

**Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES
Superintendência de Vigilância em Saúde - SUVISA
Gerência de Vigilância Epidemiológica – GVE**

**INFORME EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES B e
C DO ESTADO DE GOIÁS 2013 - 2017**

**Coordenação Estadual das Doenças Imunopreveníveis,
Respiratórias e Hepatites Virais/GVE/SUVISA/SES-GO.**

**Thiago Guida
Thaisa Leite
Marlene Sores
Glenia Feitosa**

Apresentação

Hepatite Viral existe em todo o mundo e é hoje considerado o maior problema global de saúde pública e se não for adequadamente diagnosticada e tratada, poderá evoluir para suas formas mais graves levando à insuficiência hepática aguda, cirrose, câncer do fígado e até mesmo à morte.

As hepatites virais B e C são na maioria das vezes, de transmissão sexual, vertical (transmissão perinatal) e parenteral por meio do contato com fluídos de sangue contaminado, presentes em alicates, instrumentos cirúrgicos e odontológicos não esterilizados, em lâminas de barbear e outros produtos que contenham o material contaminado. A hepatite C está associada principalmente ao compartilhamento de seringas de drogas injetáveis (cocaína, anabolizantes e complexos vitamínicos), inaláveis (cocaína) ou pipadas (crack), à transfusão sanguínea e/ou hemoderivados antes de 1993, quando não havia testagem sorológica do sangue, e ao uso de material não esterilizado na realização tatuagens, colocação de piercings, em procedimentos realizados em salões de beleza, podólogos e em consultórios médicos e odontológicos que não obedecem às normas de biossegurança.

De acordo com dados atualizados da Organização Mundial da Saúde, no mundo estima-se que aproximadamente dois bilhões de indivíduos tenham tido contato com o HBV, cerca de 257 milhões pessoas são portadores crônicos de Hepatite B e mais de 878 mil pessoas morrem anualmente por complicações relacionadas a este vírus, tais como cirrose e câncer hepático. No Brasil, até 2017 foram notificados 218.257 casos confirmados da doença e é a segunda maior causa de óbito entre as hepatites virais. Em Goiás, no período de 2013 a 2017 foram notificados 5607 casos de Hepatite B, dos quais 2173 foram confirmados. Em 2017, 18 milhões de vacinas contra Hepatite B foram distribuídas em todo o país e 31,1 mil pacientes estão em tratamento para a doença. Quanto à hepatite C a OMS aponta que aproximadamente 71 milhões pessoas são portadoras crônicas do vírus e que aproximadamente 400 mil pessoas morrem anualmente em decorrência das complicações relacionadas a ele. No Brasil, estima-se que 1.032.000 tenha tido contato com o vírus C, destes 657.000 sejam portadoras da doença ativa e necessitem de tratamento. Em Goiás foram notificados 1713 casos de Hepatite C, sendo 1603 confirmados. Óbitos por Hepatite C são maior causa de morte entre as hepatites virais.

O Brasil, reconhecendo a magnitude das hepatites virais no país e no mundo, apresentou à Organização Mundial da Saúde (OMS), durante a 63ª Assembléia Mundial da Saúde realizada em maio de 2010, uma proposta de reconhecimento do impacto desses agravos e foi estabelecido o dia 28 de julho como o Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais.

Durante a 69ª Assembléia Mundial da Saúde realizada em maio de 2016, foi aprovada a implantação da primeira Estratégia Global do Setor da Saúde sobre a hepatite viral para 2016-2021. A nova estratégia introduz as primeiras metas globais para a hepatite viral, incluem uma redução de 30% nos novos casos de hepatite B e C, e uma redução de 10% na mortalidade até 2020. As abordagens principais serão expandir os programas de vacinação para a hepatite B, foco na prevenção da transmissão materno-infantil da hepatite B, melhorar a qualidade das injeções, segurança do sangue e segurança cirúrgica, serviço de “redução de danos” para as pessoas que injetam drogas e aumentar o acesso ao diagnóstico e tratamento para a hepatite B e C. O conhecimento do perfil epidemiológico e clínico de uma população

compreende uma estratégia básica para se estabelecer a vigilância e o controle de uma infecção e contribui para a definição de políticas públicas de enfrentamento das hepatites virais e fortalecimento da vigilância epidemiológica.

