



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HEPATITES VIRAIS



RIO GRANDE DO SUL – JULHO/2022

Sumário

Introdução.....	1
Cenário epidemiológico do Rio Grande do Sul	1
Hepatite A	2
Hepatite B	5
Hepatite C	9
Testagem Rápida para hepatites B e C	12
Referencial teórico.....	13
Anexo	14

Introdução

As hepatites virais causadas pelos vírus hepatotrópicos A, B, C, D e E são doenças de notificação compulsória de acordo com a [Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017](#). No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C, e os casos notificados entre os anos de 1999 e 2020 estão distribuídos da seguinte maneira: 24,4% hepatite A (168.579), 36,9% de hepatite B (254.389), 38,1% de hepatite C (262.815), e 0,6 % de hepatite D – mais comum na região norte do país (4.150).

Na região Sul, observa-se que a maior parte dos casos se refere às Hepatites B e C, as quais representam, respectivamente, 31,8% e 27,4% do

total notificado no país, no período de 1999 a 2020.

As infecções podem ser muitas vezes assintomáticas e quando causadas pelos vírus B e C, frequentemente se tornam crônicas, podendo levar ao comprometimento hepático, cirrose e carcinoma hepatocelular.

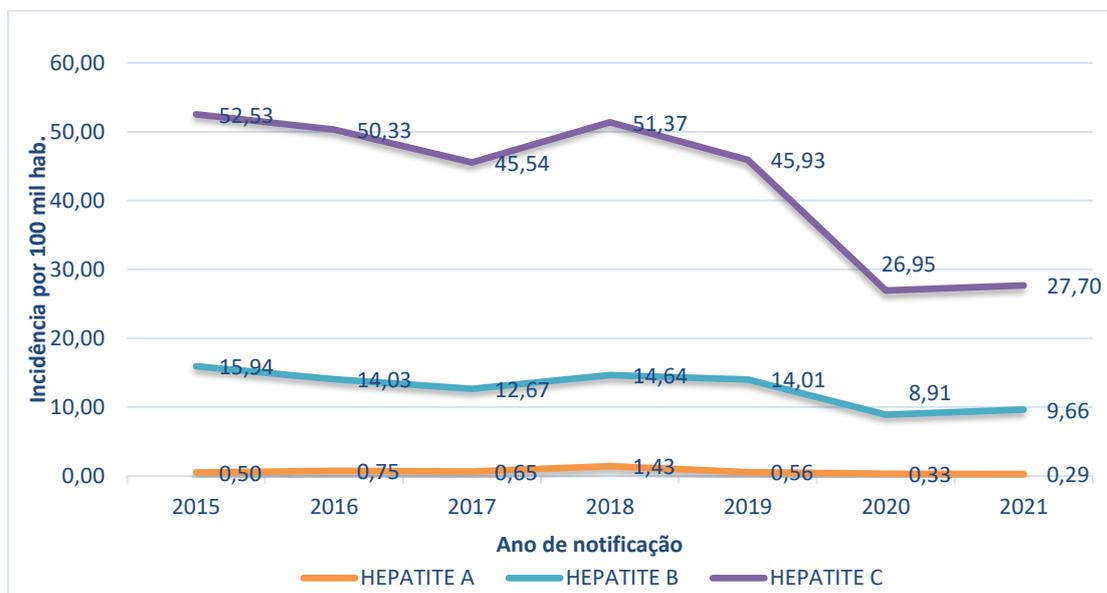
Para subsidiar profissionais de saúde e gestores na construção das políticas públicas voltadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento destas doenças, a Divisão de Vigilância Epidemiológica apresenta este Boletim Epidemiológico.

Cenário epidemiológico do Rio Grande do Sul

As hepatites virais têm extrema importância epidemiológica no Rio Grande do Sul por serem um dos agravos transmissíveis mais notificados, sobretudo quando falamos das hepatites B e C.

Em 2021 foram notificados 4.283 casos de hepatites virais no RS, e destes, 73,7% referiam-se à hepatite C.

Analisando-se a série histórica observa-se pequeno aumento nas taxas de detecção das hepatites B e C, em comparação com o ano de 2020, no qual havia sido observada uma redução substancial nas notificações de novos casos. A hepatite C, que apresentou a queda mais expressiva em 2020, em 2021 apresentou uma taxa de 27,7 casos notificados por 100 mil habitantes (figura 1).



Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 1: Taxa de detecção de hepatites no RS, 2015-2021 / 100 mil hab.

Analisando-se os óbitos que têm as hepatites virais como causa básica, de acordo com os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade

(SIM), observa-se em 2020 que é mantida a tendência de redução do número de óbitos que vem sendo observada desde 2018.

