

ALERTA EPIDEMIOLÓGICO PARA CASOS DE HEPATITE A

Publicado em 25/09/2023

Atualizado em: 29/09/2023

Descrição da doença

A hepatite A é uma infecção viral aguda causada pelo vírus da hepatite A (HAV), que ocorre frequentemente em locais com saneamento básico precário. Em regiões com melhores condições de saneamento, a incidência se desloca para faixas etárias mais altas e pode ser grave.

Características Epidemiológicas

Transmissão

- Transmitido pela via fecal-oral (más condições de higiene, más condições de saneamento básico)
- Consumo de alimentos contaminados com fezes
- Prática sexual com contato oral-anal (contato entre pessoas infectadas)
- Uso de drogas

A estabilidade do vírus da hepatite A (HAV) no meio ambiente e a grande quantidade de vírus presente nas fezes dos indivíduos infectados contribuem para a transmissão. Crianças podem manter a eliminação viral até 5 meses após a resolução clínica da doença.

Período de incubação: 15 a 50 dias (média de 30 dias)

Período de Transmissibilidade: Início até 2 semanas antes dos sintomas até o final da segunda semana de doença.

Características Clínicas

Sinais e sintomas

A infecção pelo vírus da Hepatite A (HAV) pode ser assintomática, subclínica ou provocar um quadro agudo, quase sempre autolimitado, associado a fadiga, mal-estar, febre, dores musculares, seguidos de sintomas gastrointestinais como: enjoo, vômitos, dor abdominal, constipação ou diarreia.

A presença de urina escura (colúria) pode ocorrer inicialmente podendo ainda apresentar pele e os olhos amarelados (icterícia).

Os sintomas costumam aparecer de 15 a 50 dias após a infecção e duram menos de dois meses.

Diagnóstico

O diagnóstico específico de hepatite A aguda só é confirmado através da detecção, no sangue, de anticorpos anti-HAV da classe IgM.

Figura 1. Interpretação dos marcadores sorológicos para infecção pelo vírus da hepatite A:

Anti-HAV Total ou IgG	Anti-HAV IgM	Interpretação
(+)	(+)	Infecção aguda pelo vírus da hepatite A
(+)	(-)	Infecção passada pelo vírus da hepatite A
(-)	(-)	Ausência de contacto com o vírus da hepatite A, (não imune)

Complicações

Na maioria dos casos, a hepatite A é uma doença de caráter benigno, contudo pode apresentar maior gravidade e complicações com o avanço da idade, como evolução para hepatite fulminante, insuficiência hepática aguda e encefalopatia hepática. Em um quadro clássico, a hepatite fulminante com insuficiência hepática é rara, ocorrendo em menos de 1% dos casos. A letalidade varia de 0,3-0,6%, sendo que aumenta com a idade e atinge 1,8% em doentes com mais de 50 anos.

Em geral, a hepatite A não evolui para a cronicidade e promove imunidade para toda a vida. Algumas formas de hepatite A aguda podem prolongar-se por mais tempo, até um ano, por vezes com recorrência do quadro clínico e laboratorial (hepatite colestática).

Vigilância epidemiológica

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória conforme Portaria GM/MS Nº 217 de 1º

de março de 2023. Considerando a **Nota Informativa Conjunta Nº 01 /2023 – Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, Divisão de hepatites Virais e Divisão de Imunização do CVE 13/09/2023**, com orientações quanto aos procedimentos de investigação de casos de Hepatite A a serem adotados, e esclarecimentos sobre a vacinação, seguem abaixo as definições e recomendações:

Definição de caso confirmado

- Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente.
- Indivíduo com suspeita clínica que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A.
- Indivíduo que evoluiu ao óbito com menção de hepatite A na Declaração de Óbito.
- Indivíduo que evoluiu ao óbito com menção de hepatite sem etiologia especificada na Declaração de Óbito, mas que tem confirmação para hepatite A após investigação

Definição de surto

- Dois ou mais casos expostos a mesma fonte ou **com vínculo epidemiológico**, em espaços fechados, em que houve confirmação laboratorial do agente etiológico HAV.