Com o intuito de consolidar uma estratégia de comunicação da informação referente às hepatites virais no estado, apresenta-se um Boletim Epidemiológico sobre as Hepatites B e C no Estado de Goiás, no contexto de sua vigilância e epidemiologia, além de uma análise crítica dos dados apresentados sobre as Hepatites B e C. Nele estão descritos os casos dessas doenças notificados e confirmados, a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e os óbitos declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Introdução

A hepatite é um termo geral que define inflamação do fígado. Suas causas incluem uso de álcool, drogas, doenças autoimunes, mas a causa mais comum são as infecções virais. As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. São chamadas de doenças silenciosas, pois muitas vezes não apresentam sintomas.

Os agentes etiológicos das hepatites virais são os chamados vírus hepatotrópicos, sendo os mais importantes designados por letras do alfabeto (vírus A, vírus B, vírus C, vírus D e vírus E), esses vírus têm em comum a predileção para infectar os hepatócitos, entretanto, divergem quanto às formas de transmissão e consequências clínicas advindas da infecção.

A evolução clínica das hepatites varia conforme alguns fatores ligados ao vírus e a outros fatores ligados ao hospedeiro. Os vírus A e E apresentam apenas formas agudas de hepatite, não possuindo potencial para desenvolver formas crônicas da infecção. Os vírus B, C e D podem apresentar tanto formas agudas quanto crônicas da infecção. As consequências do estado de portador crônico podem ser danosas, com desenvolvimento de cirrose hepática e hepatocarcinoma com o passar dos anos.

O HBV é um vírus constituído de DNA de fita dupla, pertencente à família Hepadnaviridae. As consequências da infecção aguda pelo HBV são altamente variáveis. Recém-nascidos geralmente apresentam uma taxa de cronificação muito superior aquela que encontramos na infecção do adulto. Crianças com idade acima de 5 anos são sintomáticas em 33 a 50% dos casos de infecção, com severidade variando de moderada até fulminante. O risco de desenvolvimento de infecção crônica varia inversamente com a idade e é mais elevada (acima de 90%) em crianças infectadas no período perinatal. Entre 25 e 50% das crianças infectadas entre 1 e 5 anos de idade desenvolvem infecção crônica, comparado com índices de 6 a 10% observados em crianças acima de 5 anos e adultos.

Um plano pactuado entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, pretende eliminar a hepatite C no Brasil até 2030. A ideia é simplificar o diagnóstico, ampliar a testagem e fortalecer o atendimento às hepatites virais. Atualmente, a hepatite C tem o maior número de notificações dentre todas as hepatites. Em 2017, a taxa de incidência foi de 11,9 casos por cada 100 mil habitantes. O plano de eliminação está alinhado com as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS), a meta é tratar 19 mil pessoas este ano, e a partir de 2019, 50 mil pacientes por ano até 2024. A partir de 2025, esse número passa a ser de 32 mil novos tratamentos ao ano. Assim, espera-se reduzir em 65% a mortalidade por hepatite C até 2030.

Na área do diagnóstico foram notificadas 24,4 mil pessoas com hepatite C em 2017. Até 2030, a meta é ampliar o diagnóstico e tratamento para reduzir em 90% o número de novos casos. Para 2018, a meta é diagnosticar 30 mil pessoas em 2018 e, a partir de 2019, 40 mil ao ano até 2030. Para aumentar o diagnóstico, o Ministério da Saúde distribuiu 12 milhões de testes em 2017; destes, 9 milhões foram para hepatite C. A meta é testar para hepatite C 100% do público prioritário até 2030.

Panorama das hepatites no Brasil

A hepatite A é comumente transmitida por água e alimentos contaminados. Mas o Boletim Epidemiológico – 2018 do Ministério da Saúde informa que os casos da doença mais que dobraram em homens de 20 a 39 anos. No estado de São Paulo o número saltou de 155 casos, em 2016, para 1.108 em 2017. Surtos recentes têm sido relatados pelas práticas sexuais, com transmissão oral-anal, no estado. O município de São Paulo em 2017 notificou 786 casos dos quais 302 foram atribuídos a transmissão sexual.

