

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HEPATITE A, B e C NO RIO GRANDE DO NORTE

Flávia Bruna Ribeiro Batista¹; Lucas Linhares Gomes²; Abrahão Alves de Oliveira Filho³

¹Graduando da Universidade Federal de Campina Grande, flaviabruna95@hotmail.com;

²Graduando da Universidade Federal de Campina Grande, lucaslinharesg@hotmail.com;

³ Professor da Universidade Federal de Campina Grande, abrahao.farm@gmail.com

Resumo: As hepatites virais podem ser identificadas em vários tipos, elas apresentam distribuição universal, a prevalência dos diferentes tipos pode variar de acordo com as características geográficas, socioeconômicas e culturais de cada região. Em países subdesenvolvidos a incidência do HAV pode chegar a 90%, o HBV apresenta em parte da América do Sul, Europa Oriental e Mediterrâneo uma prevalência de 60% de infecções. Já o HCV no Brasil apresenta 1.2 a 2.0% de portadores do vírus. Metodologia: Foram usados dados do Ministério da Saúde, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Rio Grande do Norte no período de 2015, para a Hepatite A, B, e C. Comparando o número de casos e a faixa etária, a escolaridade e gênero dos indivíduos infectados. Quando a faixa etária e escolaridades os índices foram maiores em indivíduos de 40-59 anos e que possuíam o ensino médio completo para todas as hepatites. Isso mostra que a prevalência depende de varias características, não apenas do conhecimento da doença e sua forma de transmissão. Quanto ao gênero a HAV prevaleceu em homens, o HBV em mulheres, e o HCV manteve equilíbrio entre os gêneros. A partir do perfil epidemiológico foi possível ver que mesmo com escolaridade alta, os números de casos de hepatite ocorreram em maior prevação, também ocorreu mais entre adultos e quanto ao gênero foi diversificado para cada hepatite. Sendo assim, apenas educação em saúde não são suficientes para prevenir essas doenças.

Palavras-chave: Hepatites Virais, Epidemiologia, SINAN.

Introdução

As hepatites virais são doenças infecciosas de fácil transmissão, com evolução aguda e crônica, podendo desenvolver inúmeras

complicações de saúde, tornando-se um problema mundial de saúde pública. Isto se deve não só à sua elevada prevalência, mas também, por ser uma das principais causas de doença hepática crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular (FERREIRA E GAMEIRO, 2002).

Até agora já foram identificados seis tipos de vírus que são biologicamente e estruturalmente diferentes e responsáveis pelas hepatites virais em seres humanos. São eles o vírus da hepatite viral A (HAV), o vírus da hepatite viral B (HBV), o vírus da hepatite viral C (HCV), o vírus da hepatite viral D (HDV), o vírus da hepatite viral E (HEV) e o vírus da hepatite viral G (HGV) (FOCACIA, 1998).

As manifestações clínicas das hepatites são praticamente as mesmas, independentemente do vírus que a está causando. Febre, anorexia, náusea, vômitos, icterícia, urina escura, vezes claras e elevados níveis de transaminases são os sintomas típicos das hepatites virais A, C, E; icterícia, mal-estar, dores articulares, fadiga, náuseas, falta de apetite, sonolência, confusão mental, sangramentos e dificuldades respiratórias são os sintomas mais comuns causadas pelos vírus da hepatite B, D e G (LEVINSON E JAWETZ, 2004).

O período de incubação da hepatite A é curto de 3 a 4 semanas, ao contrário da hepatite B que é de 10 a 12 semanas. O período de incubação médio da hepatite C é de 8 semanas. A maioria das infecções por HAV, HBV, HCV é assintomática e são detectadas somente pela presença de anticorpos IgG e pelo AgHBs no caso da HBV (LEVINSON E JAWETZ, 2004).

As hepatites virais apresentam distribuição universal, porém, a prevalência dos diferentes tipos pode variar de acordo com as características geográficas, socioeconômicas e culturais de cada região. No Brasil, as condições socioeconômicas, heterogeneidade dos serviços de saúde, incorporação desigual de tecnologia avançada para diagnóstico, presença ou não de saneamento básico e o acesso ao tratamento são elementos importantes que devem ser considerados na avaliação epidêmica das hepatites virais (FERREIRA e SILVEIRA, 2004; PEREIRA e GONÇALVES, 2003).

Em países subdesenvolvidos a incidência do HAV pode chegar a 90%; já em países com melhores condições sanitárias têm incidência intermediária, provavelmente, relacionada com a migração (PEREIRA e GONÇALVES, 2003).