Notificação e investigação epidemiológica de casos e surtos:

Casos confirmados laboratorialmente devem ser notificados no SINAN net na [ficha de Hepatites Virais com CID 10 = B19](#).

Casos internados, graves e óbitos: A investigação de casos graves e óbitos deve ser **complementada com questionário específico (dados do prontuário e antecedentes epidemiológicos)**. Enviar o formulário preenchido juntamente com a ficha SINAN e Laudo de exame para a UVIS da região de abrangência.

A UVIS do atendimento deve encaminhar para VE-DTA/DVE/COVISA e para a UVIS de residência

- Investigação domiciliar: deslocamentos, viagens, hábitos, contatos, locais que frequenta, trabalho, escola, creche, consumo de água e alimentos suspeitos.

Surtos de Hepatite A devem ser notificados no SINAN net na [Ficha de Investigação de Surto de DTA com CID 10 = B15](#).

- Busca ativa de outros casos suspeitos/confirmados no domicílio e nos locais frequentados (creche, escola, trabalho)
- Investigação de possíveis fontes de contaminação ou de transmissão pessoa-pessoa.

A importância da investigação

Na investigação, é necessário coletar informações para a identificação da fonte de infecção, que pode ser: transmissão hídrica e alimentar ou por contato oral-anal.

A) TRANSMISSÃO - HÍDRICA E ALIMENTAR

A transmissão via hídrica e/ou alimentar ocorre quando água contaminada por fezes infectadas com o vírus da hepatite A é ingerida. Isso pode acontecer através do consumo de água não tratada ou insuficientemente tratada, bem como alimentos lavados ou preparados com água contaminada. A transmissão alimentar envolve a ingestão de alimentos que foram manuseados por pessoas infectadas e não foram adequadamente higienizados.

Em caso de surto de hepatite A por transmissão hídrica e alimentar, é importante adotar medidas rápidas e eficazes para conter a disseminação da doença e proteger a saúde pública.

- Confirmar a fonte de contaminação através de investigação epidemiológica e análises laboratoriais.
- Identificar os casos confirmados e suspeitos de hepatite A e rastrear vínculos entre eles.
- Notificar imediatamente as autoridades de saúde pública sobre o surto.
- Recomendar as medidas de prevenção como higienizar as mãos com água e sabão antes de preparar ou consumir alimentos; higienizar os alimentos crus antes do consumo; vacinação de acordo com calendário básico e para populações específicas.

B) TRANSMISSÃO - POR CONTATO ORAL-ANAL

Apesar da forma mais comum de transmissão da hepatite A se dar através de água e alimentos contaminados, muitos surtos têm sido relatados desde os anos 70, entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH), homossexuais ou bissexuais, por meio de práticas sexuais que possibilitam o contato com áreas contaminadas por fezes,

especialmente, na prática sexual oral-anal (HENNING et al., 1995; BELL et al., 1998; COTTER et al., 2003; NAINAN et al., 2005).

Segundo dados da OMS houve um aumento no número de casos de hepatite A, entre junho de 2016 e meados de maio de 2017, em países com baixa endemicidade da doença na Região Europeia e na Região das Américas (Chile e Estados Unidos), relacionado a práticas homossexuais e bissexuais (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

No Brasil, entre os casos notificados de Hepatite A no Município de São Paulo, de 2016 a 2019, destaca-se surto entre 2017-2018, com predomínio de casos no sexo masculino, idade entre 18 e 39 anos, afetando pessoas que se auto referiram HSH (São Paulo, 2019).

Dessa forma, a investigação de casos de hepatite A deve, além de todas as orientações listadas anteriormente neste documento para investigação de surto por transmissão hídrica e alimentar, incluir dados das características da prática sexual, bem como de parceiros, nos casos assim identificados.