A hepatite B, os últimos 10 anos apresentaram pouca variação. Foram 14,7 mil casos em 2016 e 13,4 mil em 2017. A transmissão se dá por sangue contaminado, sexo desprotegido, compartilhamento de objetos perfuro-cortantes e por transmissão vertical. A vacina para hepatite B está disponível no SUS para todas as pessoas. Na criança, é dada em quatro doses, sendo a primeira ao nascer. Nos adultos, que não se vacinaram na infância, são três doses. Em 2017, foram distribuídas 18 milhões de vacinas para todo o país e atualmente, 31,1 mil pacientes estão em tratamento para a doença.

A hepatite C acomete, principalmente, os adultos acima de 40 anos. Foram 24,4 mil casos registrados em 2017. O tratamento com os antivirais de ação direta, disponível no SUS desde 2015, apresenta taxas de curas superiores a 90%. A doença é transmitida por sangue contaminado, sexo desprotegido, compartilhamento de objetos perfuro-cortantes. O agente etiológico é um vírus RNA, pertencente à família flaviviridae, podendo apresentar-se como uma infecção assintomática ou sintomática. A infecção por esse agente é diagnosticada pela detecção de anticorpos específicos anti-HCV e pela presença do RNA viral no soro. Uma característica importante do HCV é a variabilidade apresentada pelo seu genoma, essa heterogeneidade ocorre como consequência das inúmeras mutações durante o processo de replicação viral. O período de incubação, intervalo entre a exposição efetiva do hospedeiro suscetível a um agente biológico e o início dos sinais e sintomas clínicos da doença neste hospedeiro, varia de 15 a 150 dias. Apenas entre 5 e 10% dos casos de Hepatite C aguda associam-se a presença de sinais e sintomas que caracterizam a forma aguda da infecção e em apenas entre 30 e 40% dos pacientes infectados observa-se o clareamento viral; os demais evoluem para a forma crônica.

A definição do status clínico do paciente e a identificação da forma clínica da doença na infecção pelo vírus C são dificultadas pela expressão clínica da doença, que por apresentar-se assintomática (ou subclínica) na maior parte dos casos, pode dificultar a identificação segura da via de transmissão do agente ou da fonte de infecção, bem como a época de sua ocorrência e também o diagnóstico preciso e conclusivo da infecção, o qual está na

dependência dos recursos tecnológicos e laboratoriais disponíveis, mas que também, pode sofrer influência da biologia dos agentes (variabilidade, mutação, imunogenicidade) e da resposta imune do hospedeiro.

Metodologia

Este manuscrito compreende um Informe Epidemiológico sobre as Hepatites B e C, agravos incidentes na população do Estado de Goiás e em todo o território nacional. O Estado de Goiás está dividido em 5 macrorregiões designadas por Centro-Oeste, Centro-Norte, Nordeste, Sudoeste e Centro-Sudeste, compostas, respectivamente por 72, 60, 31, 28 e 55 municípios, e sua população tem sido estimada em 6.778.772 habitantes. Nesta oportunidade, apresentamos uma análise descritiva dos casos notificados e confirmados em todo Estado, e que estão registrados na base de dados do SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, relativos ao período de 2013-2017. Paralelamente, é feito uma análise crítica dos dados apresentados e uma abordagem técnico-científica atualizada sobre os dois agravos, no contexto do diagnóstico laboratorial da infecção, da biologia e da epidemiologia dos dois agentes causais. Para coleta dos dados dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde, adotamos o programa Tabwin.

Resultados e Discussão

Tabela1. Número de casos notificados de Hepatites Virais por Classificação Etiológica, segundo ano de notificação (2013-2017).

Ano da Notificação	Ignorado / Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus E	Vírus B + C	Vírus A + B	Vírus A + C	Não se aplica	Total
2013	4740	80	1499	198	4	0	15	1	1	17	6555
2014	4309	69	1205	282	4	1	17	1	3	15	5906
2015	5305	25	1104	410	5	0	16	4	1	83	6953
2016	3968	14	1023	462	5	0	20	2	3	16	5513
2017	3230	20	776	361	2	1	24	4	0	13	4431
Total	21552	208	5607	1713	20	2	92	12	7	144	29358

Tabela2. Número de casos confirmados de Hepatites Virais por Classificação Etiológica, segundo ano de notificação (2013-2017).