O HBV tem alta infectividade, podendo causar um amplo espectro de manifestações clínicas que variam desde a forma assintomática até

formas fulminantes. Apresenta distribuição mundial, sendo que, em parte da América do Sul, Europa Oriental e Mediterrâneo a prevalência da infecção é de, aproximadamente, 60%. Na América do Norte, Europa Ocidental e Austrália a prevalência é menor que 10%. No Brasil a região Amazônica é a que apresenta maior índice de infecção pelo HBV, seguido da região Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste. (FONSECA, 2002).

O HCV aparece de forma importante na população, estima-se que 3% da população mundial (170 milhões) sejam portadoras de forma crônica. O índice de portadores chega a 1.4% nos Estados Unidos, 3.0% na França e 30.0% no Egito e África do Sul (ALTER et al , 1999). O Brasil apresenta 1.2 a 2.0% de portadores do vírus, sendo que a região Norte contribui com 2.1%, o Nordeste com 1.0%, o centro oeste com 1.2%, o Sudeste com 1.4% e a região Sul com 0.7% (ZARIFE et al , 2006). Os fatores de risco que envolvem a infecção HCV incluem: usuários de drogas intravenosas (80%), receptores de fatores de coagulação (90%), transfusão sanguínea (6%), hemodiálise (20%), indivíduos transplantados (6%) e transmissão vertical (5%) (WASLEY e ALTER, 2000; DAL MOLIN et al , 2002). Existem discussões e relatos na literatura sobre a transmissão sexual, o aleitamento materno, beijo (saliva) e urina, o que torna mais incerto os meios de transmissão viral. Alguns pesquisadores descrevem que o vírus pode sobreviver de 16 horas a 5 dias em meio externo, sem interferência, por exemplo, da temperatura, ambiente (STRAUSS, 2001).

Metodologia

Para realizar o estudo foram utilizados dados do Ministério da Saúde pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Rio Grande do Norte no período de 2015. Primeiramente, foram levantados dados das hepatites A ,B,C a fim de se estabelecer um comparativo. Os casos de hepatite no Rio Grande do norte foram correlacionados com a faixa etária, escolaridade e gênero. Considerando assim o numero total de casos.

A comparação tenta ver se existe realmente uma relação entre a faixa etária, a escolaridade e gênero nas Hepatites A, B e C. Tentando traçar um perfil da conexão entre eles.

Resultados e Discussão

As condições do nosso país: sua heterogeneidade socioeconômica, a distribuição irregular dos serviços de saúde, a incorporação desigual de tecnologia avançada para diagnóstico e tratamento de enfermidades, são

elementos importantes que devem ser considerados na avaliação do processo endêmico epidêmico das hepatites virais. (Donalísio, 2002).

Tabela 1 - Casos confirmados por Classificação Etiológica e Escolaridade

| | I/B | 1ª a 4ª série incompleta do EF | 4ª série completa do EF | 5ª à 8ª série incompleta do EF | EFC | EMC | ESI | ESC | NA | Total |
|---------|-----|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|-------|
| I/B | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Vírus A | 4 | - | - | - | - | 2 | 1 | - | 1 | 8 |
| Vírus B | 8 | - | 1 | 2 | 2 | 5 | - | 1 | - | 19 |
| Vírus C | 5 | 5 | 1 | 1 | 1 | 7 | - | - | - | 20 |
| NA | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Total | 19 | 5 | 2 | 2 | 3 | 14 | 1 | 1 | 1 | 49 |

*Legenda: I/B(Ignorado/Branco); EF(Ensino fundamental); EFC (Ensino Fundamental Completo); EMC (Ensino Médio Completo); ESI (Educação Superior Incompleta) ; ESC (Educação Superior Completa); NA (Não se aplica)

Tabela 2 - Casos confirmados por Classificação Etiológica e Faixa Etária

| | 05/09/2018 | 01/10/2014 | 15-19 | 20-39 | 40-59 | 60-64 | 65-69 | Total |
|---------|------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| I/B | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| Vírus A | 1 | 1 | - | 2 | 4 | - | - | 8 |
| Vírus B | - | - | 2 | 6 | 10 | 1 | - | 19 |
| Vírus C | - | - | - | 4 | 11 | 3 | 2 | 20 |
| NA | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| Total | 1 | 2 | 2 | 13 | 25 | 4 | 2 | 49 |

*Legenda: I/B(Ignorado/Branco); NA (Não se aplica)