Frequência por Ano do Óbito segundo UF Res						
Período:	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Rio Grande do Sul	364	413	372	343	274	230

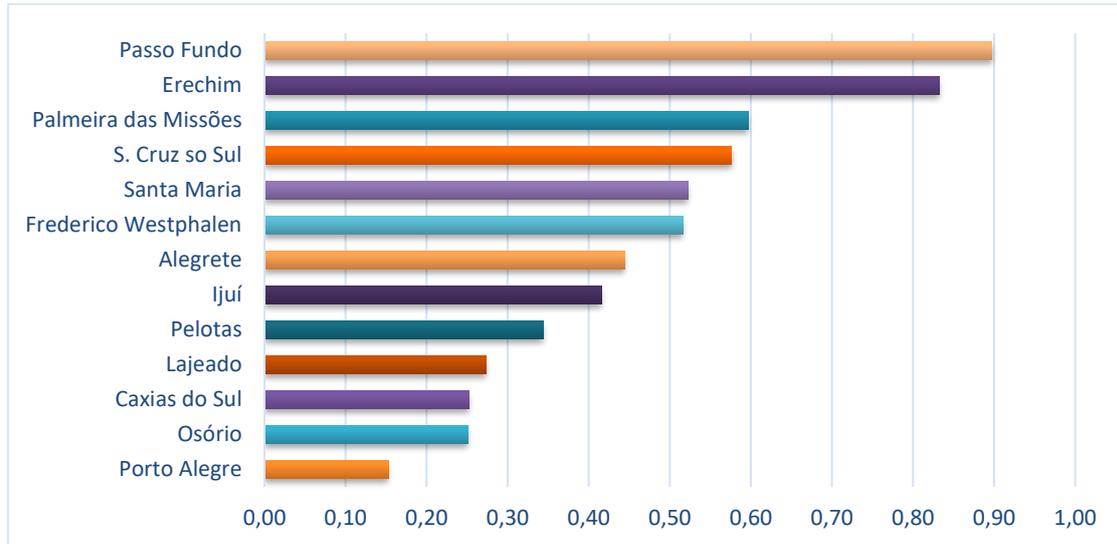
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 1: Número de óbitos por hepatite viral como causa básica, 2015-2020.

Hepatite A

No ano de 2021, a 6ª – Passo Fundo, 11ª – Erechim, e a 15ª – Palmeira das Missões, foram as Coordenadorias Regionais de Saúde que apresentaram as maiores incidências de hepatite A no Rio Grande do Sul. Em contrapartida 5 coordenadorias não apresentaram nenhum caso

relacionado a hepatite A (Figura 2). No contexto geral do estado a diminuição nas taxas de detecção de novos casos, observada em 2020, manteve-se estável em 2021, passando de 0,33 casos de hepatite A por 100 mil hab. em 2020 para 0,29 casos em 2021.



Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 2: Taxa de detecção de hepatite A por 100 mil hab. no RS, por CRS, 2021.

A introdução da vacina contra hepatite A no Calendário Básico Infantil se deu em 2014. Até este período a incidência de Hepatite A era mais elevada em crianças menores de dez anos de idade em relação às outras faixas etárias, independentemente do sexo. Em 2021, observa-

se uma maior proporção de casos em menores de 10 anos de idade do que em anos anteriores, todavia, os números absolutos são baixos (n=3 de 33 no total). A maioria dos casos concentra-se na faixa etária de 40 a 59 anos (figura 3).



Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 3: Proporção de casos de hepatite A, faixa etária, RS, 2016-2021.

Dentre as prováveis fontes da infecção por hepatite A, a maior proporção entre as causas

relatadas, em toda a série histórica analisada foi alimento/água. Todavia, nos últimos anos



observa-se um aumento na proporção de casos de hepatite A cuja fonte de transmissão foi relacionada a via sexual (figura 4). Trata-se de um campo autorrelatado, o qual possui uma alta

proporção de incompletude (em 2021, 60% dos casos foram notificados com este campo ignorado/branco).

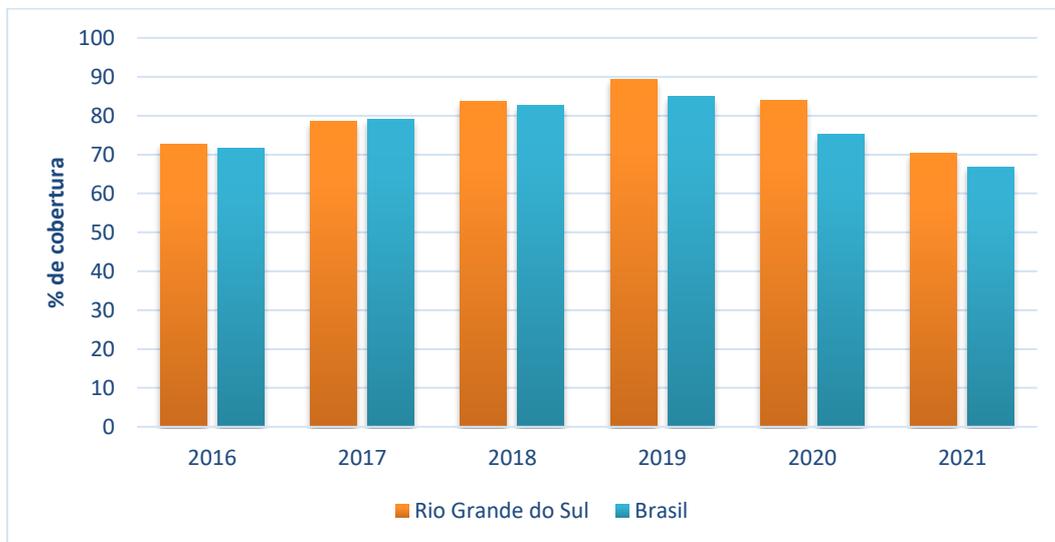


Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 4: Proporção de casos de hepatite A, fonte de infecção, RS, 2016-2021.

A vacina para hepatite A está disponível no calendário básico infantil, com indicação de 1 dose aos 15 meses. Também é administrada no SUS para adultos em situações especiais (imunossuprimidos, pessoas vivendo com HIV,

pessoas portadoras de doenças hepáticas crônicas, dentre outros). A cobertura da vacina de hepatite A em crianças de 1 ano reduziu no Rio Grande do Sul nos anos de 2020 e 2021, estando ainda superior à cobertura nacional (figura 5).