Ano da Notificação	Ignorado / Branco	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B + D	Vírus E	Vírus B + C	Vírus A + B	Vírus A + C	Não se aplica	Total
2013	96	72	431	184	0	0	12	1	1	10	807
2014	162	65	419	259	0	1	13	1	3	4	927
2015	71	24	432	389	0	0	10	4	1	7	938
2016	69	13	468	443	1	0	18	1	2	5	1020
2017	114	19	423	328	0	1	19	3	0	4	911
Total	512	193	2173	1603	1	2	721	10	7	30	4603

A tabela 1 e 2 apresentam os números de casos notificados e confirmados de hepatites virais, distribuída de acordo com a classificação etiológica, considerando os agentes de hepatite A a hepatite E. Nesta tabela é demonstrado que do total de 29358 casos notificados durante o período de 2013 a 2017 na população de Goiás, sendo que 4603 foram confirmados. Entende-se como caso confirmado, aquele caso suspeito que apresente resultado sorológico positivo/reagente para hepatite.

O número de casos notificados para hepatite B foi de 5607, sendo 2173 casos confirmados e para hepatite C foram notificados 1713 casos, sendo 1603 casos confirmados. Desde que o HBV e o HCV compartilham entre si o modo de transmissão, a infecção combinada entre ambos é de ocorrência freqüente, particularmente em áreas onde os dois agentes são endêmicos. A infecção combinada tem sido estabelecida sorologicamente pela detecção do antígeno de superfície (HBsAg) e pela presença de anticorpos específicos anti-HCV e RNA viral no soro e sua maior incidência tem sido observada em população de hemodialisados / renais crônicos.

De acordo com os dados aqui apresentados, do total de 29358 casos de hepatites notificados, em 92 deles a coinfeção pelos dois agentes (B e C) foi confirmada. Alguns relatos clínicos têm indicado que pacientes que se apresentam infectados pelos dois agentes, tendem a desenvolver formas mais severas de doença do fígado, com aumento significativo do risco de hepatite fulminante, cirrose hepática e HCC, particularmente aqueles que apresentam níveis de DNA HBV relacionado detectáveis na circulação.

Tabela 3. Freqüência de Hepatite B de acordo com a Forma Clínica, segundo ano de notificação - período de 2013-2017.

Ano da Notificação	Ignorado / Branco	Hepatite Aguda	Hepatite Crônica/Portador	Hepatite Fulminante	Inconclusivo	Total
2013	1080	81	343	0	15	1519
2014	808	69	336	0	14	1227
2015	700	49	355	0	25	1129
2016	570	61	369	1	49	1050
2017	372	63	324	0	47	806
Total	3530	323	1727	1	150	5731

No homem, a infecção pelo VHB pode se dá na forma inaparente ou de doença clínica manifesta, a qual pode evoluir de uma forma aguda para cura, com imunidade duradoura, mas, também para o estado de portador crônico assintomático. Mais raramente a infecção pelo VHB pode levar à Hepatite fulminante (1 a 3% das pessoas com doença aguda).

Em 70% dos casos em adultos e em 90% em crianças com idade inferior a 5 anos, a infecção aguda apresenta-se subclínica. A forma crônica pode progredir para um quadro de Cirrose e/ou Carcinoma Hepatocelular (CHC). Quando a infecção ocorre em crianças com idade inferior a 1 ano, a evolução para cronicidade atinge taxas em torno de 90% decrescendo com o aumento da idade. Em apenas 6-10% dos adultos expostos ao HBV ocorre evolução para cronicidade.

A tabela 3 demonstra a distribuição dos casos confirmados de infecção pelo HBV e a classificação da infecção de acordo com a “Forma Clínica” apresentada, baseado nos achados sorológicos.