Tabela 3 - Casos confirmados por Class. Etiológica e Sexo

| | Masculino | Feminino | Total |
|--|-----------|----------|-------|
|--|-----------|----------|-------|

| | | | |
|---------|----|----|----|
| I/B | 1 | - | 1 |
| Vírus A | 6 | 2 | 8 |
| Vírus B | 8 | 11 | 19 |
| Vírus C | 10 | 10 | 20 |
| NA | - | 1 | 1 |
| Total | 25 | 24 | 49 |

*Legenda: I/B(Ignorado/Branco); NA (Não se aplica)

A vigilância epidemiológica das hepatites no nosso país utiliza o sistema universal e passivo, baseado na notificação compulsória dos casos suspeitos. Embora o sistema de notificação tenha apresentado melhoras, ele ainda é insatisfatório. As principais questões a serem investigadas, e que podem contribuir para o melhor controle das hepatites, estão relacionadas à definição dos diferentes tipos de vírus e das doenças que determinam (FERREIRA,2000).

De acordo com o ministério da saúde brasileiro os casos de hepatite A concentram-se, em sua maioria, nas regiões Nordeste e Norte do país, que representam juntas 56,6% de todos os casos confirmados no período de 1999 a 2016 (BRASIL, 2017).

O HAV tem distribuição universal e é transmitido basicamente pela via fecal-oral. A água e os alimentos contaminados com fezes com vírus A são os grandes veículos de propagação da doença. Água contaminada pode provir de esgotos e, de alguma maneira, entrar em contato com os alimentos.

A transmissão é mais comum quando há contato pessoal íntimo e prolongado dos doentes com indivíduos suscetíveis à infecção. Observa-se a presença do vírus A no sangue e nas fezes dos indivíduos infectados duas a três semanas antes do início dos sintomas e, nas fezes, por cerca de duas semanas após a infecção. Conseqüentemente, os maiores fatores de risco são o convívio familiar, especialmente com crianças menores de seis anos, a alimentação preparada por ambulantes e os agrupamentos institucionais (militares, creches, prisões) (FERREIRO, 1996)

De uma maneira geral, em cerca da metade dos casos de hepatite A não se identifica a fonte de contágio. A disseminação está de acordo, diretamente, com o nível socioeconômico da população (FERREIRA, 1996).

Na tabela 1 o vírus A teve 8 infectados entre estes 50% são ignorados e 50% tiveram escolaridade igual ou superior ao ensino médio completo. O que mostra que mesmo com estudo, que leva a conclusão que essas pessoas tenham

maior conhecimento de higiene, o grupo que a apresenta escolaridade maior mostrou um número elevado de casos. Na tabela 2 poucos foram os casos de HAV em crianças, que comprova resultados de ministério da saúde onde até 2005 a prevalência de casos eram em crianças menores de 9 anos, entretanto a taxa tem apresentado expressiva redução no país desde 2015. Um dos fatores responsáveis por essa diminuição podem ser a melhora no saneamento. Ainda na tabela 2 é visto número de casos maior na faixa etária de 40-59 anos. Na tabela 3, o HAV apresenta um número maior entre homens, 75% dos casos de HAV foram em homem. No registro do ministério da saúde no ano passado a incidência do país era de 0,6 casos para cada 100 mil habitantes entre homens, enquanto entre mulheres foi de 0,5 casos para cada 100 mil habitantes, no país a incidência de ambos os sexos vem caindo desde 2005, e essa queda veio em maior velocidade para os homens, o que não se reflete totalmente nos casos de Rio Grande Norte, onde a prevalência de casos foi nos homens.

No Brasil, a ocorrência da hepatite B é vista como um enorme problema de saúde pública, tendo em vista que na maioria das vezes é silenciosa, desse modo, prejudica o diagnóstico precoce (MOSCHETTA,2007). O VHB geralmente é transmitido por via parenteral, por relações sexuais desprotegidas, por lesões na pele e mucosas, por transfusão de sangue e hemoderivados, por procedimentos odontológicos e cirúrgicos, transmissão vertical (de mãe para filho) e por compartilhamento de seringas e agulhas para uso de drogas intravenosas (ABREU et al, 2013).