Fonte: SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS 11/07/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 5: Cobertura vacinal hepatite A, RS - BR, 2016-2021.



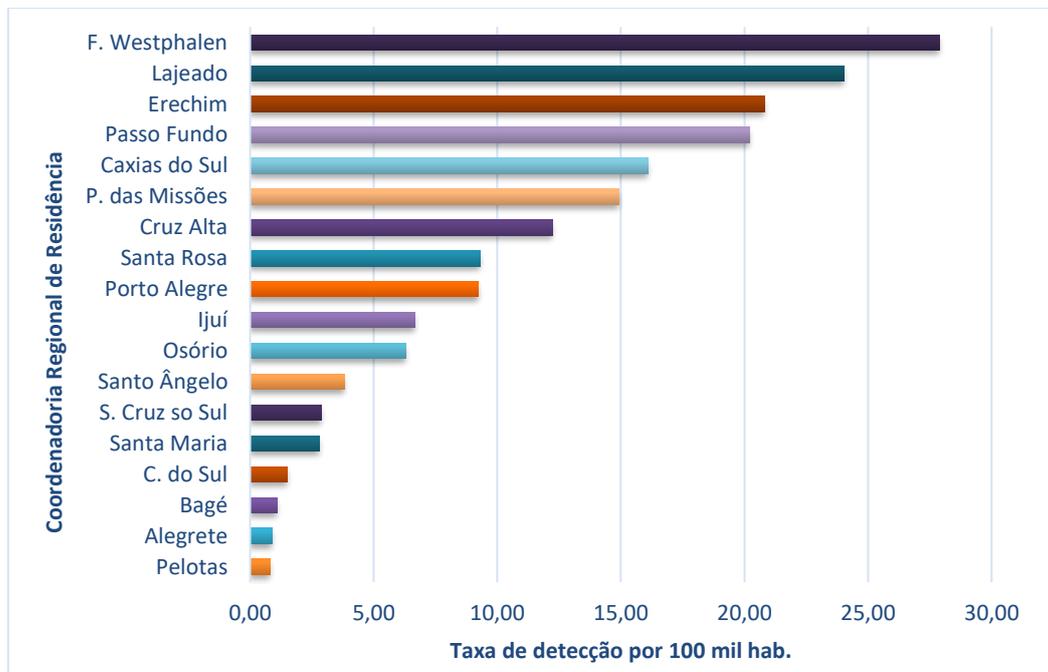
Hepatite B

A transmissão da hepatite B ocorre principalmente pela via sexual, mas ela também pode ocorrer pelo contato com o sangue, pela via parenteral, pelos fluidos corporais e pela via percutânea.

Quando a infecção ocorre na infância, principalmente nos bebês, há maiores chances de os infectados desenvolverem a forma crônica da doença. De modo geral, em média 6% das

pessoas que são infectadas pelo vírus da hepatite B desenvolvem a forma crônica.

Ao avaliarmos a taxa de incidência de Hepatite B, no ano 2021, no Rio Grande do Sul, é possível observar que as maiores taxas estão localizadas nas regiões norte e nordeste do estado (figura 6). As Coordenadorias Regionais com maior incidência de detecção foram a 2ª – Frederico Westphalen, a 16ª – Lajeado e a 11ª - Erechim.

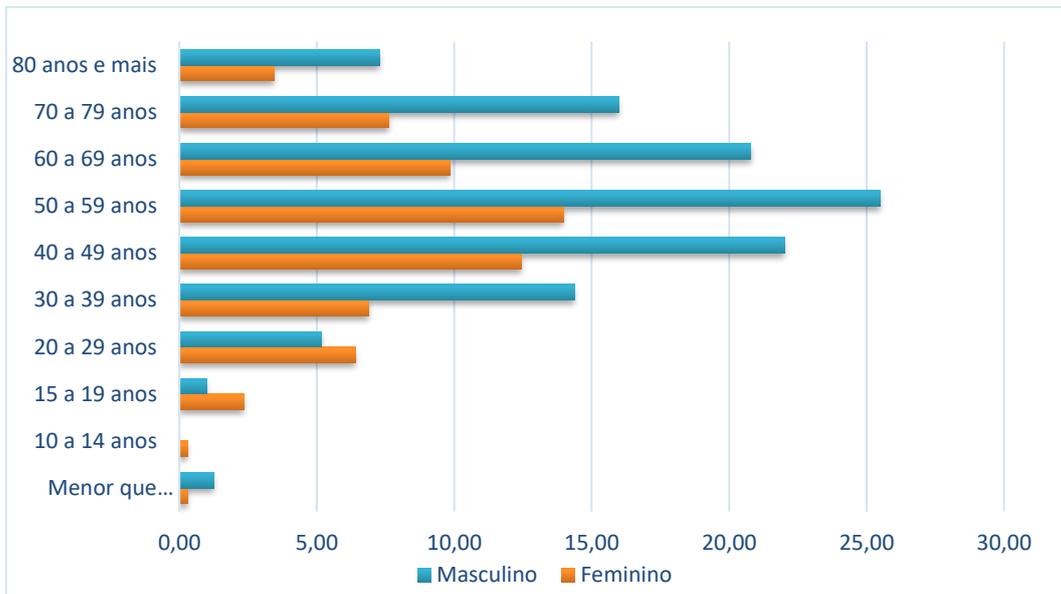


Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 6: Taxa de detecção de Hepatite B, 100 mil hab. no RS, por CRS, 2021.

