masculino (sexo desprotegido, uso de drogas, outros meios de contato com sangue contaminado).

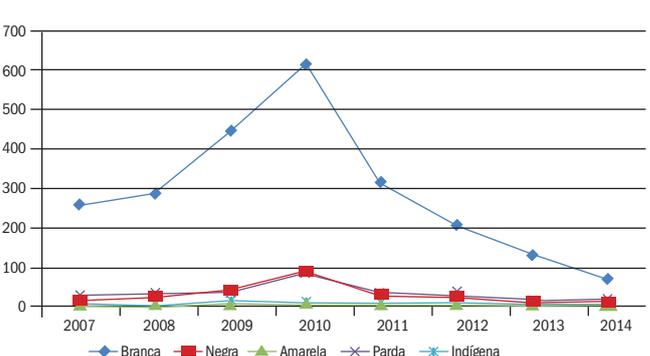
Tabela 4 - Casos e coeficientes de incidência, por 100.000 habitantes, das hepatites virais A, B e C, por sexo, RS, 2014

	Masculino		Feminino	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Hepatite Viral A	52	1,0	51	0,9
Hepatite Viral B	1.035	19,7	765	13,8
Hepatite Viral C	1.494	28,5	1.163	21,0

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS. DATASUS-CENSO IBGE

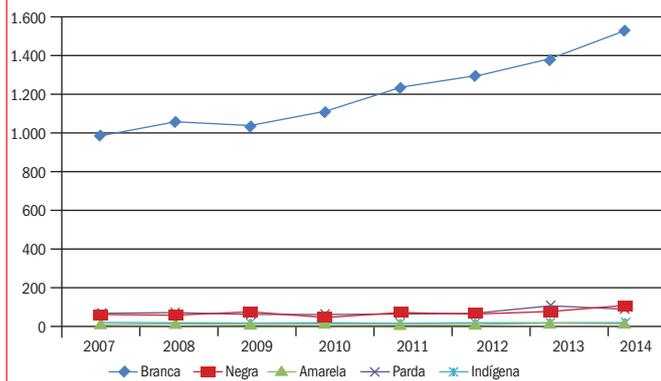
Nas Figuras 16, 17 e 18, observamos o número absoluto de casos confirmados de hepatites A, B e C respectivamente, por raça, em uma série histórica de 2007 a 2014. Nessas figuras, não foram realizadas as análises por coeficiente de incidência devido à indisponibilidade da população estratificada por raça nos dados fornecidos pelo DATASUS. É notório o predomínio da raça branca em todas as hepatites. Isso pode se dever simplesmente por esses agravos não apresentarem predileção por raça e pelo predomínio da raça branca na população do RS (83,23% da população do RS é autodeclarada branca segundo CENSO 2010).

Figura 16 - Nº absoluto de casos confirmados de hepatite A, por raça, RS, 2007-2014.



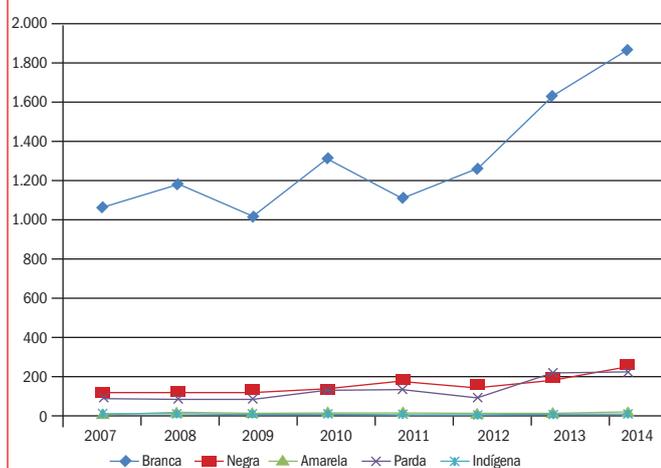
Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

Figura 17 - N° absoluto de casos confirmados de hepatite B, por raça, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

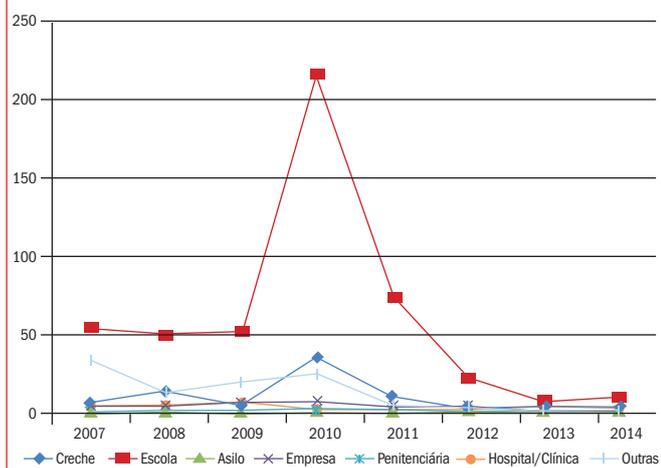
Figura 18 - N° absoluto de casos confirmados de hepatite C, por raça, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

Na Figura 19, observamos o número absoluto de casos confirmados de hepatite A, ocorridos em pacientes que pertenciam a instituições, em uma série histórica de 2007 a 2014. Nessa figura, não foi realizada a análise por coeficiente de incidência devido impossibilidade de estimar a população que é considerada institucionalizada ou que frequenta instituições na maior parte do seu dia. Nessa figura, observamos uma predominância de casos confirmados de hepatite A em escolas entre os pacientes considerados institucionalizados, nessa série histórica.

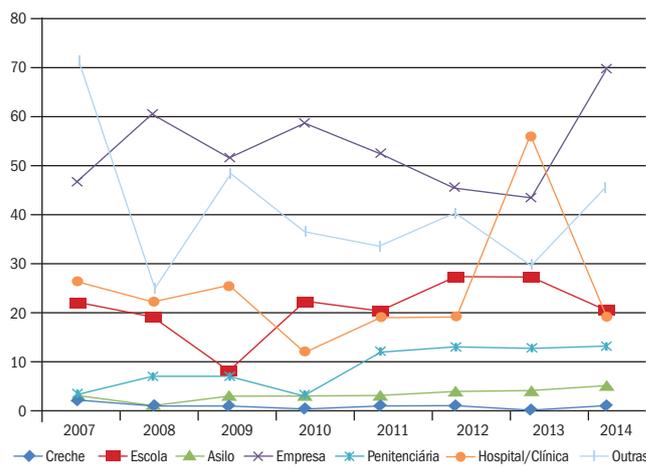
Figura 19 - N° absoluto de casos confirmados de hepatite A, em pacientes institucionalizados, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

Na Figura 20, observamos o número absoluto de casos confirmados de hepatites B, ocorridos em pacientes que pertenciam a instituições, em uma série histórica de 2007 a 2014. Nessa figura, não foi realizada a análise por coeficiente de incidência devido à impossibilidade de estimar a população que é considerada institucionalizada ou que frequenta instituições na maior parte do seu dia. Na figura 20, observa-se uma predominância de casos confirmados de hepatite B em empresas, outras instituições não especificadas e escolas, entre os pacientes considerados institucionalizados, nessa série histórica. Em 2013, ocorreu um aumento importante de casos em clínicas devido a um surto ocorrido em um município específico do Estado.