O uso de preservativos e a higienização das mãos, da genitália, do períneo e da região anal antes e após as relações sexuais é medida indicada na prevenção da transmissão do vírus da Hepatite A por contato oral-anal.

Imunização

O objetivo de vacinar é prevenir e controlar doenças imunopreveníveis. A vacina hepatite A inativada provou estar entre as mais imunogênicas, seguras e bem toleradas. Aproximadamente 100% das pessoas desenvolvem níveis protetores de anticorpos contra o vírus no prazo de um mês após uma única dose da vacina.

Em relação aos resultados do estudo de custo-efetividade para a vacina hepatite A, eles mostraram que um programa nacional de vacinação universal contra hepatite A na infância teria importante impacto na epidemiologia da doença, podendo levar a redução de 64% no número de casos ictericos de hepatite A aguda, redução de 59% no número de mortes e diminuição de 62% dos anos devida perdidos em decorrência da doença.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) por meio do Programa Municipal de Imunização (PMI), em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) e da Divisão de Imunização/CVE,

disponibilizou a vacina adsorvida hepatite A (inativada) a partir de agosto de 2014, com esquema de uma dose para crianças de 12 meses até menores de 2 anos (1 ano, 11 meses e 29 dias) nascidas a partir de 1º de julho de 2012. Inicialmente foi recomendada sua administração aos 12 meses de idade, passando a partir de 2016, com a modificação do calendário vacinal, a ser recomendada aos 15 meses. A vacina Hepatite A está disponível nas Unidades Básicas de Saúde para crianças menores de 5 anos, como parte do calendário básico de vacinação.

O esquema é diferenciado para pacientes suscetíveis à hepatite A, a partir de 12 meses de idade, com condições clínicas associadas, como preconizado no Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e serviços e Especializados:

- Hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive portadores do HCV
- Portadores crônicos do HBV
- Coagulopatias,
- **Pessoas vivendo com HIV/aids,**
- Imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora,
- Doenças de depósito,
- Fibrose cística (mucoviscidose),
- Trissomias,
- Candidatos a transplante de órgão sólido (cadastrados em programas de transplantes),
- Transplantados de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea),
- Doadores de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea), cadastrados em programas de transplantes,
- Hemoglobinopatias,
- Asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas.

Na avaliação de cobertura vacinal (CV) no estado de São Paulo, numa série histórica de 2014 a 2021, no ano de sua implantação a adesão a vacinação ficou aquém do desejado (67,8%), ou seja, não alcançou a meta de CV que é de 95,0%. No entanto, em 2015 ela foi superada (CV 102,4%), para novamente, em 2016, ficar abaixo do esperado (63,4%), com pequena elevação em 2017, 2018 e 2019 (respectivamente, 76,1%, 83,6% e 86,3%), seguida

de decréscimo nos anos pandêmicos (2020, 2021 e 2022 respectivamente, 80,8%, 72,9% e 74,6%). A meta de homogeneidade só foi atingida em 2015 (77,4%), mantendo-se nos demais anos com médias próximas a 35%.

A série histórica de cobertura vacinal no Município de São Paulo demonstra que, no ano de 2016, a cobertura foi de 70,5%, em 2017 de 83,5%, em 2018 de 89,9%, em 2019 de 90,23%, o melhor resultado da série, em 2020 de 76,98%, em 2021 de 79,66%, em 2022, 84,08% e no ano de 2023, 87,34% até o mês de julho. Assim apontamos para um aumento progressivo da cobertura a partir do ano de 2021, com uma homogeneidade atual de 25,0%.

Situação epidemiológica no Brasil e município de São Paulo

O Inquérito Nacional de Hepatites Virais, realizado nas capitais brasileiras entre 2004 e 2009, demonstrou que o Brasil se encontrava em fase de transição epidemiológica da hepatite A, apresentando dois padrões distintos:

- área de média endemicidade, referente às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, nas quais 56,0% a 67,5% das crianças de 5 a 9 anos e adolescentes entre 10 e 19 anos apresentam anticorpos anti-HAV, respectivamente; e
- área de baixa endemicidade, referente às regiões Sul e Sudeste, onde 34,5% e 37,7% das crianças e adolescentes das mesmas faixas etárias apresentam anticorpos anti-HAV.