Na tabela 1 os resultados encontrados do HBV para escolaridade foram bastante distribuídos tendo as taxas mais altas com 42,1% de todos os casos de HBV ignorados, 26,3% com pessoas que tiveram o ensino médio completo e 10,5% possuíam de 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental e ensino fundamental completo. Essas taxas não corroboram totalmente com o estudo de Abreu et al. (2013) no qual 67,3% dos pacientes infectados com o VHB não possuíam ensino fundamental completo. Entretanto Carlo et al (2008) ressalta que o nível socioeconômico e cultural da população influencia diretamente sua percepção do processo saúde-doença e conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Quanto à classificação etária na tabela 2, o HBV apresentou maiores casos entre 40-59 anos de 52,6% e 20-39 anos com 31,5% de todos os casos de HBV, predominando a doença entre adultos e adultos jovens. Segundo Carlo et al (2008) e Justino et al (2014) o vírus da hepatite B acomete especialmente indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos, provavelmente devido à transmissão sexual e

transfusional. Cruz et al (2009) afirma que a vacina para HBV só foi ofertada para todos em 1998, o que também pode explicar os números de casos em jovens adultos e adultos. Em relação ao gênero foi visto na tabela 3 o número de casos maior em mulheres, dos casos totais de HBV, 57,8 foram em mulheres, essas taxas não corroboram com os resultados de estudos de Cruz et al. (2009) e Abrel et al. (2013) onde a predominância de casos é no gênero masculino, isso ocorreria devido a maior exposição aos fatores de risco.

No HCV a grande variedade de genótipos e subtipos, com grande variabilidade de prevalência ao longo do mundo, além de um mecanismo complexo de fuga imunológica, dificulta sua eliminação pelo sistema imune na maioria dos casos, levando a sua cronificação. (SILVA, 2012).

A investigação dos fatores de risco para infecção pelo HCV pode ser realizada por estudos prospectivos ou retrospectivos, sendo que diversos trabalhos apontam como principais fatores de risco: transfusão de sangue e hemoderivados de doadores não testados para anti-HCV; transplantes de órgãos de doadores infectados; uso de drogas injetáveis; terapias injetáveis com equipamento contaminado (ou não seguro); hemodiálise; exposição ocupacional ao sangue; transmissão perinatal e transmissão sexual (ALTER, 2002)

Quanto a escolaridade, o HCV apresentou maiores números nas pessoas que apresentavam escolaridade com ensino médio completo e 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental, sendo respectivamente suas porcentagens de 35% e 25%.

Essas taxas podem ter se dado pelo pouco conhecimento dos fatores de risco, ou simplesmente por falhas em transfusões de sangue, quando o doador não foi diagnosticado.

Na tabela 2 o HCV mostra a classificação por faixa etária com um padrão maior entre 40-59 anos, com 55% dos casos, seguida por 20-39 anos, com cerca de 20% dos casos total de HCV. Por outro lado, literaturas internacionais revelam tendência a maior proporção de casos diagnosticados em pacientes idosos, com maiores números entre 55 e 64 anos na América do Norte e acima de 70 anos no Japão (HANAFIAH, 2013). Menores valores são encontrados na população jovem, reflexo dos programas de conscientização e prevenção e da melhoria na qualidade e segurança do processamento de hemoderivados nos últimos anos.

Há equilíbrio de distribuição da incidência de Hepatite C por sexo, que pode ser vista na tabela 3, a comparação com números internacionais é limitada pela baixa disponibilidade de dados acerca da distribuição por sexo e ausência de

uma tendência mundial documentada. Estudos epidemiológicos ao redor do mundo, contudo, indicam maior prevalência de casos no sexo masculino. Segundo a Public Health Agency of Canada (PHAC) houve uma proporção de 1,6:1 no Canadá entre 2006 e 2008. Na Suíça a doença é de notificação compulsória desde 1988 e apresenta uma distribuição de 3 homens para cada mulher, segundo o Swiss Federal Office of Public Health (FOPH) (CORNBURG, 2011).

Pode se concluir que os casos de HBV e HCV foram maiores em todas as tabelas. Também é importante chamar a atenção para o número de “ignorados”, no qual os pacientes não sabem como contraíram a infecção. O preenchimento da categoria “ignorada” em diversas variáveis foi uma limitação do presente estudo que deve ser levada em consideração, levando a crer que possam ocorrer falhas durante o processo de investigação epidemiológica, desse modo, limita a confiabilidade dos resultados e sugere a necessidade de melhorar o processo de coleta de dados, para que medidas de controle e prevenção sejam tomadas. Com isso, os profissionais de saúde devem ser treinados para alimentar corretamente o SINAN, de forma a evitar casos brancos/ignorados (BORTOLUCCI et al., 2015).

Conclusão

No Rio Grande do Norte foi observado que as hepatites B e C são as mais prevalentes, provavelmente por conta da sua forma de transmissão. No HAV o número maior de casos foi em gênero masculino, idade de 40-59 anos e com escolaridade superior ou igual ao ensino fundamental completo. No HBV a prevalência maior foi em mulheres, quanto à idade foi maior entre 40-59 anos e a escolaridade teve sua maior taxa em quem possuía ensino médio completo. No HCV, quanto ao gênero o número de casos foi igualitário, a idade prevalente foi de 40-59 anos e a escolaridade com ensino médio completo.

Sendo doenças de distribuição mundial, elas podem ser prevenidas através de medidas de educação em saúde, entretanto como visto mesmo com escolaridade alta, os números de casos de hepatite ocorreram em maior prevalência. Sendo assim, é de suma importância estabelecer um perfil epidemiológico da população acometida, a fim de programar medidas de prevenção e controle destas enfermidades.

Referência:

ABREU, A.C.C. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hepatite B e C do

Piauí. **Rev. Interdisciplinar**, Teresina, v. 5, n. 4, p.102-111, 2013.

ALTER, M.j. et al. Prevalence of Hepatitis C Virus Infection in the United States. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 341, n. 27, p.2093-2095, 30 dez. 1999.

ALTER, M.J. et al. Prevention of spread of hepatitis C. **Hepatology**, [s.l.], v. 36, n. 5, p.93-98, nov. 2002.

BORTOLUCCI, W.C.; FERREIRA, F.N; CORREA, N.A.B. Prevalência de hepatite b no estado do Paraná, Brasil, nos anos de 2008 a 2013. **Revista Uningá**, [s.l.], v. 44, p.10-16, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim de epidemiológico, Hepatites virais 2017. V. 48, n. 24, 2017.

BRUGUERA, M.; SANCHES, T.J.M.¿Qué son las enfermedades hepáticas criptogénicas? **Medicina Clínica**, [s.l.], v. 114, n. 1, p.31-36, 2000.

CARLO, F. S. et al. Perfil do portador de hepatite B do município de Maringá. **Revista Saúde e Pesquisa**, [s.l.], v. 1, n. 3, p.241-246, dez. 2008.

CORNBERG M. A systematic review of hepatitis C virus epidemiology in Europe, Canada and Israel. **Liver International**, [s.l.], v. 31, p.30-60, 2011. Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-3231.2011.02539.x>>.

CRUZ, C.R.B.; SHIRASSU, M.M.; MARTINS, W.P. Comparação do perfil epidemiológico das hepatites B e C em um serviço público de São Paulo. . **Arq Gastroenterol**, [s.l.], v. 46, n. 3, p.225-229, 2009. Disponível em :<<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032009000300016>>.

FERREIRA, W.; GAMEIRO, R. 2002. *Microbiologia*. vol. 3. Lisboa: Edit. Lidel, 2002.

Ferreira C.T. et al. Soroepidemiologia da Hepatite em 2 grupos populacionais economicamente distintos, em Porto Alegre. , [S.I.], v.15, n. 3, p 85-90, 1996.

FERREIRA, C.T.; SILVEIRA, T.R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev. Bras. Epid.** V.7, n. 4, p. 473-487. 2004.

FOCACCIA, R. *Hepatites Virais*, São Paulo: Edit. Atheneu, 1998.

FONSECA, J.C.F. Hepatite D. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** V. 35, n. 2, p. 181-190. 2002.

HANAFIAH, K.M. et al. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: New estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. **Hepatology**, [s.l.], v. 57, n. 4, p.1333-1342, 4 fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/hep.26141>>.

JUSTINO, E.M.G. et al. Perfil de portadores de hepatite B em um serviço de referência: estudo retrospectivo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.53-61, 30 mar. 2014. Fundacao Edson Queiroz. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2014.p53>>.

LEVINSON, W.; JAWETZ, E. 2004 *Microbiologia e Imunologia Médica*. Ed.8. Madrid: Edit. Copriht, 2004.

MARTELLI, C.M.T. et al. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Rev. Bras. Epidemiol.**, [s.i], v. 5, n. 3, p.273-285, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2002000300006>>.

PEREIRA, F.E.L.; GONÇALVES, C.S. Hepatite A. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** V. 36, n. 3, p. 387-400. 2003

SILVA, A. L. et al. Hepatites virais: B, C e D: Atualização. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 3, n. 10, p.206-218, 2012.

STRAUSS, E. Hepatite C. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** V. 34, n. 1, p. 69-82. 2001.

WASLEY, A.; ALTER, M.J. Epidemiology of Hepatitis C: Geographic Differences and Temporal Trends. **Seminars In Liver Disease**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.1-16, 2000.

ZARIFE, M.A.S. et al. Prevalence of hepatitis C virus infection in north-eastern Brazil: a population-based study. **Transactions Of The Royal Society Of Tropical Medicine And Hygiene**, [s.l.], v. 100, n. 7, p.663-668, jul. 2006.