Quando analisamos a taxa de detecção por sexo e faixa etária, é possível verificar que no ano de

2021, a maior incidência de hepatite ocorreu entre homens de 50 a 59 anos (figura 7).



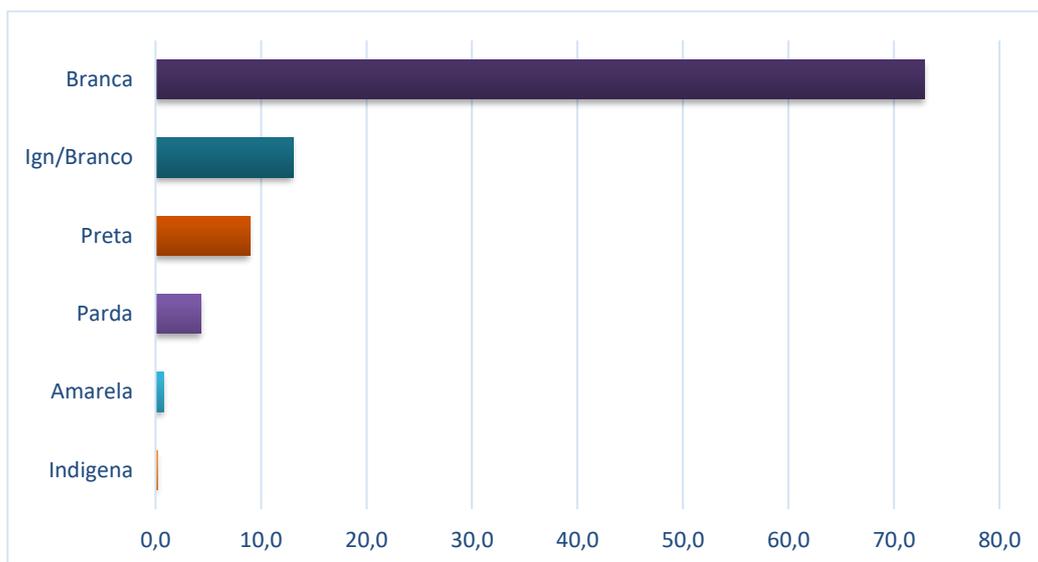
Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 7: Taxa de detecção de Hepatite B, faixa etária (por 100 mil habitantes), RS, 2021.

Analisando anos anteriores, verificamos que na série histórica mantém-se esse padrão de concentração da taxa de detecção nas faixas etárias de acima de 40 anos, observando-se uma diminuição em 2020 para todas as faixas etárias,

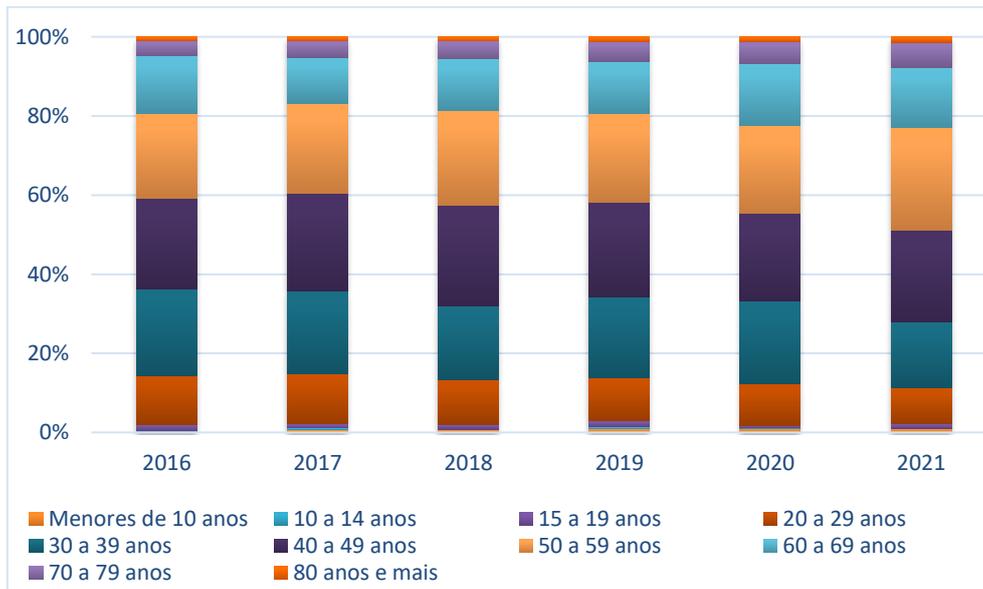
com exceção dos menores de cinco anos (figura 9).

Em relação à raça/cor, observa-se que no ano de 2021 a maior proporção de pessoas notificadas era da raça branca (figura 8).



Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 8: Proporção de casos de hepatite B notificados, raça/cor, RS, 2021.



Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 8: Proporção de casos de hepatite B, faixa etária (por 100 mil hab.), RS, 2016-2021.