As áreas em transição epidemiológica têm como característica a melhoria das condições de água e esgoto, o que pode impactar na **redução da infecção na infância, aumentando o risco de casos e surtos entre crianças maiores, adolescentes e adultos**. Nestes, a doença apresenta uma manifestação clínica considerada grave, aumentando a importância da hepatite A como problema de saúde pública.

Na última edição do Boletim Epidemiológico das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, publicado em agosto de 2023, foi realizada análise do perfil epidemiológico de casos notificados de hepatite A.

No **Brasil**, entre os anos de 2000 e 2022, foram confirmados 169.094 casos de hepatite A, 22,5% do total de casos de hepatites virais notificadas.

As regiões Nordeste e Norte abrangem 55,2% de todos os casos de hepatite A do país, e as regiões Sudeste, Sul

e Centro-Oeste, 18,4%, 15,3% e 11,1% respectivamente.

De 2011 e 2014, a taxa de incidência de hepatite A no Brasil apresentou pouca variação, a partir de 2015, houve uma redução de 75% quando passou de 1,6 para 0,4/100 mil habitantes em 2022.

A região Sudeste apresentou elevação nas taxas de incidência entre os anos de 2017 e 2018.

No período de 2012 a 2022, 53,8% dos casos eram do sexo masculino e 46,2% do sexo feminino. A razão de sexos em 2022 foi de 1,8 (18 homens para cada dez mulheres). Esta relação aumentou nos anos de 2017 (2,8) e em 2018 (2,1), onde os casos de hepatite A predominaram no sexo masculino.

Dos casos acumulados 52,4% são em menores de 10 anos. No período de 2014 e 2022, houve uma redução de 96,6% e 99,2% na taxa de incidência de hepatite A em crianças menores de 5 anos e entre aquelas de 5 a 9 anos de idade.

No período de 2000 a 2021, foram registrados 85.486 **óbitos relacionados às hepatites virais**, destes 1,5% foram associados à hepatite viral A.

No **Município de São Paulo**, a série histórica apresentou variações ao longo dos anos, entre 2016 e 2023. (Figura 2)