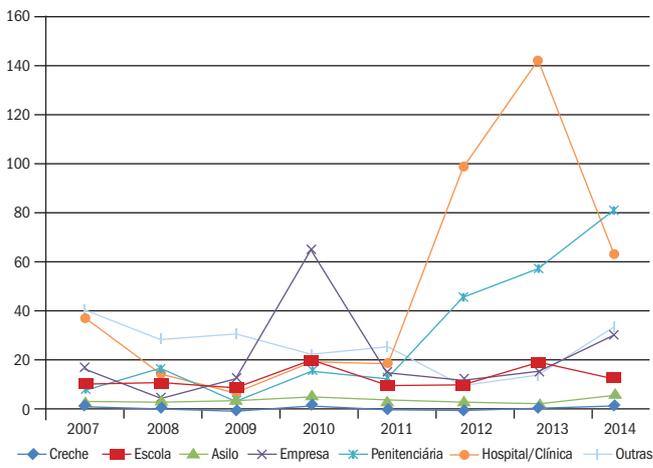
Figura 20 - N° absoluto de casos confirmados de hepatite B, em pacientes institucionalizados, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

Na Figura 21, observamos o número absoluto de casos confirmados de hepatite C, ocorridos em pacientes que pertenciam a instituições, em uma série histórica de 2007 a 2014. Na Figura 21, não foi realizada a análise por coeficiente de incidência devido impossibilidade de estimar a população que é considerada institucionalizada ou que frequenta instituições na maior parte do seu dia. Na Figura 21, observamos que não há uma predominância de instituição em todos os anos, ocorrem surtos esporádicos em anos específicos, como em uma empresa em 2010, e um grande surto em uma clínica de hemodiálise em um município do RS em 2013.

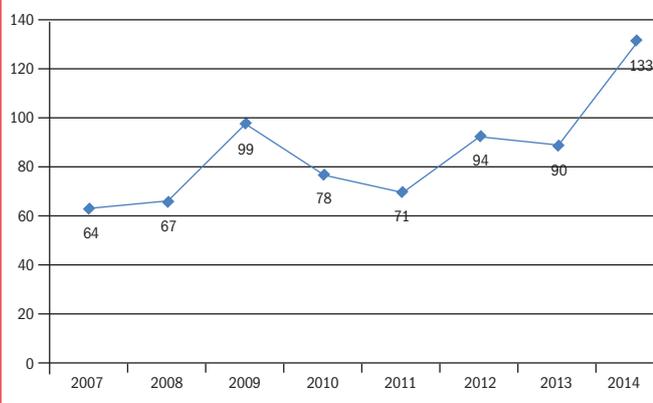
Figura 21 - N° absoluto de casos confirmados de hepatite C, em pacientes institucionalizados, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

Na Figura 22, observamos o número absoluto de casos de HIV em pacientes que têm diagnóstico confirmado de hepatite B. Cabe salientar que esse número de coinfectados deve ser bem maior, pois muitos pacientes não sabem seu diagnóstico de HIV quando são notificados com hepatite B, de qualquer forma, a tendência é de aumento nos casos de coinfeção.

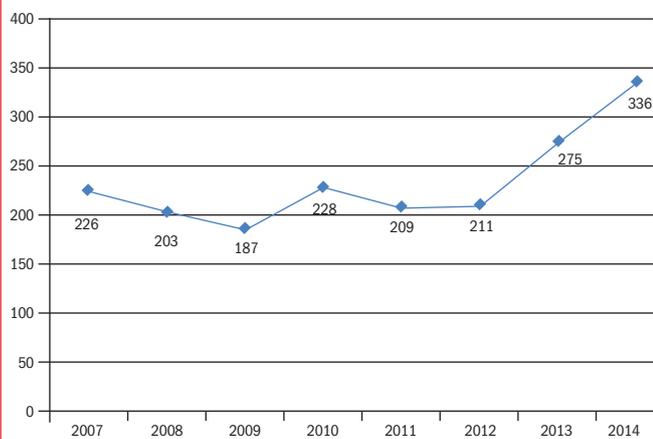
Figura 22 - N° absoluto de casos confirmados de hepatite B, em pacientes HIV positivos, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

Na Figura 23, observamos o número absoluto de casos de HIV em pacientes que têm diagnóstico confirmado de hepatite C. Cabe salientar que esse número de coinfectados deve ser bem maior, pois muitos pacientes não sabem seu diagnóstico de HIV quando são notificados com hepatite C, de qualquer forma, a tendência é de aumento nos casos de coinfeção.

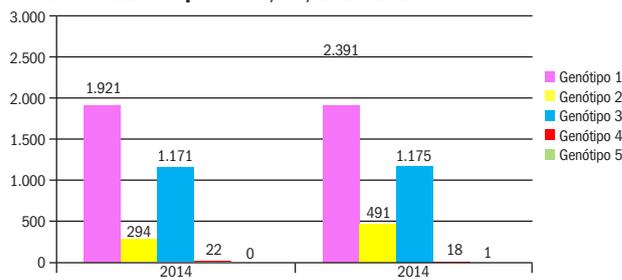
Figura 23 - N° absoluto de casos confirmados de hepatite C, em pacientes HIV positivos, RS, 2007-2014.



Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS

A hepatite C pode ser classificada pelos tipos de genótipos do vírus (de 1 a 5). Esse dado é muito importante, pois o tratamento para esse agravo é definido por essa classificação, além disso, os estados do Brasil possuem proporções de genotipagens diferentes, o que faz com que o Ministério da Saúde planeje estratégias de tratamento particulares para cada estado. Na Figura 24, observamos que dos 3.408 genótipos detectados pelo SUS em 2014, 56,37% (1.921) são genótipo tipo 1 e 34,36% (1.171) são genótipo tipo 3. Em 2015, manteve-se essa mesma proporção nos 4.066 genótipos detectados, sendo 58,55% (2.381) do genótipo tipo 1 e 28,90% (1.175) do genótipo tipo 3.

Figura 24 - Quantitativo de genótipos* de hepatite C obtidos nos exames realizados pelo SUS, RS, 2014-2015.