A vacina para a Hepatite B está disponível de forma universal para adultos no SUS desde 2016, e no calendário vacinal infantil desde a década de 90. A maior incidência na faixa etária acima dos 40 anos pode estar relacionada a uma menor cobertura vacinal nesta faixa etária. Com relação à cobertura vacinal referente ao calendário infantil, observa-se que a cobertura com a vacina

pentavalente (*difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e haemophilus influenza*) reduziu nos últimos anos, estando ainda em patamares superiores aos nacionais (figura 9). Os casos de Hepatite B detectados durante a gestação diminuíram em 2021, estando em uma taxa de 0,35 casos a cada 1.000 nascidos vivos (figura 10).



Fonte: SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS 11/07/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 5: Cobertura vacinal pentavalente, RS -BR, 2016-2021.

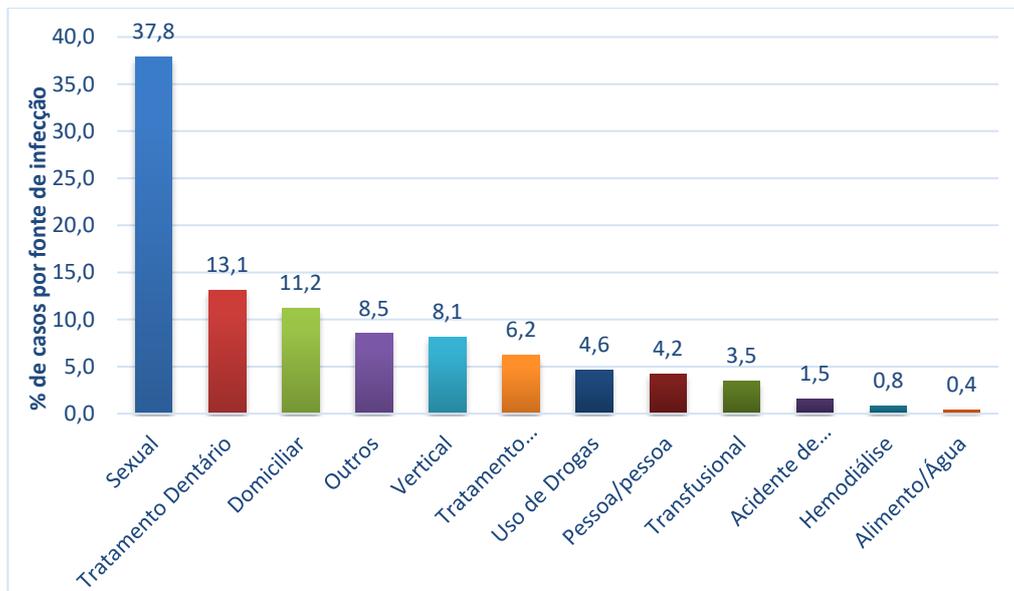


Fonte: SINAN 20/06/2022. SINASC. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 10: Taxa de detecção de Hepatite B detectadas no momento da gestação (por 1.000 nascidos vivos), RS, 2016-2021.

Ao avaliar a provável fonte de infecção, observa-se que dentre as notificações em que consta esta informação, a maior parte refere-se à via sexual.

Em 2021, a provável fonte de infecção mais relatada foi a sexual, seguida de tratamentos dentários. (figura 11).



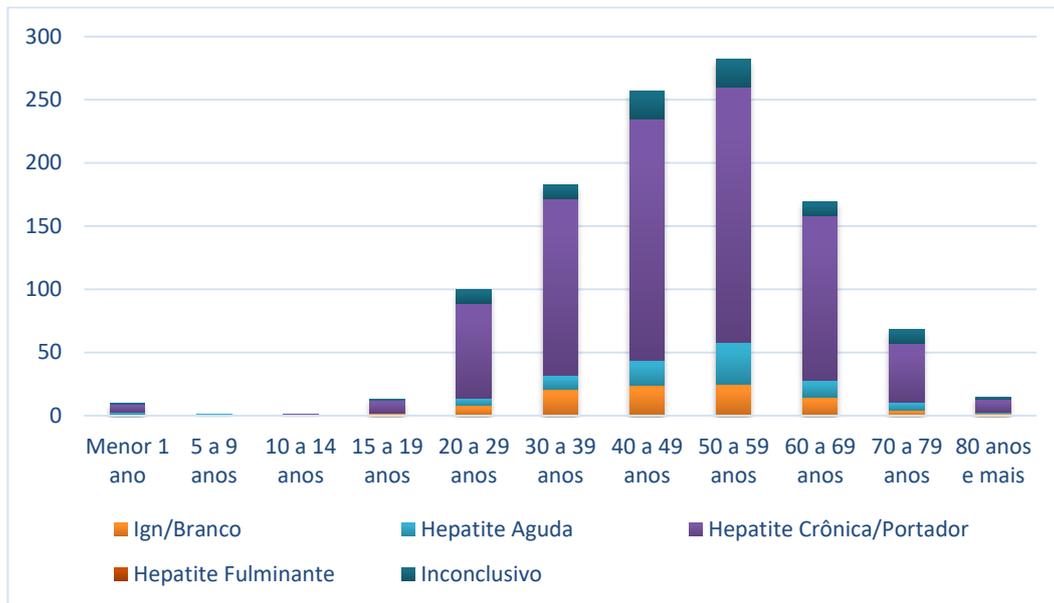
Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 11: Proporção de casos de hepatite B, fonte de infecção, RS, 2021.



Avaliando-se os números de casos relacionados à forma clínica e faixa etária, observa-se que em todas as faixas etárias os casos foram detectados

na fase crônica da doença, com uma maior proporção de casos agudos detectados entre 50 a 59 anos. (figura 12).



Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

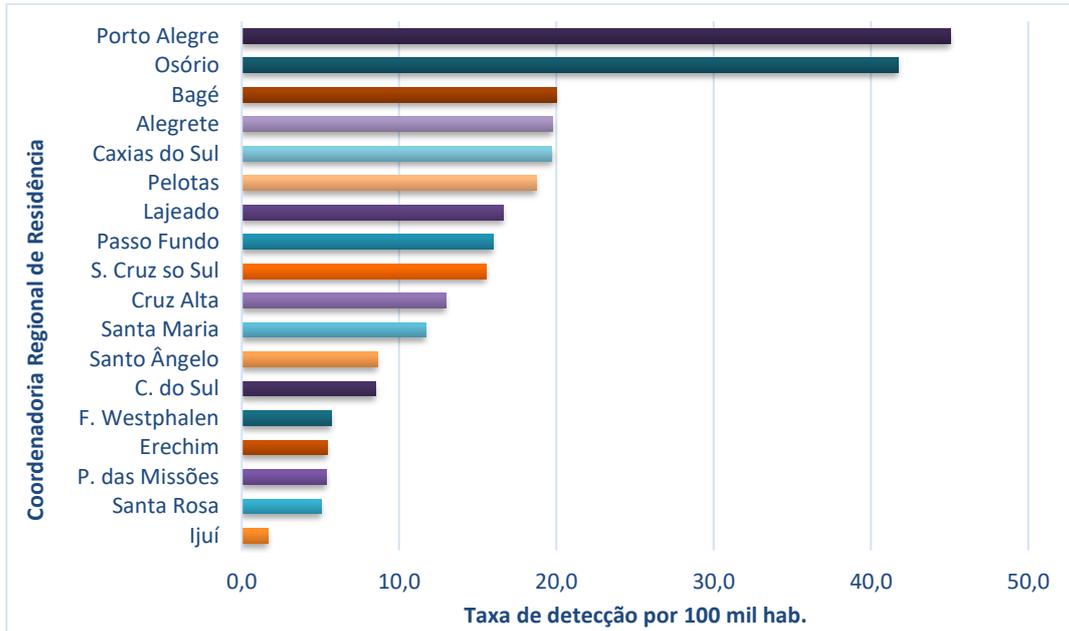
Figura 12: Número de casos de hepatite B, forma clínica e faixa etária no RS, 2021.

Hepatite C

A transmissão da hepatite C ocorre principalmente pela via parenteral, sendo a transmissão sexual e vertical menos frequente.

Desta forma, a maior prevalência de hepatite C está entre pessoas que têm idade superior a 40 anos, e pessoas submetidas à hemodiálise, privados de liberdade, usuários de drogas e pessoas vivendo com HIV são populações mais vulneráveis à infecção pelo vírus da hepatite C.

No ano de 2021, no Rio Grande do Sul, é possível observar que as maiores taxas de detecção de hepatite C estão localizadas nas regiões sul e metropolitana do estado (figura 13). As Coordenadorias Regionais com maior incidência de detecção foram a 1ª – Porto Alegre, 18ª – Osório e a 7ª – Bagé.

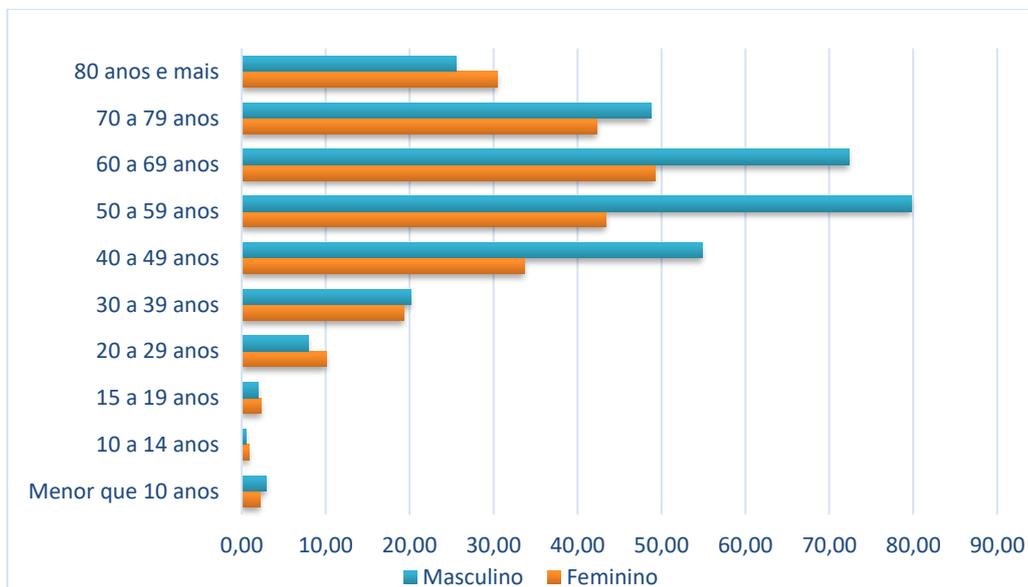


Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 13: Taxa de detecção de hepatite C, 100 mil hab. no RS, por CRS, 2021.

Com relação à taxa de detecção por sexo e faixa etária, em 2021, observa-se uma maior incidência

em homens na faixa etária dos 50 aos 79 anos, da mesma forma que para a hepatite B (figura 14).