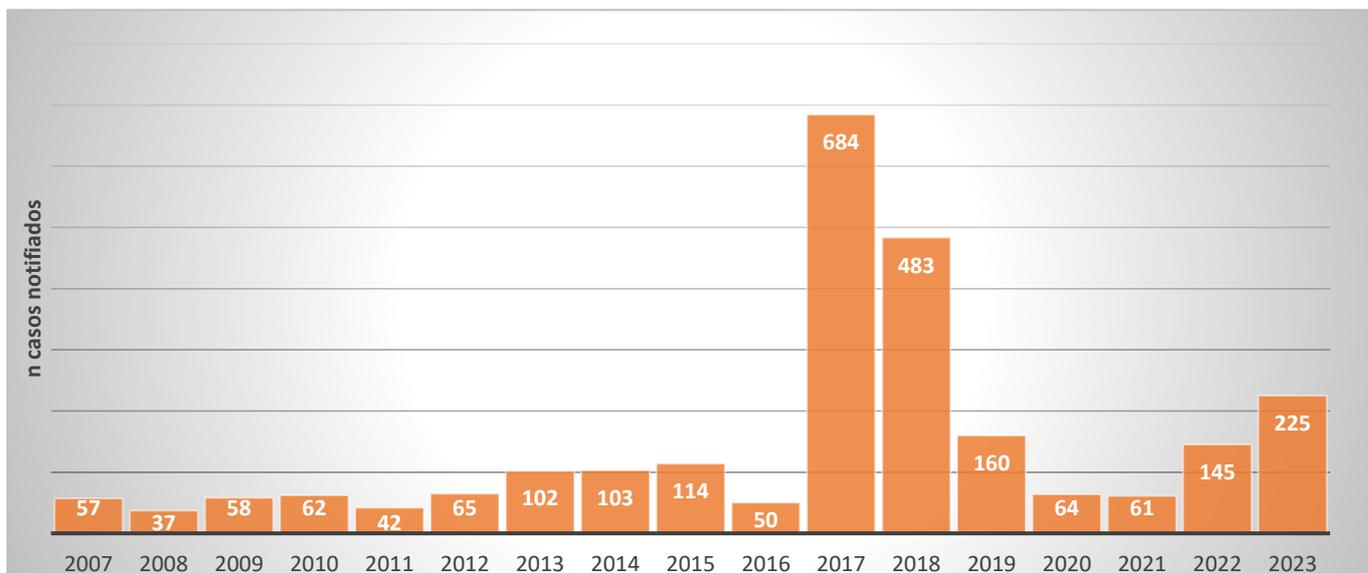
Conforme referido anteriormente, houve aumento de casos registrados e investigados nos anos de 2017 e 2018, até o início de 2019, associados a prática sexual oral-anal, com predomínio de casos no sexo masculino, idade entre 18 e 39 anos, afetando pessoas que se auto referiram HSH (Figura 3). Nesta ocasião, em conformidade com a Nota Informativa nº 10/2018-COVIG/CGVP/DIAH/SVS/MS, foi indicada a vacinação de pessoas que tenham prática sexual com contato oral-anal, especialmente HSH e a vacina foi disponibilizada nos serviços que realizavam atendimento de IST e de profilaxia pré e pós exposição ao HIV. Foi observada queda na ocorrência e conseqüentemente nas notificações de casos.

Posteriormente, a pandemia de Covid-19 impactou na queda da notificação de diversos agravos de notificação compulsória, inclusive de hepatite A em 2020 e 2021 e, no ano de 2022, houve a introdução da vigilância de casos de hepatite aguda de etiologia desconhecida, sensibilizando os serviços de saúde para detecção e notificação, onde muitos casos foram diagnosticados como Hepatite A.

A área técnica permanece monitorando os casos notificados em 2023 e observa-se na Figura 4 o aumento de notificações a partir do mês de abril, com pico no início do mês de julho. Predomínio do sexo

masculino (73,3%) e na faixa etária de 18 a 39 anos (71,6%) (Figura 3 e 5). A fonte de infecção é desconhecida em 73,8% dos casos (Tabela 1). Além disso, é realizado monitoramento por meio da vigilância laboratorial de exames positivos, tanto da rede privada como da rede pública.

Figura 2. Casos confirmados de Hepatite A por ano notificação, residentes no MSP, 2007 a 2023*



Fonte: SINAN NET.* Dados 28/09/2023, sujeitos à revisão

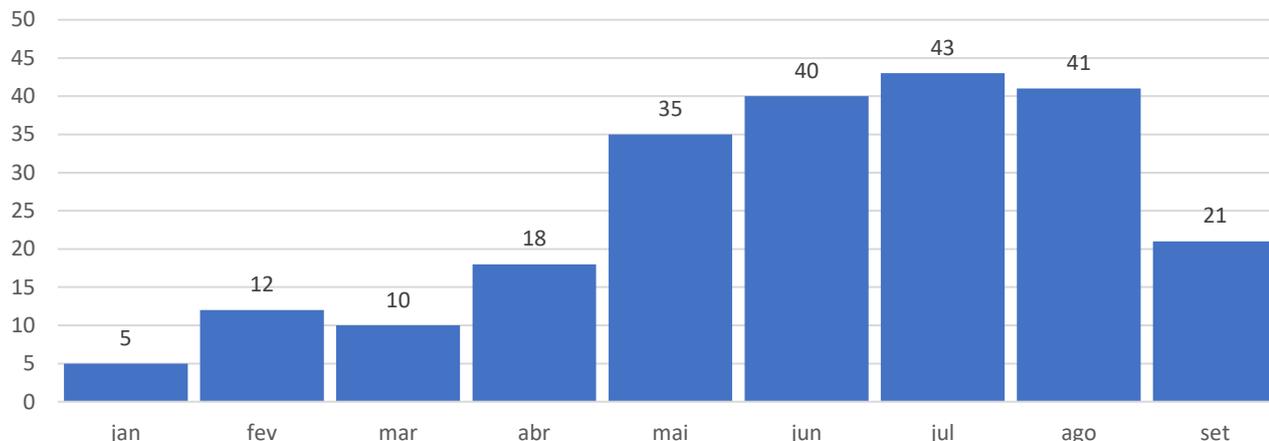
Figura 3. Dados epidemiológicos consolidados de casos confirmados de Hepatite A por ano notificação, residentes no MSP, 2007 a 2023*