*Os poucos casos de mosaico (2 genótipos encontrados no mesmo paciente) foram contabilizados para os dois genótipos separadamente.
Fonte: Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial/RS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Estadual de Hepatites Virais do RS vem trabalhando incansavelmente, em parceria com o MS e os municípios do Estado, para melhorar a prevenção e o diagnóstico das hepatites virais. Através de campanhas educativas e de vacinação, distribuição de materiais de divulgação, distribuição de preservativos e ações específicas para grupos mais vulneráveis como, por exemplo, a população privada de liberdade e os usuários de drogas. Não esquecendo da universalização da vacina contra a hepatite B em 2016, passando a ser ofertada a toda a população.

De modo geral as hepatites virais são assintomáticas na fase aguda, o que torna seu diagnóstico mais difícil e tardio, por isso, o PEHV tem embasado suas ações no diagnóstico precoce objetivando aumentar a detecção dos casos de hepatites no RS, especialmente das hepatites B e C.

O Estado do RS está em fase de implantação da testagem rápida para hepatites B e C em todos os seus municípios. Essa estratégia tem se mostrado cada vez mais efetiva na detecção desses agravos.

Em meados de 2015, passou a vigorar o novo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para hepatite C e coinfectados. Este tratamento veio substituir a terapia com inibidores de protease, com expectativa de cura em torno de 60% e muitos eventos adversos à medicação, pelo tratamento oral com antivirais de ação direta, com expectativa de cura em torno de 90% e apenas eventos adversos mínimos aos medicamentos.

Em relação ao tratamento da hepatite B, existe a previsão do MS para que um novo PCDT seja disponibilizado pelo SUS em 2016.

Ressaltamos que as hepatites B e C raramente causam uma infecção aguda sintomática. Os sintomas são inespecíficos e autolimitados, sendo a infecção dificilmente diagnosticada na fase inicial. Em geral, a infecção desencadeia um processo degenerativo discreto e progressivo, culminando com fibrose e cirrose hepática anos após a exposição ao agente infeccioso, podendo resultar em câncer de fígado e na necessidade de um transplante hepático. Nesse sentido, a prevenção e o diagnóstico precoce são nossos principais aliados na luta contra as hepatites virais.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>>.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Dados do Programa Estadual de Hepatites Virais do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: CEVS, 2015.
- Palavras-chave:** Vigilância Epidemiológica. Hepatite. Hepatite Viral Humana. Hepatite A. Hepatite B. Hepatite C. Sistemas de Informação. Notificação de Doenças. Rio Grande do Sul.

TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS – 2015

Agravos Relacionados ao Trabalho em Agentes Comunitários de Saúde Notificados no Rio Grande do Sul

Virgínia Dapper¹; Luciana Nussbaumer¹

¹ Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador/CEVS/SES/RS
E-mail: trabalhador-cevs@saude.rs.gov.br

Trabalho apresentado no 13º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, Local: Natal, RN, 8 a 12 de julho de 2015.

INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado pelo Ministério da Saúde, visando contribuir para melhor qualidade de vida da população. O agente comunitário de saúde (ACS) é parte da equipe Saúde da Família e, entre as suas principais atribuições, estão: realizar mapeamento de sua área; cadastrar as famílias; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde; realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Com relação à Saúde do Trabalhador, o ACS deveria reconhecer e identificar os processos produtivos instalados no seu território e estabelecer as relações entre essas atividades e as queixas, demandas e problemas de saúde das famílias.

Além disso, por meio das visitas domiciliares, conhece quem são os trabalhadores residentes na área de atuação das equipes, suas condições de vida e saúde, bem como as situações de vulnerabilidade e risco a que estão expostos.

Mas é importante não esquecer que o ACS também é um trabalhador. Assim, é fundamental que ele reconheça de que modo o trabalho afeta sua saúde, facilitando o entendimento do trabalho como um dos condicionantes de saúde.

OBJETIVOS

Na tentativa de explicitar o impacto das condições e dos processos de trabalho na saúde dos ACSs, este trabalho buscou analisar o perfil das doenças e acidentes relacionados ao trabalho, notificados no Sistema de Informações de Saúde do Trabalhador (SIST), no período de 2012 a 2014, no RS.

MÉTODOS

Os dados do SIST foram obtidos e analisados utilizando as informações e os instrumentos de análise disponíveis na página do Sistema de Análise de Dados do próprio sistema (<https://san.procergs.rs.gov.br/apl/san/default>).

asp). Foram analisadas as variáveis: sexo, faixa etária, raça, escolaridade, tipo de agravo, local de ocorrência, zona (urbana/rural), diagnóstico e situação causadora.

RESULTADOS

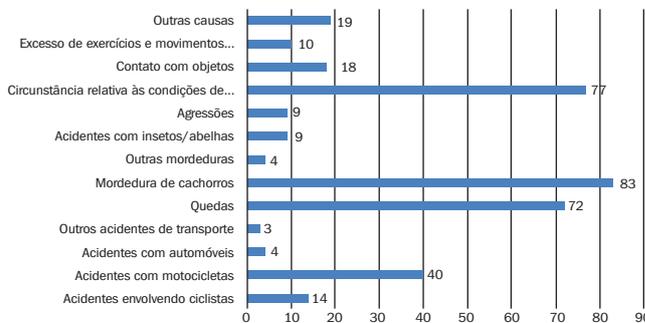
No período de 2012 a 2014, foram notificados no Sistema de Informações de Saúde do Trabalhador, no Rio Grande do Sul, 362 agravos em agentes comunitários de saúde, sendo que 290 (80,11%) foram acidentes de trabalho (AT) e 72 (19,89%) doenças relacionadas ao trabalho (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos agravos relacionados ao trabalho acometendo ACSs, notificados no SIST/RS, por tipo de agravo, 2012 a 2014

Tipo de agravo	n	%
Acidentes graves	13	3,59
Acidentes com material biológico	12	3,31
Outros acidentes	265	73,20
Dermatoses ocupacionais	2	0,55
Transtorno mental	2	0,55
LER/DORT	6	1,66
Outras doenças	62	17,13
Total	362	100

Fonte: SIST/RS

Figura 25 - Distribuição dos agravos relacionados ao trabalho acometendo ACSs, notificados no SIST/RS, por situação causadora, 2012 a 2014.



Fonte: SIST/RS

Entre os agravos relacionados ao trabalho, 51,38% ocorreram no local de trabalho e 22% no trajeto. Quanto ao sexo, 87,84% pertenciam ao sexo feminino e quanto à raça 78,18% eram brancos.

Na faixa etária de 30 a 49 anos, houve maior número de ocorrências (61,6%). Referente à escolaridade, 61,6% possuíam o ensino médio completo. Na zona urbana, ocorreram 69,34% dos agravos.

Entre os acidentes de trabalho, os principais foram os traumatismos, sendo que mais da metade (53,1%) acometeram membros inferiores. Referente à situação causadora dos acidentes de trabalho, 28,6% foram causados por ataques de cães e 24,2% por quedas.

Entre as doenças relacionadas ao trabalho, as mais encontradas foram as lesões por esforço repetitivo/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) (56,9%) seguidas dos Transtornos mentais (35,21%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar e divulgar o perfil de acidentes e doenças relacionados ao trabalho dos ACSs representa um importante instrumento para conhecer e intervir no processo de saúde-doença desses trabalhadores, buscando a promoção do trabalho saudável na sua integralidade. É fundamental que estas informações subsidiem o planejamento e a otimização das ações e dos processos de trabalho destes trabalhadores, que são essenciais para garantir a prevenção dos diferentes agravos relacionados ao trabalho nos territórios.

Seria indicado também criar espaços institucionais específicos para os ACSs, para a reflexão e escuta sobre as condições de trabalho, no intuito de se prevenir o adoecimento desta categoria, melhorando seu bem-estar e qualidade de vida.

Palavras-chave: Acidentes de Trabalho. Agentes Comunitários de Saúde. Doenças Ocupacionais. Saúde do Trabalhador. Rio Grande do Sul.

Experiência Exitosa na Implantação da Testagem Rápida das Hepatites no Rio Grande do Sul

Danielle Pinheiro Muller¹, Ética Bortoli¹, Helena de Medeiros Terra Ramos¹, Henrique Trevizan², Ivone Castro Soares¹, Maria de Fátima Freitas Korndorfer¹, Roque da Conceição¹

¹ Programa Estadual para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. CEVS/SES-RS

E-mail: hepatites@saude.rs.gov.br

² Escola de Saúde Pública. SES-RS

Trabalho apresentado no 10º Congresso de HIV/AIDS e 3º Congresso de Hepatites Virais - Novos Horizontes, Novas Respostas, Local: João Pessoa/PB, 17 a 20 de novembro de 2015.

INTRODUÇÃO

Os testes rápidos das hepatites B e C foram inicialmente implantados em 2012 nos Centros de Testagem e Aconselhamento do RS para facilitar a triagem desses agravos.

OBJETIVO

O objetivo desta implementação foi aumentar o acesso da população aos diagnósticos, possibilitando inclusive testagens fora das Unidades de Saúde.

METODOLOGIA

A implantação iniciou com a elaboração de um plano de capacitações que atingisse os serviços de saúde do SUS.

Em 2012, o RS contava apenas com 5 monitores capacitados pelo Ministério da Saúde, o que tornaria impraticável a estratégia de multiplicar o conhecimento através desses profissionais. Optou-se então por criar uma rede de apoiadores que repassariam as informações de forma uniformizada. Técnicos das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde foram capacitados, enfatizando-se o diagnóstico, prevenção, rotinas, aconselhamento pré e pós-teste e técnicas práticas. Esses profissionais transmitiram as informações aos municípios de sua abrangência regional, os quais repassaram aos seus serviços de saúde. Essa multiplicação foi realizada pelos servidores da vigilância epidemiológica, com apoio dos profissionais da atenção básica.

RESULTADOS

Essas capacitações escalonadas, além de ampliarem a triagem desses agravos, reascenderam a importância do monitoramento das hepatites virais no Estado. Atualmente 357 municípios dos 497 existentes no RS já estão realizando essas testagens, representando 71,83% do Estado. Em 2012, antes do início dessa estratégia, eram realizados 100 testes por mês, já em 2014 foram realizados 148.186 testes. Devido ao número insuficiente de profissionais na gestão estadual, tornam-se imprescindíveis ações de multiplicação de conhecimentos escalonadas e eficientes.

CONCLUSÕES

O êxito dessa estratégia foi múltiplo:

- ampliação considerável do acesso diagnóstico;
- aumento do número de notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- maior divulgação dos métodos de prevenção das hepatites virais nos serviços de saúde;

Além disso, novas capacitações vêm sendo programadas nesses mesmos moldes, como de análise epidemiológica do SINAN através do Tabwin e de encerramentos adequados e oportunos de casos de hepatites virais no SINAN.

Palavras-chave: Hepatite. Capacitação. Vigilância Epidemiológica. Rio Grande do Sul.

Perfil dos Acidentes de Trabalho Notificados no Rio Grande do Sul em 2014

Virgínia Dapper¹, Luciana Nussbaumer¹, Jéssica Knisspel¹, Adriana Paz¹

¹ DVST/CEVS/SES/RS,UFCSPA
E-mail: virginia-dapper@saude.rs.gov.br

Resumo do trabalho apresentado como Comunicação Oral no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Goiânia, 2015.

A Secretaria Estadual de Saúde do RS implantou, em 2000, o Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST/RS), tornando de notificação compulsória todos os agravos relacionados ao trabalho. Nesse sistema, as notificações são geradas em qualquer unidade de saúde, por meio do Relatório Individual de Notificação de Agravado (RINA). A partir de 2004, o Ministério da Saúde incluiu a notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho, em uma rede de serviços sentinela, e em junho de 2014 tornou os acidentes de trabalho graves de notificação universal. Portanto, no RS, os acidentes de trabalho graves devem ser notificados no SINAN e os não graves no SIST.

Este estudo analisou o perfil dos acidentes de trabalho notificados no SIST e no SINAN, em 2014. Foram analisados: sexo, faixa etária, escolaridade, vínculo empregatício, zona de ocorrência, tipo de acidente, atividade econômica e desfecho.

Foram notificados através do RINA 3.435 acidentes de trabalho graves, 34.127 acidentes de trabalho não graves e 1.441 acidentes de trabalho com exposição a material biológico. No SINAN, foram notificados 1.562 acidentes graves e 2.811 acidentes com material biológico, totalizando 43.376 acidentes em 2014 (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos acidentes de trabalho notificados no Rio Grande do Sul, por tipo de acidente e sistema de notificação, 2014

	SIST	SINAN	Total
Acidentes de trabalho graves	3.435	1.562	4.997
Acidentes de trabalho com exp material biológico	1.441	2.811	4.252
Outros acidentes de trabalho	34.127		34.127
Total	39.003	4.373	43.376

Fonte: SIST/RS e SINAN/MS

Do total, 68 % acometeram o sexo masculino. Entre 18 a 29 anos, houve maior nº de ocorrências (37,46%), chamando atenção para 847 acidentes acometendo menores de 18 anos (Tabela 7).

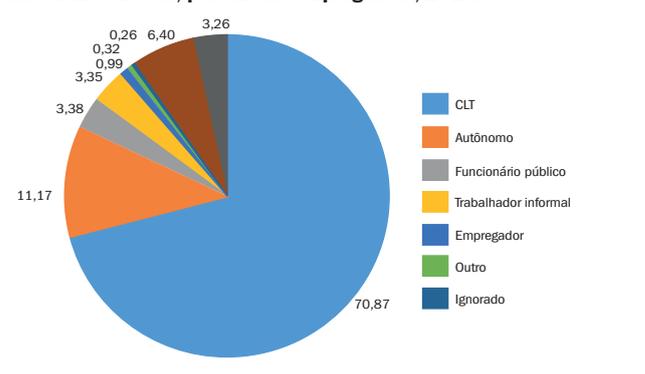
Tabela 7 - Distribuição dos acidentes de trabalho notificados no Rio Grande do Sul, por faixa etária, 2014

Faixa etária	Total	%
menos de 13 anos	11	0,03
de 14 a 15 anos	92	0,21
de 16 a 17 anos	744	1,72
de 18 a 29 anos	16.249	37,46
de 30 a 39 anos	11.632	26,82
de 40 a 49 anos	8.130	18,74
de 50 a 59 anos	4.812	11,09
de 60 a 65 anos	1.123	2,59
de 66 a 70 anos	316	0,73
mais de 70 anos	267	0,62
Total	43.376	100

Fonte: SIST/RS e SINAN/MS

Referente à escolaridade, quase a metade (44,57%) tem o ensino fundamental incompleto. Mais da metade (70,87%) dos agravos atingiram celetistas (Figura 26).

Figura 26 - Distribuição dos acidentes de trabalho notificados no Rio Grande do Sul, por vínculo empregatício, 2014.



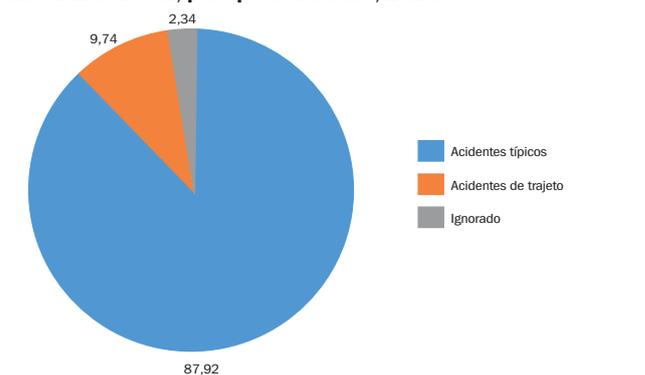
Fonte: SIST/RS e SINAN/MS

Referente à zona de ocorrência, 79,3% dos agravos ocorreram na zona urbana e 13,28% na rural, com 7,34% de casos com zona ignorada.

Quanto ao tipo do acidente, 87,92% foram típicos e 9,74% de trajeto (Figura 27). 153 casos evoluíram para óbito.

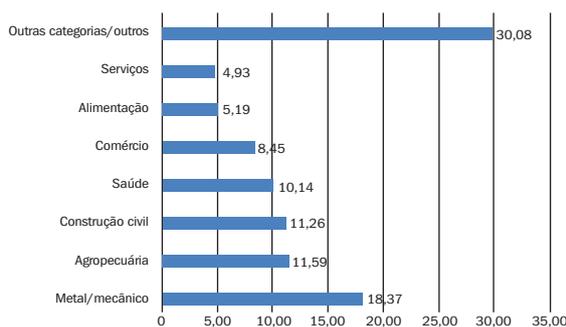
Nos grupos de atividades econômicas metal/mecânica, agropecuária e construção civil, ocorreu o maior número de notificações (Figura 28).

Figura 27 - Distribuição dos acidentes de trabalho notificados no Rio Grande do Sul, por tipo de acidente, 2014.



Fonte: SIST/RS e SINAN/MS

Figura 28 - Distribuição dos acidentes de trabalho notificados no Rio Grande do Sul, por atividade econômica, 2014.



Fonte: SIST/RS e SINAN/MS

A presença de agravos acometendo menores de 18 anos reforça a necessidade de implantação e qualificação de programas de erradicação do trabalho infantil e de proteção aos aprendizes e jovens trabalhadores.

O SINAN ainda apresenta um número reduzido de notificações quando comparado ao SIST. Vários fatores podem explicar essa realidade, entre eles, o SINAN notifica acidentes graves, com material biológico, intoxicações de forma universal e os demais agravos em serviços sentinelas; o SIST tem uma trajetória mais antiga com processo de capacitação mais intensivo desde a sua implantação; o SIST apresenta um formulário único para todos os agravos, e o SINAN é um modelo de ficha para cada tipo de agravo; o formulário do SIST tem um número reduzido de campos quando comparados às fichas do SINAN.

Tanto o SIST/RS como o SINAN representam um avanço na implantação efetiva da Saúde do Trabalhador no SUS e importante instrumento para conhecer e intervir no processo de saúde-doença dos trabalhadores, buscando a promoção de um ambiente de trabalho saudável como, por exemplo, priorizar nas ações de vigilância as atividades econômicas identificadas como tendo maior número de agravos relacionados ao trabalho.

É fundamental que as informações disponíveis sejam analisadas e divulgadas de forma integrada, subsidiando assim o planejamento e otimização das ações de vigilância em saúde e colaborando na prevenção dos diferentes agravos relacionados ao trabalho.

REFERÊNCIAS

CORREA, M. J. M. et al. **A vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador no SUS: um desafio à organização e à integralidade da atenção.**

DAPPER, V.; NUSSBAUMER, L.; KALIL, F.B. **Agravos relacionados ao trabalho notificados no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador, Rio Grande do Sul, 2006.**

FACCHINI, L. M. et al. **A vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador no SUS: um desafio à organização e à integralidade da atenção.** In: COLETÂNEA DE TEXTOS DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 40.222, de 02 de agosto de 2000. Institui o sistema de informações em saúde do trabalhador e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 3 ago. 2000. p. 1.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde do Trabalhador. Acidentes de Trabalho. Relatórios. Sistemas de Informação em Saúde. Rio Grande do Sul.

Perfil Epidemiológico da Hepatite C no Rio Grande do Sul

Danielle Müller¹, Érica Bortoli¹, Helena Ramos¹, Henrique Trevizan², Maria de Fátima Korndorfer¹, Roque da Conceição¹

¹ Programa Estadual para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. SES-RS

E-mail: hepatites@saude.rs.gov.br

² Escola de Saúde Pública. SES-RS

Trabalho apresentado no IX Simpósio Sul-Americano do Aparelho Digestivo, Local: Porto Alegre/RS, 23 a 25 de julho de 2015.

INTRODUÇÃO

A hepatite C é uma doença causada pelo vírus com mesmo nome (VHC), que se transmite principalmente por contato parenteral, mas também por exposição sexual. A transmissão vertical também é uma possibilidade, geralmente no momento do parto. A hepatite C pode ser considerada aguda se ocorrer até 6 meses após a exposição ao vírus. Para muitas pessoas, a infecção aguda evolui para crônica, podendo levar a complicações severas e até fatais.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Os casos notificados de hepatite C no RS em uma série histórica de 2007 a 2014 constam na Tabela 8.

Tabela 8 - Casos e coeficientes de detecção de hepatite C (por 100.000 habitantes), RS, 2007-2014

Ano	Hepatite Viral C	
	Casos	Coef.
2007	1.248	11,26
2008	1.429	13,16
2009	1.297	11,88
2010	1.546	14,46
2011	1.309	12,24
2012	1.427	13,24
2013	2.141	19,87
2014	2.344	21,76

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

As faixas etárias mais acometidas entre 2007 e 2013 foram de 30 a 59 anos e em 2014 foi de 40 a 69 anos.

A distribuição dos casos notificados de hepatite C, RS, em 2014, por faixa etária, consta na Tabela 9.

Tabela 9 - Frequência de casos de hepatite C por faixa etária, RS, 2014

Faixa etária	Hepatite Viral C
< 1 ano	15
1 - 4 anos	4
5 - 9 anos	4
10 - 14 anos	3
15 - 19 anos	12
20 - 29 anos	118
30 - 39 anos	408
40 - 49 anos	602
50 - 59 anos	654
60 - 69 anos	418
70 - 79 anos	89
> 80 anos	17

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

Quanto à distribuição por sexo, de 2007 a 2014, houve preponderância do sexo masculino, variando de 52 a 57%. A Tabela 10 mostra a distribuição por sexo dos casos notificados de hepatite C, RS, em 2014.

Tabela 10 - Frequência de casos de hepatite C, por sexo, RS, 2014

	Masculino	Feminino
Hepatite Viral C	1.330	1.014

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

Quanto às prováveis fontes de infecção, em todos os anos, as mais referidas foram a transmissão por transfusão sanguínea e a transmissão por uso de drogas. Infelizmente muitos casos notificados têm essa informação ignorada. A Tabela 11 mostra a frequência de notificações, por fonte de infecção no RS em 2014.

Tabela 11 - Frequência de casos de hepatite C, por provável fonte de infecção, RS, 2014

Fonte de infecção	Hepatite Viral C
Sexual	233
Transfusional	275
Uso de drogas	406
Vertical	6
Acidente de trabalho	10
Hemodiálise	9
Domiciliar	12
Tratamento cirúrgico	155
Tratamento dentário	45
Ignorado/branco	1.193

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

A Tabela 12 apresenta a frequência de casos de coinfeção de hepatite C e HIV, com comprovação por laboratório, RS, em 2014.

Tabela 12 - Frequência de casos de coinfeção hepatite C e HIV, RS, 2014

Ano	Hepatite Viral C	
	Nº total de casos notificados de hepatite C	Nº de casos de coinfeção HIV+VHC
2007	1.248	223
2008	1.429	198
2009	1.297	183
2010	1.546	219
2011	1.309	201
2012	1.427	195
2013	2.141	264
2014	2.344	302

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

CONCLUSÃO

Observamos um acréscimo no número de casos de hepatite C no RS e no número de pacientes coinfectados com HIV também. A via de transmissão transfusional foi a mais referida; só em 1993 se iniciou a triagem para hepatite C nos bancos de sangue e ainda hoje portadores crônicos de hepatite C são diagnosticados. A segunda via de transmissão mais notificada foi por uso de drogas, o que se relaciona diretamente com a transmissão do HIV. A preponderância do sexo masculino é leve, mas consistente.

Palavras-chave: Hepatite C. Transfusão de Sangue. Usuários de Drogas. Vigilância Epidemiológica. Rio Grande do Sul.

Perfil Epidemiológico da Hepatite B no Rio Grande do Sul

Danielle Müller¹, Érica Bortoli¹, Helena Ramos¹, Henrique Trevizan², Maria de Fátima Korndorfer¹, Roque da Conceição¹

¹ Programa Estadual para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. SES-RS

E-mail: hepatites@saude.rs.gov.br

² Escola de Saúde Pública. SES-RS

Trabalho apresentado no IX Simpósio Sul-Americano do Aparelho Digestivo, Local: Porto Alegre/RS, 23 a 25 de julho de 2015.

INTRODUÇÃO

É estimado que 2 bilhões de pessoas no mundo estejam infectadas pelo vírus da hepatite B (VHB) e que mais de 350 milhões de pessoas tenham infecções crônicas por toda a vida.

A transmissão do VHB pode ocorrer pelo sangue (via parenteral, percutânea e vertical), esperma e secreção vaginal (via sexual).

Todos os serviços de saúde são orientados a notificar os casos de hepatites virais (notificação compulsória) no banco de dados do Ministério da Saúde, chamado SINAN.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Os casos notificados de hepatite B no RS em uma série histórica de 2007 a 2014 constam na Tabela 13.

Tabela 13 - Casos e coeficientes de detecção de hepatite B (por 100.000 habitantes), RS, 2007-2014

Ano	Hepatite Viral B	
	Casos	Coef.
2007	1.119	10,10
2008	1.292	11,90
2009	1.241	11,37
2010	1.249	11,68
2011	1.380	12,90
2012	1.483	13,77
2013	1.632	15,15
2014	1.763	16,37

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

As faixas etárias mais acometidas entre 2007 e 2010 foram de 20 a 49 anos e entre 2011 e 2014 foram de 30 a 59 anos.

A distribuição dos casos notificados de hepatite B, RS, em 2014, por faixa etária, consta na Tabela 14.

Tabela 14 - Frequência de casos de hepatite B por faixa etária, RS, 2014

Faixa etária	Hepatite Viral B
< 1 ano	14
1 - 4 anos	1
5 - 9 anos	5
10 - 14 anos	5
15 - 19 anos	42
20 - 29 anos	216
30 - 39 anos	395
40 - 49 anos	422
50 - 59 anos	380
60 - 69 anos	215
70 - 79 anos	53
> 80 anos	15

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

Quanto à distribuição por sexo, de 2007 a 2014, houve preponderância do sexo masculino, variando de 54 a 57%. A Tabela 15 mostra a distribuição por sexo dos casos notificados de hepatite B, RS, em 2014.

Tabela 15 - Frequência de casos de hepatite B, por sexo, RS, 2014

	Masculino	Feminino
Hepatite Viral B	1.011	752

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

Quanto às prováveis fontes de infecção, em todos os anos, a mais relevante foi a sexual. A segunda fonte de infecção mais referida foi a vertical nos anos de 2008, 2010, 2011, 2012 e 2014, a dentária em 2007 e 2009 e a cirúrgica em 2013 conforme Tabela 14. Infelizmente muitos casos notificados têm essa informação ignorada (Tabela 16).

Tabela 16 - Frequência de casos de hepatite B, por provável fonte de infecção, RS, 2014

Fonte de infecção	Hepatite Viral B
Sexual	252
Transfusional	50
Uso de drogas	65
Vertical	118
Acidente de trabalho	2
Hemodiálise	9
Domiciliar	56
Tratamento cirúrgico	63
Tratamento dentário	67
Ignorado/branco	1.180

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

A Tabela 17 mostra a frequência de casos de coinfeção de hepatite B e HIV, com comprovação por laboratório, RS, em 2014.

Tabela 17 - Frequência de casos de coinfeção de hepatite B e HIV, RS, 2014

Ano	Hepatite Viral B	
	Nº total de casos notificados de hepatite B	Nº de casos de coinfeção HIV+VHB
2007	1.119	63
2008	1.292	66
2009	1.241	96
2010	1.249	78
2011	1.380	72
2012	1.483	94
2013	1.632	90
2014	1.763	129

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

CONCLUSÕES

Observamos um acréscimo no número de casos de hepatite B no RS nos últimos anos. As faixas etárias mais acometidas também se deslocaram (de 20 a 49 anos para 30 a 59 anos). A via sexual permanece a mais relevante, seguida da vertical, apesar de as medidas de vacinação para hepatite B e imunoglobulina para os recém-nascidos conferirem proteção contra essa transmissão. Isso nos leva a crer que a detecção no pré-natal não está adequada. A preponderância do sexo masculino é leve, mas consistente. E a coinfeção com HIV provavelmente deve ser bem maior do que a notificada, pois os modos de transmissão dos dois agravos são os mesmos.

Palavras-chave: Hepatite B. Diagnóstico Pré-Natal. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Vigilância Epidemiológica. Rio Grande do Sul.

Perfil Epidemiológico da Hepatite A no Rio Grande do Sul

Danielle Müller¹, Érica Bortoli¹, Helena Ramos¹, Henrique Trevizan², Maria de Fátima Korndorfer¹, Roque da Conceição¹

¹ Programa Estadual para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. SES-RS

E-mail: hepatites@saude.rs.gov.br

² Escola de Saúde Pública. SES-RS

Trabalho apresentado no IX Simpósio Sul-Americano do Aparelho Digestivo, Local: Porto Alegre/RS, 23 a 25 de julho de 2015.

INTRODUÇÃO

A hepatite A é uma doença causada por vírus de mesmo nome e que, geralmente é de resolução espontânea e cuja transmissão é fecal-oral. A mortalidade, causada pela hepatite A fulminante, é rara. Esse agravo está relacionado às condições de saneamento básico, higiene pessoal, qualidade da água e dos alimentos.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Observamos que o número de casos notificados de hepatite A vem decrescendo com o passar dos anos. Em 2010, houve um surto localizado, o que elevou o número de notificações no RS.

Os casos notificados de hepatite A no RS em uma série histórica de 2007 a 2014 constam na Tabela 18.

Tabela 18 - Casos e coeficientes de detecção de hepatite A (por 100.000 habitantes), RS, 2007-2014

Ano	Hepatite Viral A	
	Casos	Coef.
2007	292	2,64
2008	358	3,30
2009	566	5,19
2010	861	8,05
2011	380	3,55
2012	260	2,41
2013	165	1,53
2014	100	0,92

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

As faixas etárias mais acometidas entre 2007 e 2014 foram de 5 a 14 anos, o que pode ser explicado pelo modo de transmissão relacionado à higiene pessoal não eficaz.

A distribuição dos casos notificados de hepatite A, RS, em 2014, por faixa etária, é apresentada na Tabela 19.

Tabela 19 - Frequência de casos de hepatite A por faixa etária, RS, 2014

Faixa etária	Hepatite Viral A
< 1 ano	3
1 - 4 anos	5
5 - 9 anos	13
10 - 14 anos	20
15 - 19 anos	5
20 - 29 anos	12
30 - 39 anos	10
40 - 49 anos	9
50 - 59 anos	16
60 - 69 anos	4
70 - 79 anos	3
> 80 anos	0

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015

Quanto à distribuição por sexo, de 2007 a 2012, houve preponderância do sexo masculino, variando de 51 a 59%; em 2013, houve um leve predomínio do sexo feminino (51%) e em 2014 ambos os sexos apresentaram a mesma representatividade (Tabela 20).

Tabela 20 - Frequência de casos de hepatite A, por sexo, RS, 2014

	Masculino	Feminino
Hepatite Viral A	1.330	1.014

Fonte: SINAN/CEVS/SES-RS até o dia 01/06/2015.

IMUNIDADE

A imunidade para o vírus da hepatite A é duradoura e específica e pode ser adquirida pela infecção com o vírus ou pela vacina, sendo indistinguíveis ao perfil sorológico.

A vacina de hepatite A passou a fazer parte do calendário básico de vacinação infantil do Brasil em julho de 2014, sendo recomendada dose única para crianças de 1 ano a 2 anos incompletos. A cobertura vacinal de 2014 foi de 127,80%, o que demonstra uma excelente adesão, com a vacinação de 88.780 crianças.

CONCLUSÕES

A melhoria do saneamento básico e a instituição da vacinação para crianças, ocorrerá um decréscimo importante da incidência de hepatite A no RS nos próximos anos.

A conscientização de adequados hábitos de cuidados pessoais e de higiene constituem as melhores maneiras de controle desse agravo.

Palavras-chave: Hepatite A. Vigilância Epidemiológica. Saneamento Básico. Programas de Imunização. Rio Grande do Sul.

Número de casos das doenças de notificação compulsória, por CRS de residência, RS, 2014-2015*

C R S	Doença Menin- gocócica ⁽¹⁾		Coqueluche ⁽¹⁾		Influenza ⁽¹⁾		Tuberculose ⁽²⁾		Hanseníase ⁽²⁾		Hepatite B ⁽¹⁾		Hepatite C ⁽¹⁾		Atendimento Antirrábico ⁽³⁾		Acidente por Animais Peçonhentos ⁽³⁾		Violências ⁽³⁾	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
1 ^a	22	27	47	10	228	435	820	748	13	15	254	238	528	411	5556	4399	366	441	1220	1487
2 ^a	41	47	67	30	1317	1510	2252	2287	24	16	386	433	1228	1271	10829	7534	221	180	2381	3193
3 ^a	2	1	6	3	66	43	409	458	2	5	22	33	146	432	3259	1856	212	282	331	356
4 ^a	3	4	20	14	5	1	156	124	12	7	34	33	119	98	2147	1346	121	126	936	994
5 ^a	4	3	19	11	68	39	240	285	15	5	273	289	150	171	4107	3220	993	937	2930	2748
6 ^a	3	4	67	39	21	79	178	168	3	9	239	216	86	97	1897	1501	824	857	1875	1907
7 ^a	1	0	0	2	15	15	58	51	2	2	14	7	72	88	406	233	8	8	216	287
8 ^a	1	0	2	0	9	6	49	66	4	1	7	8	18	11	970	688	195	179	401	490
9 ^a	0	0	3	2	13	7	24	22	4	0	19	24	13	10	479	280	46	73	202	131
10 ^a	1	1	0	3	16	17	108	140	14	26	23	12	111	136	999	582	36	62	1833	1645
11 ^a	0	3	6	0	5	8	19	48	3	4	65	90	9	8	479	318	150	187	311	199
12 ^a	0	0	0	0	10	4	45	54	14	5	16	16	41	22	566	474	108	142	247	157
13 ^a	1	4	3	1	80	78	109	92	5	5	18	31	28	38	896	491	214	260	270	667
14 ^a	1	0	2	0	6	6	18	15	7	4	49	39	13	9	672	490	341	389	454	512
15 ^a	1	0	3	1	5	4	19	22	3	1	101	92	8	11	326	261	90	134	80	98
16 ^a	0	5	1	0	30	29	83	85	5	2	106	71	37	39	675	660	557	768	816	1291
17 ^a	0	1	3	0	9	7	37	28	5	2	16	25	3	2	350	313	99	124	848	493
18 ^a	1	5	4	2	31	38	174	143	2	2	40	42	102	103	1003	854	212	413	437	354
19 ^a	0	0	6	8	8	9	26	30	9	6	117	94	6	3	392	404	156	220	332	286
RS	82	105	259	126	1942	2335	4824	4866	146	117	1799	1793	2718	2960	36008	25904	4949	5782	16120	17295

C R S	Tétano Acidental ⁽¹⁾		Doença Aguda pelo vírus Zika ⁽¹⁾		Febre Chikungunya ⁽¹⁾		Dengue ⁽¹⁾		Malária ⁽¹⁾		Leptospirose ⁽¹⁾		Sífilis Congênita ⁽¹⁾		Intoxicação por Agrotóxicos ⁽¹⁾		AIDS Adulto ⁽²⁾		AIDS Criança ⁽²⁾	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
1 ^a	2	4	0	1	1	3	7	26	1	1	89	108	306	347	11	12	342	281	7	4
2 ^a	11	4	0	0	4	5	21	96	2	4	82	98	557	815	1	15	1771	1418	26	13
3 ^a	0	0	0	0	0	1	3	13	2	2	53	38	81	118	7	2	178	134	1	1
4 ^a	2	2	0	0	0	0	0	5	1	3	17	23	43	77	18	14	88	85	0	2
5 ^a	1	0	0	0	3	1	4	29	2	1	21	37	92	163	28	46	177	144	1	1
6 ^a	1	0	0	0	1	0	1	26	3	1	26	22	74	127	48	29	99	93	3	3
7 ^a	1	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	3	5	6	0	2	30	38	0	0
8 ^a	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	11	11	8	17	14	14	48	31	0	1
9 ^a	1	0	0	0	0	0	0	17	1	0	1	3	4	25	1	1	48	31	1	0
10 ^a	1	1	0	0	0	0	1	6	0	0	4	5	46	89	26	30	142	84	1	1
11 ^a	1	2	0	0	0	1	3	9	0	0	7	3	16	5	1	6	34	20	0	0
12 ^a	0	1	0	0	0	0	38	551	0	0	2	3	3	9	10	9	13	20	0	0
13 ^a	1	2	0	0	1	0	0	3	1	1	80	78	28	34	17	29	109	93	0	0
14 ^a	0	0	0	0	0	0	5	28	0	0	21	14	6	10	14	17	26	7	0	0
15 ^a	0	0	0	0	0	0	0	30	0	0	7	2	2	8	3	2	8	13	2	0
16 ^a	2	5	0	0	0	0	1	5	1	0	45	38	5	15	34	26	75	60	1	0
17 ^a	0	0	0	0	0	0	2	239	0	1	19	10	2	11	4	7	2	10	0	0
18 ^a	0	0	0	0	0	1	1	8	1	1	4	26	30	36	13	11	94	83	1	1
19 ^a	0	2	0	0	0	0	1	202	1	0	0	6	0	2	9	3	10	19	1	1
RS	24	24	0	1	10	12	90	1298	16	18	489	528	1308	1914	259	275	3294	2664	45	28

Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS

* Dados preliminares

⁽¹⁾ Casos confirmados

⁽²⁾ Casos novos

⁽³⁾ Casos Notificados

Obs.1: Não ocorreram casos de Tétano Neonatal, Sarampo, Rubéola, Raiva, Cólera, Poliomielite, Febre Amarela e Peste.

Secretaria Estadual da Saúde
 Centro Estadual de Vigilância em Saúde/RS
 Rua Domingos Crescêncio, 132
 Bairro Santana | Porto Alegre | RS | Brasil
 CEP 90650-090
 +55 51 3901.1071 | +55 51 3901.1078
 boletim epidemiologico@saude.rs.gov.br

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA DA SAÚDE
CEVS
centro estadual de
vigilância em saúde RS

150
ANOS
de
vigilância em saúde
RS

EXPEDIENTE
Editor Luciana Nussbaumer | **Coeditora** Ana Claudia Tedesco Zanchi | **Conselho Editorial**
 Bruno Arno Hoernig, Claudia Veras, Edmilson dos Santos, Ivone Menegolla, Luciana
 Sehn, Luciano Barros Zini e Maurício Vieira Rodrigues | **Bibliotecária Responsável**
 Geisa Costa Meirelles | **Projeto Gráfico** Raquel Castedo e Carolina Pogliessi | **Editoração**
Eletrônica Kike Borges | **Tiragem** 15 mil exemplares | **Impressão** novembro/2016

O Boletim Epidemiológico é um instrumento de informação técnica em saúde editado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde, vinculado à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, com periodicidade trimestral, disponível no endereço eletrônico www.saude.rs.gov.br. As opiniões emitidas nos trabalhos, bem como a exatidão, a adequação e a procedência das referências e das citações bibliográficas são de exclusiva responsabilidade dos autores.