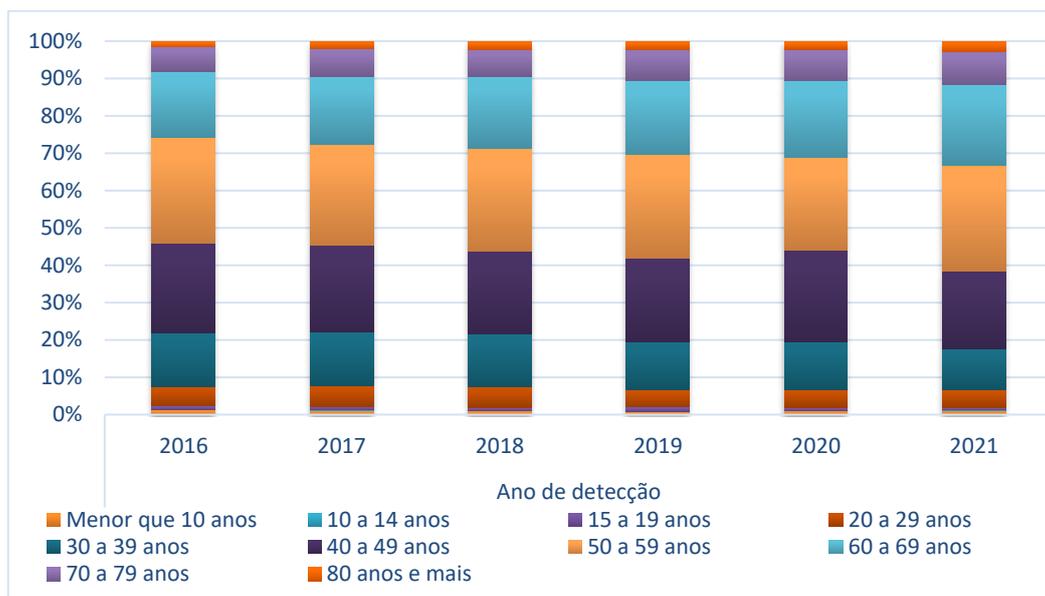


Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 14: Taxa de detecção de hepatite C, sexo e faixa etária (por 100 mil habitantes), RS, 2021.

Analisando anos anteriores, verificamos que no ano de 2021 houve um aumento na proporção de

indivíduos com mais de 50 anos que tiveram diagnóstico de hepatite C (figura 13).

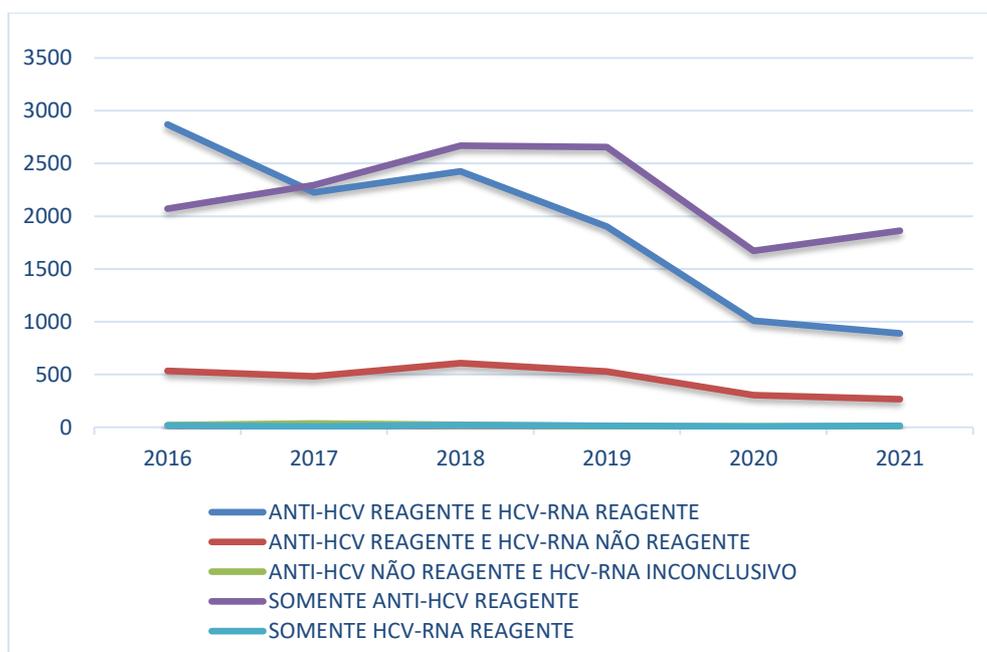


Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 13: Proporção de casos de hepatite C, faixa etária, RS, 2016-2021.

A distribuição de casos de hepatite C de acordo com o marcador por ano de diagnóstico (figura 14) demonstra um aumento de casos notificados somente com o anti-HCV reagente. Tal análise

pode demonstrar um aumento de notificações de casos de cicatriz sorológica, mas também um menor acesso ao HCV-RNA confirmatório.