Ano de Notificação	nº casos confirmados	nº óbitos	Nº casos no sexo Masculino	Nº casos com Idade 18-39 anos	Nº casos em portadores de HIV	Fonte provável alimento/água	Fonte provável sexual	Fonte sem informação/ignorada	Hospitalização
2016	50	0	23 (46,0%)	10 (20,0%)	0 (0,0%)	7	0	43	
2017	684	2	604 (88,3%)	543 (79,4%)	94 (13,7%)	78	197*	489	145*
2018	483	3	374 (77,4%)	338 (70,0%)	51 (10,6%)	72	114*	333	124*
2019	160	0	124 (77,5%)	113 (70,6%)	18 (11,3%)	28	29*	107	20*
2020	64	0	36 (56,3%)	25 (39,1%)	7 (10,9%)	8	5	48	
2021	61	0	39 (63,9%)	43 (70,5%)	8 (13,1%)	9	7	42	
2022	145	0	98 (67,6%)	82 (56,6%)	9 (6,2%)	32	6	104	
2023	225	1	165 (73,3%)	161 (71,6%)	21 (9,3%)	35	14	166	
Total	1872	6	1463 (77,9%)	1315 (70,0%)	208 (11,1%)	269	372	1332	

Fonte: SINAN NET. *Dados até 28/09/2023, sujeitos à revisão; PROAIM/SIM

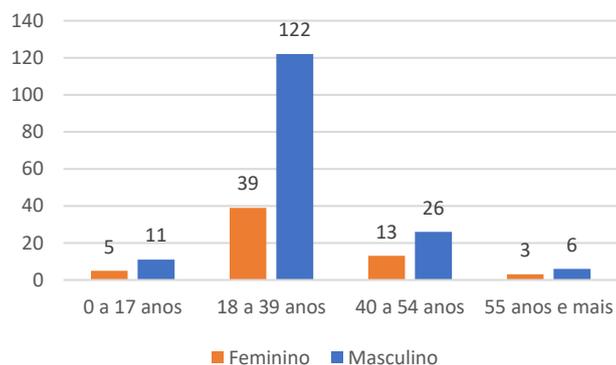
*Dados complementados por formulário eletrônico FORMSUS/DATASUS (2017, 2018 e 2019)

Figura 4. Casos confirmados de Hepatite A por mês de notificação, residentes no MSP, 2023*



Fonte: SINAN NET.* Dados 28/09/2023, sujeitos à revisão

Figura 5. Casos confirmados de Hepatite A por faixa etária e sexo, residentes no MSP, 2023*.



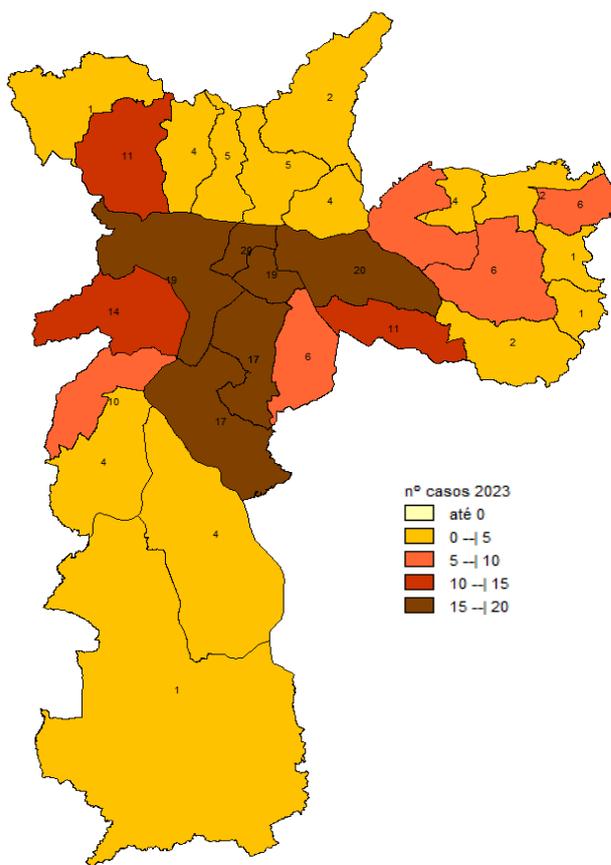
Fonte: SINAN NET. *Dados até 28/09/2023, sujeitos à revisão

Tabela 1. Casos confirmados de Hepatite A por provável fonte de infecção, residentes no MSP, 2023*.

Fonte	Nº	%
alimento/água	35	15,6%
sexual	14	6,2%
drogas	5	2,2%
domiciliar	0	0,0%
pessoa/pessoa	0	0,0%
outros	5	2,2%
sem informação	166	73,8%
Total	225	100,0%

Fonte: SINAN NET. Dados até 28/09/2023, sujeitos à revisão

Figura 6. Casos confirmados de Hepatite A por UVIS de residência, residentes no MSP, 2023*



Fonte: SINAN NET. *Dados até 28/09/2023, sujeitos à revisão

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de imunização e Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 5ª edição. Brasília. 2019. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual centros imunobiologicos especiais 5ed.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/aids. Tuberculose. Hepatites Virais e infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico Hepatites Virais 2023. Número Especial. Julho de 2023. Brasília. Disponível em:

<https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hepatites-virais/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-2023.pdf/view> (Acessado em 13/09/2023)

Chuffi S, Gomes-Gouvêa MS, Casadio LVB, Nastri ACSS, Gonzalez MP, Cotia ALF, Aranda AGD, Tenore SB, Ono SK, Malta FM, Madalosso G, Ferreira PRA, Carrilho FJ, Pinho JRR. The Molecular Characterization of Hepatitis A Virus Strains Circulating during Hepatitis A Outbreaks in São Paulo, Brazil, from September 2017 to May 2019. *Viruses*. 2021 Dec 31;14(1):73. doi: 10.3390/v14010073 PMID: 35062277; PMCID: PMC8777592. (Acessado em 13/09/2023)

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica 'Prof. Alexandre Vranjac'. Informe Epidemiológico – Nota informativa 01 / 2023 – 13/09/2023 Disponível em:

<https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-hidrica-e-alimentar/documentos-tecnicos/>

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Hepatite A: Boletim epidemiológico Nº 01 – SE40 /2019. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=239585

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Dados Epidemiológicos. *Série Histórica de Agravos e Doenças de notificação compulsória. Hepatite A*. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=244856

Acessado em 15/09/2023

Universidade de Pernambuco. Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil. Recife: Universidade de Pernambuco; 2010

Ximenes RAdA, Martelli CMT, Amaku M, Sartori AMC, de Soárez PC, Novaes HMD, et al. (2014) Modelling the Force of Infection for Hepatitis A in an Urban Population-Based Survey: A Comparison of Transmission Patterns in Brazilian Macro-Regions. *PLoS ONE* 9(5): e94622.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094622>.

Acessado em 13/09/2023