Do total de casos diagnosticados naquele período (5731), 323 casos foram classificados como hepatite aguda (caracterizada laboratorialmente pela detecção do HBsAg, anti-HBc IgM e anti-HBcTotal na circulação sanguínea), enquanto 1727 casos tiveram forma clínica definida como hepatite crônica (caracterizada pelo perfil HBsAg [+], anti-HBcTotal [+] e anti-HBcIgM [-]), ambas classificações efetuadas de acordo com a ficha de notificação epidemiológica, em outras opções tais como ignorado/branco (“Ignorados/Brancos” (3530) – como informado pelo sistema, mas que de acordo com a informação contida no guia de preenchimento deveria ter sido “preenchido automaticamente” como “casos inconclusivos”), hepatite fulminante (todos os quadros de encefalopatias hepáticas que surgem dentro das primeiras 8 semanas desde o início da icterícia e Inconclusivo (casos que não se enquadraram em nenhuma forma clínica)), obteve-se os seguintes dados respectivamente: 1 e 150.

Tabela 4. Frequência de hepatite B por “Classificação Final” de acordo com ano de notificação (2013-2017)

Ano da Notificação	Ignorado / Branco	Confirmação laboratorial	Confirmação clínico-epidemiológica	Descartado	Cicatriz sorológica	Inconclusivo	Total
2013	4	444	0	0	1069	2	1519
2014	0	433	1	1	791	1	1227
2015	0	446	0	0	682	1	1129
2016	1	488	0	0	559	2	1050
2017	0	445	0	0	361	0	806
Total	5	2256	1	1	3462	6	5731

Nessa tabela é demonstrado o número de casos classificados como “Cicatriz Sorológica” (3462), considerando o total de casos de exposição ao HBV que foram notificados. Essa condição define as situações sorológicas que denunciam exposição ao HBV – pela presença do marcador anti-HBc Total, e desenvolvimento de imunidade - caracterizada pela detecção de anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV (anti-HBs); confirmação laboratorial (2256) são aqueles casos que apresentaram resultados sorológicos ou virológicos reagentes; Ignorados/brancos (5), Confirmação clínico epidemiológico (1), descartado (1) e Inconclusivo (6).

Sobre “Cicatriz Sorológica” devemos analisar, as quais refletem diretamente no perfil epidemiológico da população analisada para esse agravo e, conseqüentemente, na fidelidade dos dados estatísticos.

Tabela 5. Distribuição dos casos de infecção pelo HBV de acordo com a provável fonte de infecção no período de 2013 a 2017.

Ano da Notificação	Ignorado / Branco	Sexual	Transfusional	Uso de Drogas	Vertical	Acidente de Trabalho	Hemodiálise	Domiciliar	Tratamento Cirúrgico	Tratamento Dentário	Pessoa / pessoa	Alimento / Água	Outros	Total
2013	1183	213	12	5	5	5	0	37	2	16	12	3	26	1519
2014	865	191	16	4	9	12	0	32	2	11	26	2	57	1227
2015	717	274	12	3	5	4	1	20	5	26	13	0	49	1129
2016	735	227	16	12	3	3	1	8	1	12	8	2	22	1050
2017	608	133	6	8	1	3	0	15	0	10	7	2	13	806
Total	4108	1038	62	32	23	27	2	112	10	75	66	9	167	5731

O VHB é disseminado através do contato com fluidos infectados, sendo o homem o seu único hospedeiro natural. O sangue é o mais importante veículo de transmissão, entretanto outros fluidos têm também sido implicados, incluindo sêmem e saliva. Assim é reconhecido que a transmissão do VHB pode ocorrer por exposição percutânea ou de mucosa a corpos fluidos infecciosos, por contato sexual com pessoas infectadas, além da transmissão perinatal, a partir de mães infectadas com o agente. A Tabela 5 demonstra a distribuição dos casos comprovados de infecção por HBV de acordo com a provável fonte de infecção e evidencia a via sexual como aquela mais prevalente dentre as identificáveis (1038), seguidos das vias: outros (167), domiciliar (112); tratamento dentário (75), pessoa a pessoa (66), transfusional (62), uso de drogas (32), acidente de trabalho (27), vertical (23), tratamento cirúrgico (10), alimento / água (9) e hemodiálise (2). Ainda permanece elevada frequência de ignorados e em branco (4108) o que dificulta a identificação fidedigna da provável fonte de infecção. Outro equívoco é o de transmissão por água e alimentos, já que esta opção não faz parte da cadeia epidemiológica da transmissão pelo HBV.

Tabela 6. Frequência de hepatite C por “Forma Clínica” segundo ano de notificação (2013-2017).

Ano da Notificação	Ignorado / Branco	Hepatite Aguda	Hepatite Crônica/Portador	Hepatite Fulminante	Inconclusivo	Total
2013	22	11	176	0	5	214
2014	30	15	247	0	10	302
2015	45	15	308	1	58	427
2016	33	28	363	4	57	485
2017	50	33	262	0	40	385
Total	180	102	1356	5	170	1813

A tabela 6 demonstra o número de casos confirmados de hepatite C e a classificação da infecção de acordo com a forma clínica baseada nos achados sorológicos. De acordo com a ficha de notificação epidemiológica das hepatites virais, é definida como infecção aguda pelo

HCV casos de hepatite C que tenham sido comprovado soroconversão recente (menos de 6 meses) de anti-HCV negativo para anti-HCV positivo, enquanto que a presença de anticorpos anti-HCV associado à detecção de HCV/RNA na circulação define infecção crônica.

Os dados desse informativo demonstram que do total de 1813 casos de infecção pelo HCV diagnosticados durante o período de 2013-2017, 1356 foram classificados na forma crônica, 102 como infecção aguda, enquanto 170 casos não puderam ser classificados de acordo com o perfil sorológico encontrado e, portanto, definidos como casos “Inconclusivos”, 5 definidos como Hepatite Fulminante e 180 classificados como ignorados e em branco.

De acordo com a história natural da infecção pelo HCV é sabido que a grande maioria (85% aproximadamente) dos indivíduos que entram em contato com esse agente evolui para o estado de portador crônico, desenvolvendo infecção persistente ou doença persistente benigna (ambas as condições clínicas definidas pela detecção de anticorpos anti-HCV e RNA na circulação), enquanto apenas uma pequena parcela (em torno de 15%) dos infectados evoluem para cura (Infecção Resolvida).

No entanto, deve-se ter em mente que o diagnóstico clínico-laboratorial fidedigno da infecção aguda por HCV tem sido difícil estabelecer. Isso ocorre porque, em função da natureza caracteristicamente assintomática da infecção, a maioria dos pacientes recentemente infectados não apresenta doença/hepatite aguda e, como resultado, poucos casos são levados ao conhecimento médico ou são diagnosticados laboratorialmente.

Tabela 7. Frequência de hepatite C por “Classificação Final” de acordo com ano de notificação (2013- 2017)

Ano da Notificação	Ignorado / Branco	Confirmação laboratorial	Confirmação clínico-epidemiológica	Descartado	Cicatriz sorológica	Inconclusivo	Total
2013	1	197	0	0	16	0	214
2014	1	275	0	0	26	0	302
2015	1	400	0	0	26	0	427
2016	0	463	0	0	20	2	485
2017	0	347	0	0	38	0	385
Total	3	1682	0	0	126	2	1813

Nesta tabela é demonstrado o número de casos classificados como “Cicatriz Sorológica”, considerando o total de casos de exposição ao HCV que foram confirmados. Essa condição é caracterizada laboratorialmente pela detecção de anticorpos anti-HCV na circulação sanguínea com RNA não detectável. A partir desta tabela observa-se que a definição do status clínico pós-exposição ao HCV parece ser mais consistente e precisa quando comparada a do HBV. Isso pode ser justificado pela maior facilidade que há na classificação da infecção por HCV [de acordo com a forma clínica], tendo como referência apenas a análise de um único marcador sorológico e um molecular. De acordo com a classificação final, seguem os resultados: ignorados e em branco: 3; Confirmação laboratorial: 1682; Confirmação clínico epidemiológico: 0 (não é critério diagnóstico); Descartado: 0 ;Cicatriz sorológica: 126 e

Inconclusivo: 2. No entanto, convém destacar que os casos de “Cicatriz” só podem ser assim definidos após constatação da ausência de RNA na circulação sanguínea, avaliação esta que não foi conduzida na totalidade dos 154 casos aqui demonstrados. Isso sugere que, frente a um resultado de triagem positiva para HCV, além da necessidade de confirmação do resultado inicialmente obtido (já ressaltada), a realização do ensaio molecular não pode ser subestimada.

Tabela 8. Distribuição dos casos de infecção pelo HCV de acordo com a provável fonte de infecção no período de 2013 a 2017.

Ano da Notific	Ign/Branco	Sexual	Transf	Uso de Drogas	Vertical	Acidente de Trabalho	Hemodiálise	Domiciliar	Tratamento Cirúrgico	Tratamento Dentário	Pessoa/pessoa	Alimento/Água	Outros	Total
2013	164	14	8	18	1	0	1	0	1	2	0	0	5	214
2014	235	17	10	24	1	2	2	0	1	4	1	0	5	302
2015	327	24	17	26	2	2	0	3	3	13	2	0	8	427
2016	371	39	15	30	0	0	2	3	2	11	0	0	12	485
2017	276	59	6	21	3	0	0	1	2	4	2	0	11	385
Total	1373	153	56	119	7	4	5	7	9	34	5	0	41	1813

A tabela 8 demonstra os casos de infecção pelo vírus da hepatite C distribuídos de acordo com a provável fonte de infecção, baseado nos antecedentes epidemiológicos declarados pela população investigada, constantes na ficha de notificação epidemiológica. A partir dos dados apresentados observa-se a transmissão sexual, uso de drogas e transfusão sanguínea correspondem aos principais fatores envolvidos na transmissão do HCV em nossa região (153, 119 e 56 casos respectivamente). Sabe-se que a transmissão sexual desse vírus é pouco eficiente, bem como por transfusão de sangue após 1993, ano que foram instituídos testes sorológicos para a detecção do HCV. Diante desses dados, fica evidente que poucos sabem como ocorreu a transmissão desta infecção.

É bem estabelecido que a exposição a sangue infectado compreenda o principal fator de risco para infecção por HCV. No entanto, no contexto da transfusão sanguínea, a possibilidade de transmissão do HCV tem se reduzido exponencialmente. Desde a introdução dos testes para detecção de anticorpos anti-HCV na triagem de doadores, o risco residual estava essencialmente limitado àquelas unidades de sangue coletadas de doadores durante o conhecido período de “Janela Imunológica”, o qual se estende por 70 dias pós-infecção. Atualmente, com a introdução dos ensaios de amplificação genômica, o período de “janela” está reduzido para aproximadamente 11 dias, permitindo a detecção de sangue infeccioso cerca de 50 a 60 dias mais cedo do que os testes sorológicos convencionais, o que minimiza a possibilidade de transmissão do agente por essa rota, apesar da existência de um risco residual ser reconhecida.

No que se refere ao uso de drogas ilícitas injetáveis, essa conduta se mantém como elevado fator de risco de infecção por HCV e o número de casos de transmissão por essa via aqui demonstrados (119 casos) pode ser justificado pela epidemiologia do agente já reconhecida. Uma revisão atualizada da epidemiologia global das hepatites virais entre

usuários de drogas, demonstrou que a prevalência de infecção por HCV naquela população variou de 40 a >80% tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, demonstrando que esse comportamento social tem contribuído amplamente para circulação e manutenção desse agente na natureza. Assim os dados aqui demonstrados podem estar subestimados. Em ordem decrescente, seguem os dados referentes as prováveis fontes de infecção pelo HCV: Ignorados e em branco (1373); sexual (153); uso de drogas (119); Transfusão (56); outros (41); tratamento dentário (34); tratamento cirúrgico (9); domiciliar (7); vertical (7); hemodiálise (5); pessoa a pessoa (5); acidente de trabalho (4); alimento/água (0).

Neste contexto, é reconhecido que a infecção por esse agente pode ocorrer através de injúria percutânea utilizando instrumentos com sangue HCV-infectado, tais como agulhas-seringas, piercings e instrumentos de tatuagens ou alicates de unhas; através de intervenções cirúrgicas, procedimentos dentais, além da exposição ocupacional, domiciliar, bem como a sexual, como demonstrado na tabela acima.

Tabela 9. Frequência de casos confirmados de hepatite pelo vírus B, por sexo segundo ano de notificação (2013-2017).

Ano da Notificação	Masculino	Feminino	Total
2013	771	748	1519
2014	597	630	1227
2015	545	584	1129
2016	619	430	1050
2017	423	383	806
Total	2955	2775	5731

Tabela 10. Frequência de casos confirmados de hepatite pelo vírus C, por sexo segundo ano de notificação (2013-2017).

Ano da Notificação	Masculino	Feminino	Total
2013	126	88	214
2014	176	126	302
2015	238	189	427
2016	291	194	485
2017	210	175	385
Total	1041	772	1813

Para finalizar, as duas tabelas acima demonstram a frequência dos casos de hepatite B e C na população goiana, distribuídos de acordo com o gênero. A partir delas, observa-se proximidade no número de casos de exposição aos dois agentes, observado entre homens e mulheres, o que reflete inespecificidade epidemiológica do agente quanto ao gênero, não havendo qualquer dominância representativa na prevalência de infecção. Em relação aos casos confirmados de Hepatite B entre os homens, houve 2955 casos, em mulheres, 2775. Quanto aos casos de Hepatite C confirmados, 1041 ocorreram no sexo masculino e 772 no sexo feminino.

Conclusão

Este documento compreende uma análise do banco de dados do Estado de Goiás, sobre as hepatites B e C no contexto epidemiológico. Nesta oportunidade nos ocupamos essencialmente com os dados relacionados à Forma Clínica da infecção, à Classificação Final e ao Diagnóstico de ambos os agravos, constantes na base do SINAN, variáveis estas que refletem decisivamente na conclusão estatística sobre o perfil epidemiológico da população para esses agravos. Em relação aos óbitos por Hepatite B em Goiás no período de 2000 - 2016, houve 250 casos classificados como causa associada e 206 como causa básica no documento de óbito, totalizando 456 óbitos. Por Hepatite C foram mencionados no documento de óbito, 516 como causa básica e 381 como causa associada, totalizando 897 casos de óbitos.

Desde o início da logística dos testes rápidos para hepatites virais no ano de 2012, foram distribuídos mais de 450.000 testes rápidos para todas as regiões do estado, hoje a rede de capilaridade dos testes das hepatites virais no Estado de Goiás, possui profissionais capacitados para este diagnóstico precoce nos diversos níveis de atendimento ao usuário, desde atenção básica até os serviços de atendimento especializado compreendendo todas Regionais de Saúde do Estado de Goiás.

São 20 centros de testagem e aconselhamento e 8 serviços de atendimento especializado que na sua rotina realizam testagens além de 4 municípios (Goiânia / Anápolis / Itumbiara e Jataí) que descentralizaram o tratamento para hepatites em seus ambulatórios.

Porém é notável partir dessa análise, que algumas informações constantes apresentam-se de certa forma deficientes e equivocadas numa certa proporção dos casos confirmados, gerando uma série de incoerências e contradições com relação ao que tem sido descrito na literatura ou quando comparadas ao perfil epidemiológico de outras populações. E essas incoerências e contradições apresentam-se incidentes nos seus aspectos mais básicos, como por exemplo, a forma de transmissão do agente ou na definição de um status clínico, o que torna o perfil e os dados estatísticos suspeitos. Essas limitações, por sua vez, estão associadas a diversos fatores, dentre os quais a estrutura da ficha epidemiológica (a qual não contempla os novos conceitos estabelecidos para o diagnóstico da infecção por HBV e HCV) ou o seu guia de preenchimento (que, por não considerar determinados aspectos da infecção, alimenta a base do SINAN com dados inconsistentes e inconclusivos); Além disso, há, também, outro fator de essencial importância a ser lembrado: à introdução de informações equivocadas e não acuradas por parte dos responsáveis, por limitações na análise dos casos, no critério de análise ou até mesmo no conhecimento necessário sobre os agravos e sobre a epidemiologia dos dois agentes.

Esse cenário compreende a base necessária para revisão e adequações imediatas na ficha de notificação epidemiológica, que contemplassem a realidade do conhecimento científico e laboratorial atualizados sobre hepatites virais; que demonstrasse atenção à evolução e à biologia dos agentes, e que, por fim, considerasse a versatilidade com que os agravos possam se apresentar no contexto epidemiológico e clínico. Além disso, essa condição essencialmente define a necessidade de treinamento e atualização dos profissionais envolvidos no controle e na vigilância das hepatites B e C, no Estado de Goiás.