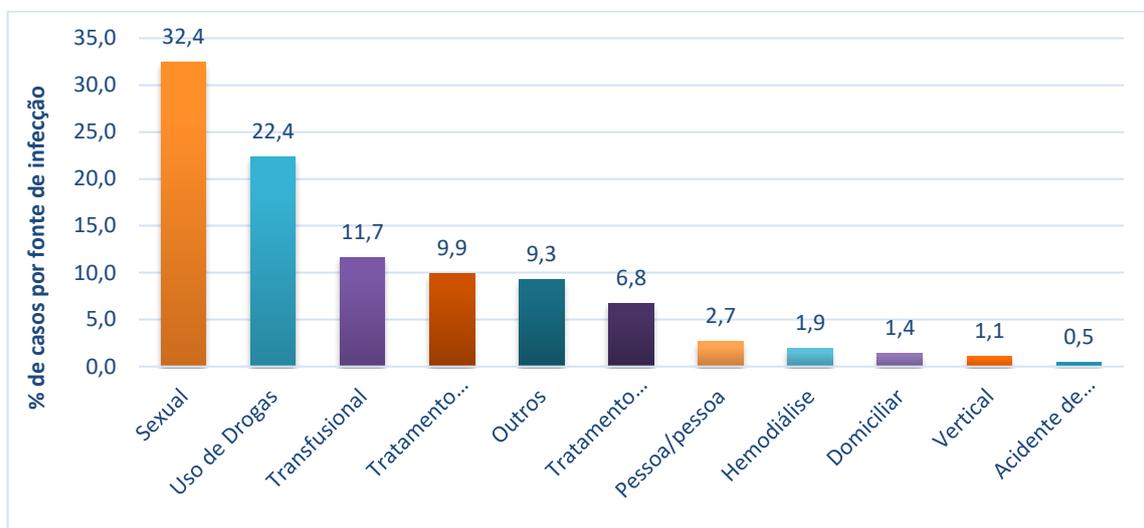
Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 14: Distribuição dos casos de hepatite C segundo marcador por ano de diagnóstico, RS, 2016-2021.



Ao avaliarmos a provável fonte de infecção, para a hepatite C observa-se que a maior parte corresponde ao uso de drogas e transmissão

sexual, seguida da via transfusional (a qual vem diminuindo na série histórica) e tratamento dentário (figura 15).



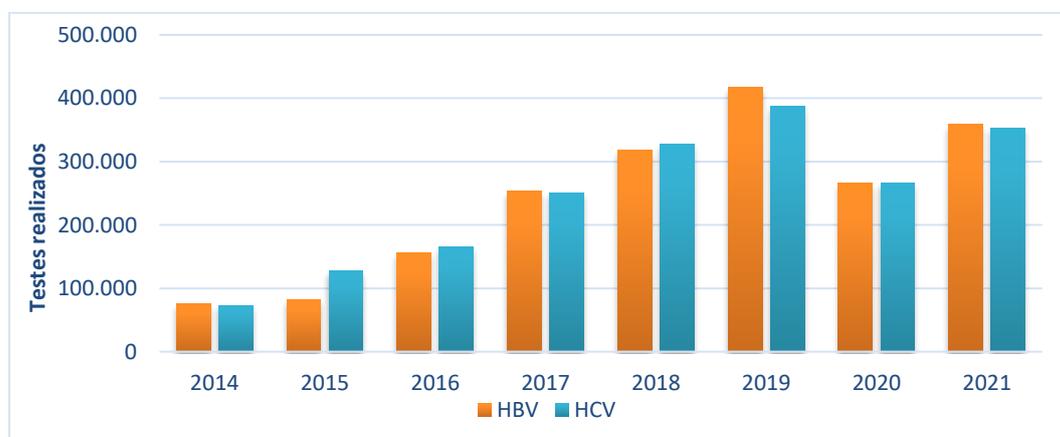
Fonte: SINAN 20/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 15: Proporção de casos de hepatite C, fonte de infecção, RS, 2016-2021.

Testagem Rápida para hepatites B e C

Um das estratégias eficazes para o controle das hepatites virais B e C é a aplicação dos Testes Rápidos (TR) para triagem, determinando diagnóstico oportuno e tratamento adequado.

O SUS oferece testagem rápida para as hepatites B e C e no ano de 2021 foram realizados 714.121 testes rápidos, correspondendo a um aumento de cerca de 33% no número de testes realizados em comparação com 2020.



Fonte: SISLOGLAB 23/06/2022. Dados parciais, sujeitos a alterações.

Figura 18: Número de testes rápidos para Hepatites B e C realizados, RS, 2014-2021.



Referencial teórico

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. –Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Plano de Eliminação da Hepatite C**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 51. Nº 29. Julho de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.



Anexo

Definições de caso hepatites virais (notificação semanal) – mais informações ver [NOTA INFORMATIVA](#)

[Nº 55/2019-CGAE/.DIAHV/SVS/MS:](#)

<p>Hepatite A:</p> <ul style="list-style-type: none">• Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente OU• Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A;• Menção de hepatite A em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
<p>Hepatite B:</p> <ul style="list-style-type: none">• Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B a seguir: HBsAg reagente e/ou Anti-HBc IgM reagente e/ou HBV-DNA detectável;• Menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
<p>Hepatite C:</p> <ul style="list-style-type: none">• Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir: Anti-HCV reagente e/ou HCV-RNA detectável;• Menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
<p>Hepatites D e E não tem dados de prevalência significativa no Estado, mas seguem abaixo as definições de caso:</p> <p>Hepatite D:</p> <ul style="list-style-type: none">• Caso confirmado de Hepatite B, com pelo menos um dos marcadores a seguir: Anti-HDV total reagente e/ou HDV-RNA detectável;• Menção de hepatite D em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada. <p>Hepatite E:</p> <ul style="list-style-type: none">• Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite E a seguir: Anti-HEV IgM e/ou anti-HEV IgG reagentes e/ou HEV-RNA detectável;• Menção de hepatite E em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada