

BOLETIM

EPIDEMIOLOGICO

HIV/AIDS

Sífilis e Hepatites Virais

Palmas - 2015

Ano I - nº 01

Janeiro de 2007 a dezembro de 2014

Expediente

Boletim Epidemiológico da Área Técnica DST, Aids e Hepatites Virais

Ano I, Volume I, Edição I

Secretaria Municipal da Saúde de Palmas – Diretoria de Vigilância em Saúde - Área Técnica DST, Aids e Hepatites Virais

Telefone: (63) 3218-5559

E-mail: dvs.palmas@gmail.com

Equipe Gestora

Whisllay Maciel Bastos

Luiz Carlos Alves Teixeira

Renata de Oliveira Peres Chaves

Vanderleia Luciano da Silva

Equipe Técnica:

Cláudia Teresinha Fulanetto Costa

Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos

Ieda Fátima Batista Nogueira

Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante

Rafael Brustulin

Colaboradores:

Marta Maria Malheiros Alves

Maria do Socorro Sarmiento Nobre

Ruth Bernardes de Lima Pereira

Mônica Bandeira

Revisão Ortográfica:

Cláudia Teresinha Fulanetto Costa

Diagramação

Rafael Brustulin

Sumário

INTRODUÇÃO	4
IMPLANTAÇÃO DA TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV, SÍFILIS E HEPATITES B E C	4
CAPÍTULO 1 – CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO HIV/AIDS	7
NOTIFICAÇÃO DO HIV	8
HIV EM GESTANTES	8
HIV/AIDS	11
REFERÊNCIAS	16
CAPÍTULO 2 – CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO SÍFILIS	17
INTRODUÇÃO	18
SÍFILIS EM GESTANTES	18
SÍFILIS CONGÊNITA	21
ÓBITOS POR SÍFILIS CONGÊNITA	24
CONCLUSÕES	25
REFERÊNCIAS	25
CAPÍTULO 3 – CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO HEPATITES VIRAIS	28
INTRODUÇÃO	29
HEPATITE A	29
HEPATITE B	30
HEPATITE C	32

Introdução

No município de Palmas, o primeiro caso notificado de AIDS data de 1993, quando ainda não existia uma equipe especializada para o atendimento. As orientações e entrega de medicamentos foram repassados pelo Ministério da Saúde, via Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, de modo individualizado, feito no Ambulatório Municipal Central de Palmas, por um período de dois anos num espaço reduzido a duas salas, contando somente com um clínico geral, um ginecologista e um técnico em Enfermagem.

Com o aparecimento de novos casos e consequente aumento da demanda, houve a necessidade de estabelecer local específico para o atendimento de novos casos. Então, em 1995, a prestação de serviços aos portadores de DST/HIV/AIDS passa a ser realizada no Centro de Saúde Municipal JK até o final de 2000, juntamente com o serviço ambulatorial existente.

No ano de 1996 cria-se a Coordenação Municipal de DST/HIV/AIDS, a qual passa a viabilizar recursos, através de projetos, para o atendimento desses pacientes.

Em 2002, através de convênio firmado entre a Prefeitura Municipal de Palmas e o Ministério da Saúde e Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, foi realizada adequação de uma estrutura já existente localizada na Região Central de Palmas, para a instalação do Núcleo de Assistência Henfil, que iniciou o atendimento através do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e Centro de

Testagem e Aconselhamento (CTA), em resposta à demanda espontânea, incluindo também o serviço de informação e orientação à população em geral. Os exames de alta e média complexidade são todos referenciados, sendo os pacientes oriundos das unidades básicas de saúde, policlínicas, Hemocentro e consultórios particulares. Em um primeiro momento, os profissionais foram treinados e capacitados e, posteriormente, foram adquiridos equipamentos para a instalação e o funcionamento da nova unidade.

Após a estruturação da nova sede, optou-se por colocar um nome fantasia na unidade, ocasião em que foi feita uma homenagem ao sociólogo Herbert de Souza (Betinho), através da memória de seu irmão, o cartunista e humorista Henfil.

O presente boletim é uma publicação da Área Técnica DST, AIDS e Hepatites Virais, da Diretoria de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Tocantins. Este Boletim Epidemiológico apresenta as informações e análises sobre os casos de HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites Virais na cidade de Palmas, sempre, quando possível, comparando os dados com os boletins mais recentes do Ministério da Saúde.

As fontes utilizadas para a obtenção dos dados são as notificações compulsórias no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Este boletim contém os dados dos anos 2007 a 2014, obtidos em 01/10/2015. Os agravos estão divididos em capítulos, onde são discutidos individualmente.

Implantação da Testagem Rápida para HIV, Sífilis e Hepatites B e C

A realização dos testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C é fundamental para o diagnóstico oportuno, viabilizando o encaminhamento dos pacientes positivos para acompanhamento especializado. Nesse sentido, verifica-se a necessidade das equipes de saúde serem capacitadas para realização dos testes rápidos.

A implantação da testagem rápida teve início em 2013 na rede pública de saúde de Palmas. Foram realizadas reuniões para definir as etapas para a implantação e estruturação do serviço, para viabilizar o início das atividades. As etapas foram: capacitação dos profissionais de saúde para execução dos testes (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas); compra e distribuição de frigobares para armazenamento dos

testes, que necessitam de controle da temperatura, conforme a orientação dos fabricantes. A quantidade de testes realizados é informada pelas Unidades de Saúde através do envio do boletim mensal para a Área Técnica de DST, AIDS e Hepatites Virais, e esta consolida e solicita os testes para o Central de Abastecimento Farmacêutico.

O município conta com profissionais capacitados em testagem rápida em todas as suas

Unidades de Saúde. Foram capacitados, até dezembro de 2014, 93 profissionais de saúde, sendo 23 médicos, 45 enfermeiros e 25 cirurgiões-dentistas. No ano de 2013 a Atenção Básica contava com 15 profissionais capacitados, no entanto apenas 04 realizavam testagem rápida em suas unidades. O desafio é contínuo, pois a proposta da Secretaria Municipal de Saúde é capacitar 100% dos profissionais e fornecer um atendimento universal e integral à população de Palmas.

Capítulo 1 –

Cenário
Epidemiológico
HIV/AIDS

Notificação do HIV

A Portaria Ministerial nº 1.271, de 06 de junho de 2014, publicada no DOU de 09/06/2014, define a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória em âmbito nacional. Nela, estão listadas a “Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS)”, a “Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV” e a “Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)”.

A notificação do HIV nas Américas foi recomendada em uma reunião técnica promovida pela OPAS/OMS no Panamá em novembro de 2012, intitulada “Consulta Regional para América Latina e Caribe sobre informação epidemiológica da infecção pelo HIV”. Em novembro de 2013, a “Oficina de Avaliação das Informações sobre o HIV no Brasil”, realizada em Brasília, contando com a participação do Centro de Controle e Prevenção de Doenças Americano, a OMS/OPAS, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), academia, além de especialistas de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde do Brasil, reforçou a importância da notificação universal do HIV.

No início de 2014, os estados e municípios foram informados a respeito da inclusão da notificação do HIV na nova Portaria Ministerial que define a lista nacional de notificação compulsória a ser publicada ainda em 2014, para que pudessem iniciar sua implementação.

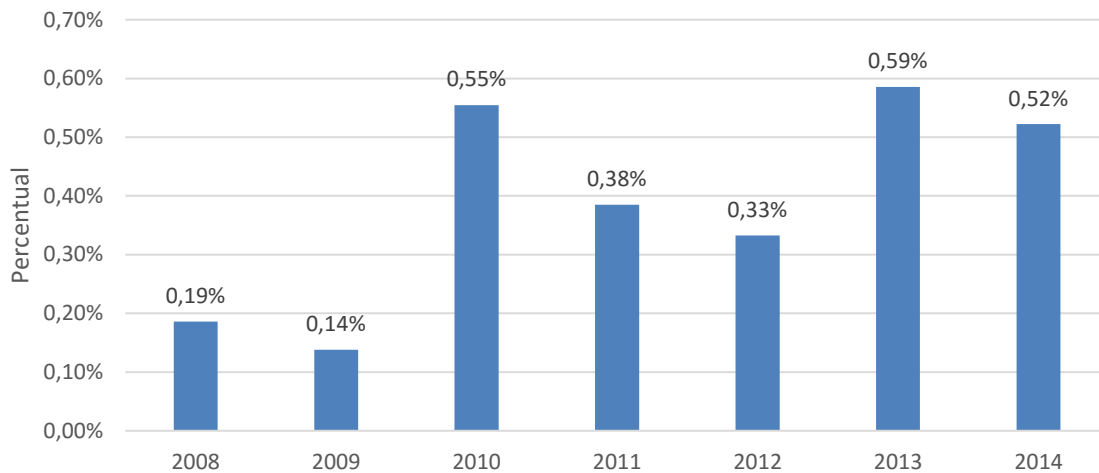
Considerando que ainda não foram implantadas no SINAN as novas fichas de notificação de casos de infecção pelo HIV, estes estão sendo registrados nas fichas de notificação de casos de AIDS já existentes no SINAN, levando a dificuldades para a classificação dos casos de HIV e AIDS. Na atual versão do boletim, o impacto é leve, mas nos anos subsequentes tornar-se-á um desafio a interpretação dos dados, caso não ocorram mudanças na notificação.

Entre 1991 e 2014, foram notificados no SINAN 646 casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre adultos e 10 em crianças. No presente capítulo do boletim epidemiológico são apresentados dados referentes aos casos notificados no SINAN de 2007 a 2014, tendo havido, portanto, muito pouco tempo para a notificação de casos de HIV.

HIV em Gestantes

A estimativa mais recente da prevalência de HIV em gestantes foi publicada em 2014 no **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**, a qual foi de 0,38%. Sendo assim, segundo o último boletim epidemiológico de HIV/AIDS publicado em 2014 pelo Ministério da Saúde, o número esperado de gestantes com HIV no País foi de aproximadamente 12 mil casos por ano e, em 2013, 59,9% dos casos esperados foram notificados no SINAN [1].

Foram informados, na rede pública de Palmas, 3829 partos em 2014. Segundo a estimativa nacional de 0,38%, seriam esperados 15 novos casos [2]. No entanto, no período foram notificados 20 casos, o que resulta em uma prevalência de 0,52%. Este resultado demonstra uma elevada sensibilidade de detecção dos casos de HIV no pré-natal. A prevalência mais alta do que a estimativa feita pelo Ministério da Saúde vem sendo reportada por vários estudos nacionais [3].

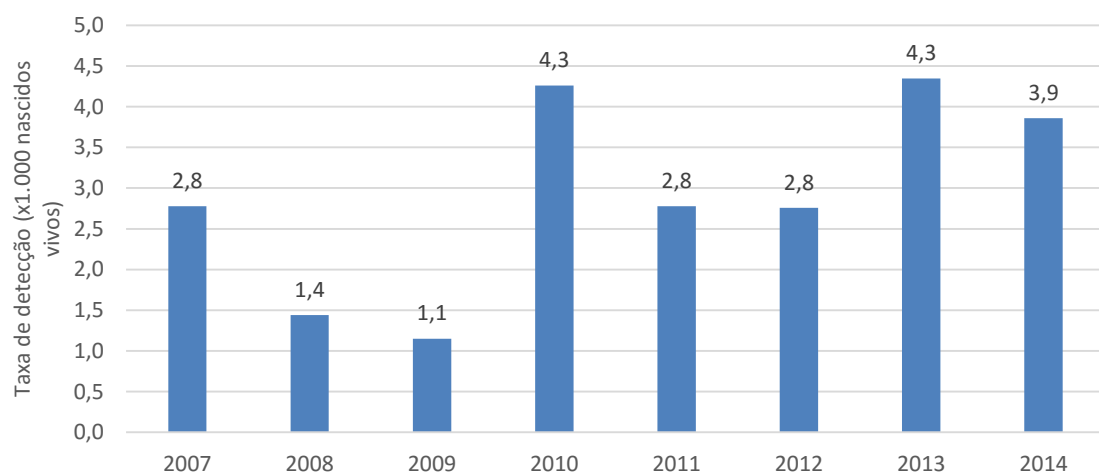
Figura 1 - Prevalência de infecção pelo HIV em gestantes, Palmas - TO, 2008 a 2014.

Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); MS/DATASUS.

A taxa de detecção de gestantes com HIV **no Brasil** vem apresentando tendência de aumento estatisticamente significativa nos últimos dez anos; em 2004, a taxa observada foi de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, a qual passou para 2,5 em 2013, indicando um aumento de 25,0%. Porto Alegre é a capital com a maior taxa de detecção em 2013, com 20,3 casos para cada mil nascidos vivos, sendo oito

vezes maior do que a média nacional e o dobro da taxa do seu Estado [1].

Foram informados, em Palmas, 4831 nascidos vivos em 2013, e foram notificadas 21 gestantes HIV+, resultando em uma taxa de detecção de 4,3 casos para cada mil nascidos vivos (72,0% maior do que a média nacional). Em 2014 a taxa reduziu para 3,9, com 20 notificações e 5181 nascidos vivos.

Figura 2 - Taxa de detecção de HIV em gestantes (por 1.000 nascidos vivos), Palmas - TO, 2007 a 2014.

Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); MS/DASIS/Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

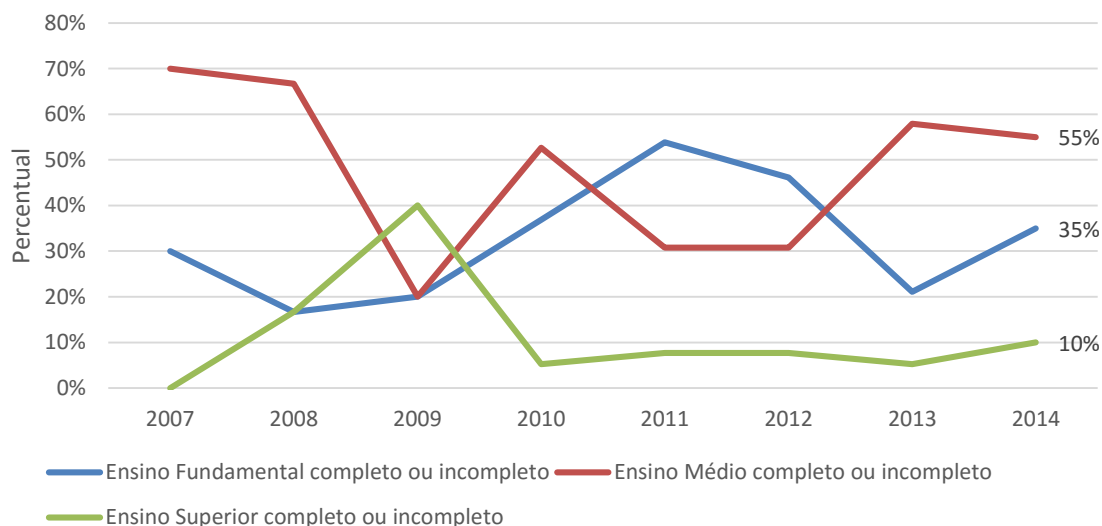
Desde 2000, em todo o País, a maioria das gestantes infectadas com HIV notificadas no SINAN possui idade entre 20 e 29 anos; no entanto, observa-se pequena redução ao longo dos anos na proporção

dessa faixa etária, devido ao relativo aumento nas gestantes notificadas com 35 a 39 anos [1]. No entanto, essa diminuição não foi observada em Palmas, onde 58,9% dos casos ocorreram na faixa

etária entre 20 e 29 anos no período de 2011 a 2014. Segundo a escolaridade, em Palmas, observa-se um aumento dos casos em gestantes com o ensino médio completo ou incompleto, que em 2014 chegou a 55,0%. Quanto à raça/cor, há um predomínio da

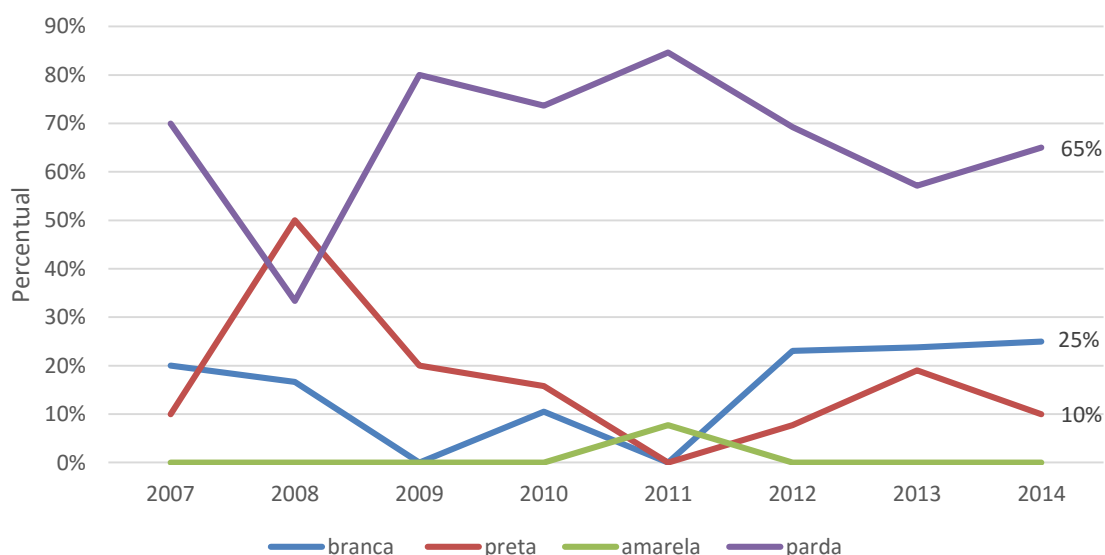
raça/cor parda, seguida da branca; em 2014, estas representaram 65,0% e 25,0%, respectivamente. As gestantes autodeclaradas pretas correspondem a 10% nesse mesmo ano.

Figura 3 - Percentual de detecção de HIV em gestantes segundo a escolaridade, Palmas - TO, 2007 a 2014.



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 4 – Percentual de detecção de HIV em gestantes segundo a raça/cor, Palmas - TO, 2007 a 2014.



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

HIV/AIDS

Segundo estimativa do Ministério da Saúde, havia aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4% [1]. Por outro lado, segundo a Agência Central de Inteligência Norte-Americana (CIA), a prevalência do HIV no Brasil é de 0,55%, sendo esta uma estimativa para 2013 [4]. A estimativa da CIA parece ser a mais correta ou mesmo já estar ultrapassada, uma vez que a prevalência encontrada em gestantes foi de 0,52% em 2014, sugerindo que a prevalência na população geral de Palmas seja mais alta do que 0,55%, já que a prevalência é sabidamente maior em homens do que em mulheres.

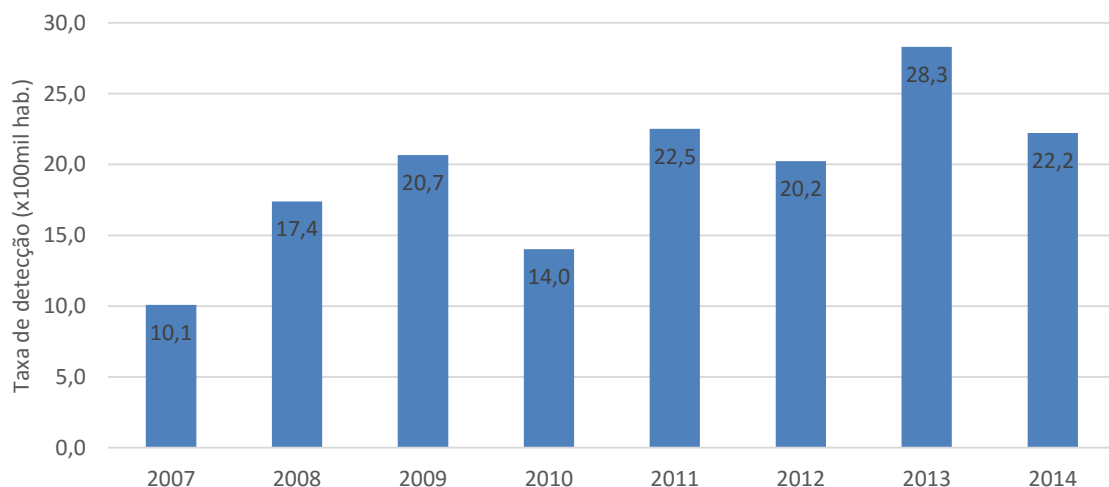
Segundo o IBGE, em 2014 a população de Palmas foi estimada em 265.409 pessoas. De 1991 a 2014, 588 casos foram notificados no SINAN e constam no banco de dados como vivos. Adotando a estimativa de prevalência da CIA, em 2014 apenas 40% dos casos estimados para Palmas foram notificados.

A taxa de detecção de AIDS no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. A Região Norte apresenta uma tendência linear de crescimento significativa; em 2004, a taxa registrada foi de 15,0 casos para cada 100 mil

habitantes, enquanto que em 2013 a taxa foi de 26,1, representando um aumento de 74%. Em Palmas, a taxa de detecção mais que dobrou entre 2007 e 2014, sendo que em 2013 chegou a 28,1, superando a taxa apresentada pela Região Norte. A taxa acima da média nacional é reflexo da grande proporção de casos esperados ainda não diagnosticados/notificados, e, conseqüentemente, sem tratamento. De 2007 a 2014 foram notificados 18, 32, 39, 32, 53, 49, 73 e 59 casos de AIDS, respectivamente. A taxa de detecção encontra-se na figura 5.

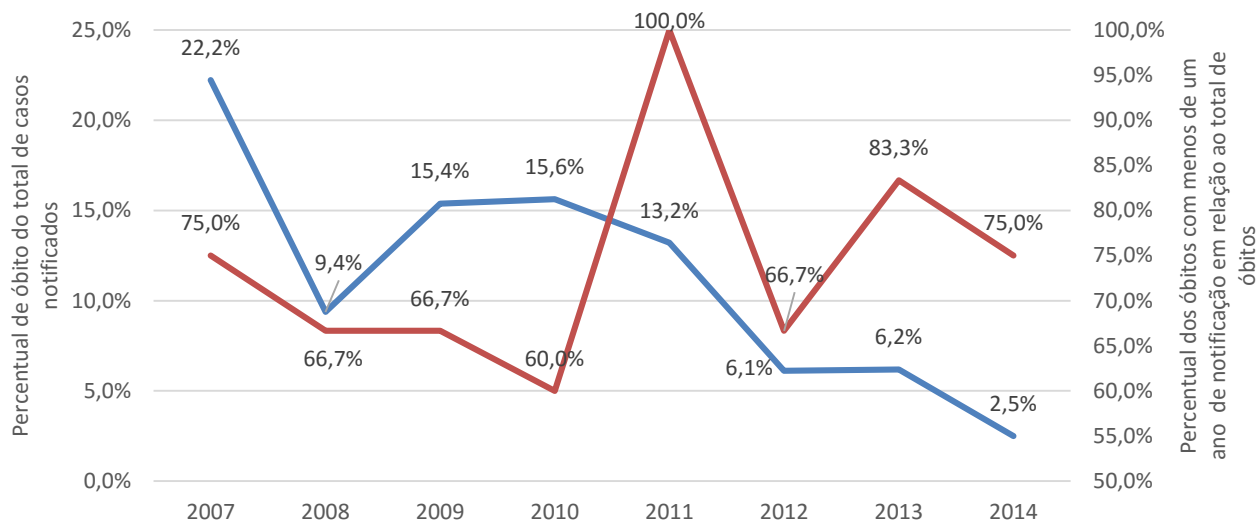
O banco de dados do SINAN foi cruzado com o banco de dados do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) de 2007 a 2014. 22,2% dos casos notificados em 2007 foram a óbito. Em linhas gerais, observa-se um percentual de óbito maior nos casos mais antigos, com exceção de 2008 (Figura 6). Também é importante notar que a maior parte dos casos que evoluíram a óbitos foram diagnosticados tardiamente, com menos de um ano entre diagnóstico e o óbito, ressaltando-se a importância do diagnóstico oportuno para a redução da mortalidade [5, 6]. É importante notar que não foi possível acessar o banco de dados nacional, conseqüentemente, pacientes que não moram mais em Palmas não puderam ser rastreados.

Figura 5 - Taxa de detecção de AIDS (por 100 mil habitantes), Palmas - TO, 2007 a 2014.



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 6 – Percentual de óbitos do total de notificações e percentual de óbitos com menos de um ano de notificação do total de óbitos. Palmas - TO, 2007 a 2014.



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) / MS/SVS/DASIS/Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2014, 491.747 (65,0%) casos de AIDS em homens e 265.251 (35,0%) em mulheres. No entanto, no Brasil, a partir de 2009, observa-se uma redução

nos casos de AIDS em mulheres e aumento dos casos em homens. Em Palmas, a razão mostra-se estável entre 2009 e 2014, sendo que a mínima ocorreu em 2007 e a máxima em 2008, 1,3 e 2,6 respectivamente.

Figura 7 - Razão de sexo por ano de notificação de HIV/AIDS. Palmas -TO, 2007 a 2014.



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

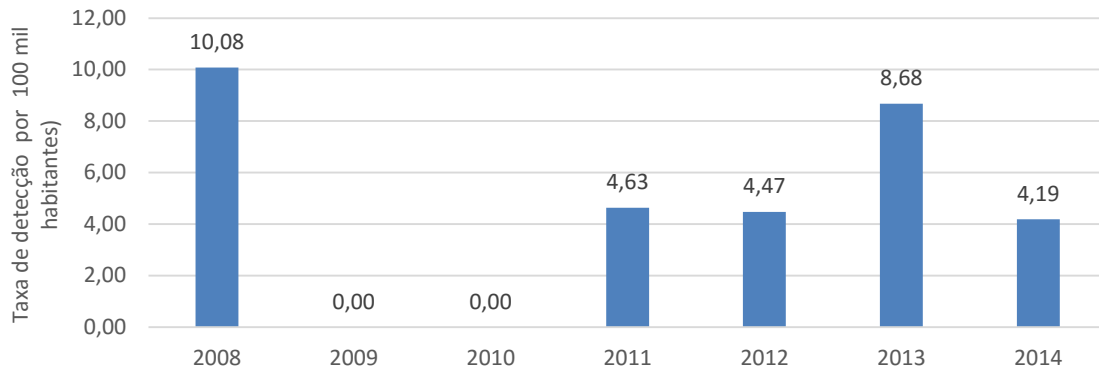
A maior concentração dos casos de AIDS no Brasil está entre os indivíduos com idade entre 25 e 39 anos em ambos os sexos; entre os homens, essa faixa etária corresponde a 54,0%, e entre as mulheres a 50,3% do total de casos, desde 1980 a junho de 2014. Em Palmas, entre 2007 e 2014, a referida faixa etária corresponde a 58,2% para os homens e 56,2% para as mulheres.

Tem-se observado que a taxa de detecção de AIDS em menores de cinco anos apresenta uma tendência de queda no Brasil como um todo: 35,7%, nos últimos dez anos. Para a Região Norte, de 2004 a 2013, por outro lado, observa-se uma elevação nas taxas: 9,1% (de 3,3 para 3,6 por 100.000 habitantes). Em Palmas, a taxa de detecção foi de 8,68 em 2013 e 4,19 em 2014, no entanto esses dados devem ser

interpretados com cautela, devido ao baixo número de casos. Em 2013 foram notificados 2 casos, e 1 caso

em 2014, sendo que não foram notificados casos em 2009 e 2010.

Figura 8 - Taxa de detecção de AIDS (por 100 mil habitantes) em menores de 5 anos segundo ano de notificação. Palmas - TO, 2008 a 2014.

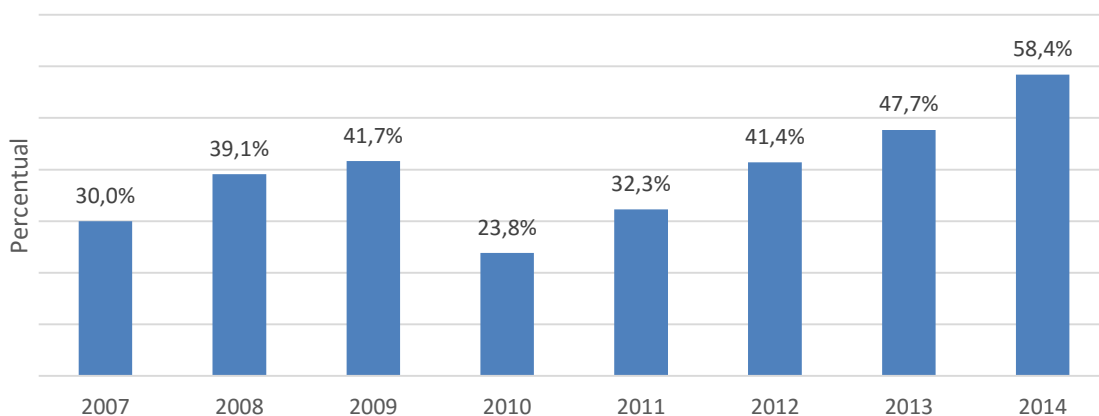


Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); MS/DASIS/Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

Quanto à categoria de exposição entre os indivíduos menores de 13 anos, a totalidade dos casos teve como via de infecção a transmissão vertical, tanto a nível nacional quanto a nível municipal. Entre os indivíduos com 13 anos ou mais de idade, a principal via de transmissão é a sexual, tanto entre os homens quanto entre as mulheres; a nível nacional, em 2013, esta categoria corresponde a 94,9% entre os homens e 97,4% entre as mulheres; a nível municipal, no mesmo período, esta categoria corresponde a 93,8% e 100% respectivamente, já em 2014, 96,0% e

98,3% respectivamente. Entre os homens, a nível nacional, observa-se um predomínio da categoria de exposição heterossexual; porém, há uma tendência de aumento na proporção de casos em HSH (homens que fazem sexo com homens) nos últimos dez anos, passando de 34,6% em 2004 para 43,2% em 2013. Por outro lado, em Palmas, em 2014, a transmissão homossexual correspondeu a 58,4% entre homens, percentual que era de 47,7% em 2013 e apenas 23,8% em 2010.

Figura 9 - Proporção de casos de HIV/AIDS em homens com 13 anos ou mais de idade por via de transmissão homossexual segundo o ano de notificação. Palmas - TO, 2007 a 2014



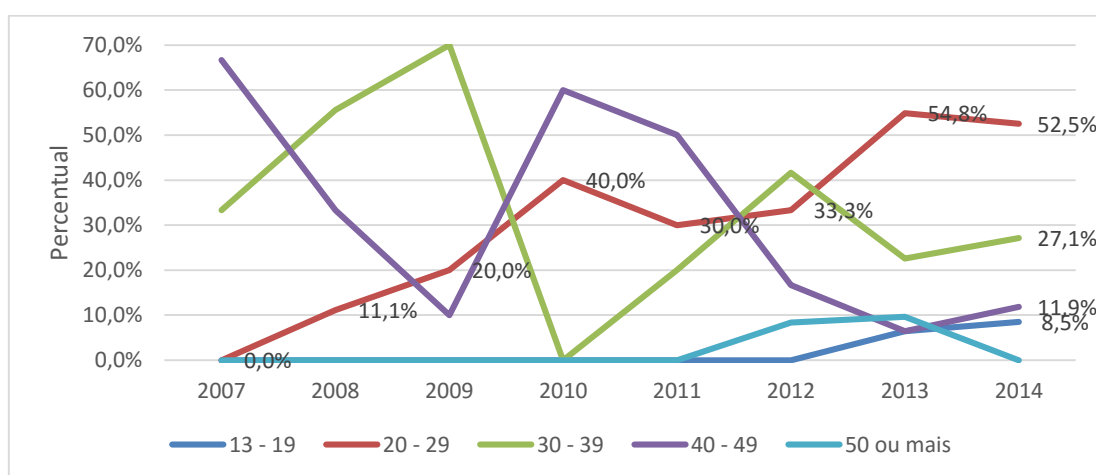
Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Observa-se que a proporção de novos casos de HIV/AIDS em HSH da faixa etária de 20 a 29 anos entre o total de HSH notificados vem aumentando ao longo dos anos. Em 2013 e 2014 o percentual dessa faixa etária correspondeu a 54,8% e 52,5%, respectivamente (Figura 10). Além disso, essa mesma proporção na faixa etária de 40 a 49 anos vem caindo significativamente desde 2010; em 2010 representava 60% dos casos e em 2014 passou para 11,9%. As

demais faixas etárias não apresentam uma tendência clara.

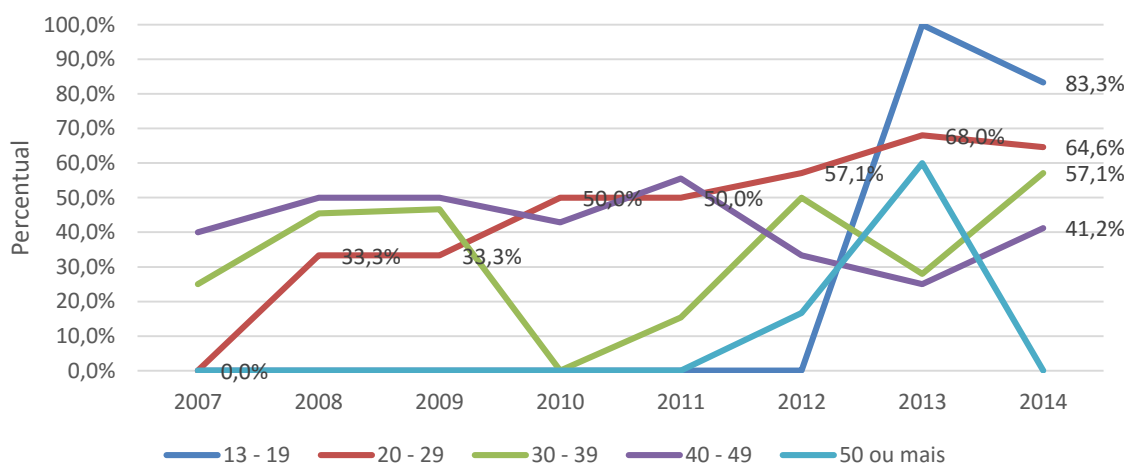
Por outro lado, ao analisar a proporção das faixas etárias HSH em relação ao total de homens notificados da mesma faixa etária em 2014, nota-se, de forma interessante, que, quanto mais jovem é a faixa etária, maior é a proporção de HSH, dado este que vem se estabelecendo desde 2013 (Figura 11).

Figura 10 - Proporção de casos HIV/AIDS em homens com mais de 12 anos da faixa etária HSH entre o total de homens HSH para o respectivo ano de notificação. Palmas - TO, 2007 a 2014



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Figura 11 - Proporção de casos HIV/AIDS em homens com mais de 12 anos da faixa etária HSH entre o total de homens para a respectiva faixa etária para o respectivo ano de notificação. Palmas - TO, 2007 a 2014

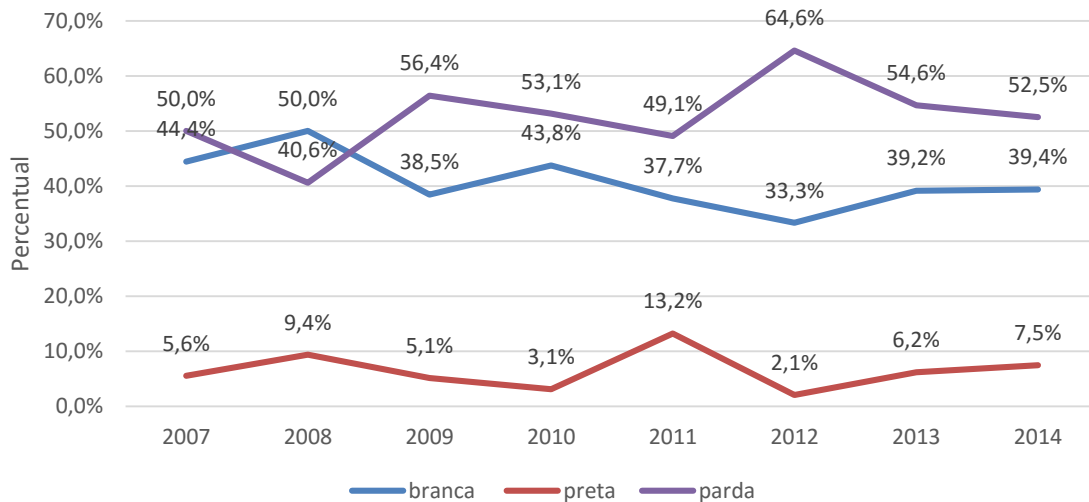


Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em 2014, 7,5% dos casos de AIDS notificados no SINAN eram em pretos. Nesse mesmo ano, as proporções entre as raças/cores branca e parda foram de 39,4% e 52,5%, respectivamente. As outras

variáveis não tiveram números significativos. Apenas em 2008 a raça/cor branca foi maior do que a parda (figura 12).

Figura 12 - Distribuição percentual dos casos de AIDS segundo raça/cor por ano de diagnóstico. Palmas - TO 2007 a 2014

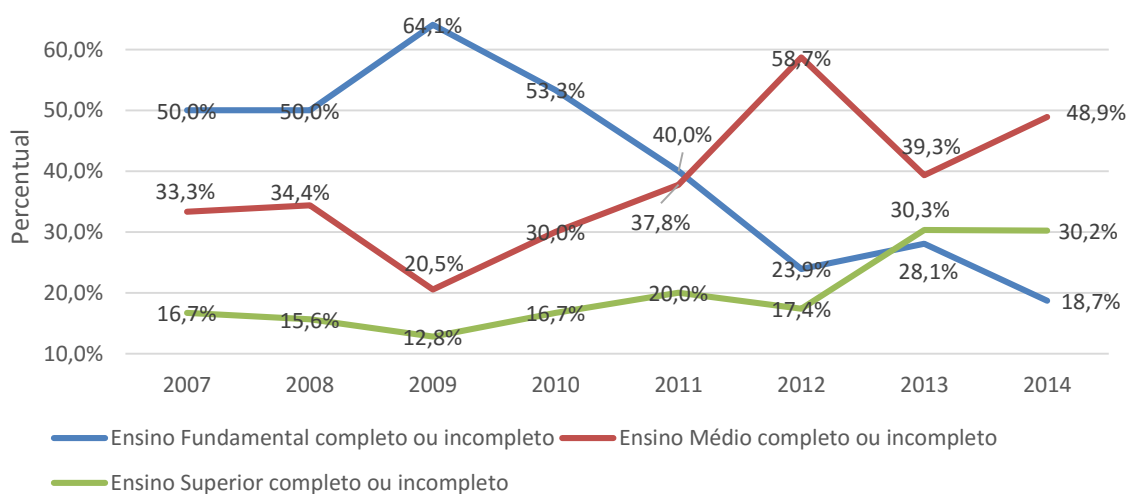


Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em 2014, a proporção de casos entre indivíduos com ensino fundamental completo ou incompleto foi de 18,7%, enquanto que entre as com ensino médio completo ou incompleto foi de 48,9%; para o nível superior completo ou incompleto, foi de 30,2%. Em geral, entre 2007 e 2014, observa-se uma diminuição do número de casos entre indivíduos com ensino fundamental completo ou incompleto em detrimento do aumento nas outras categorias.

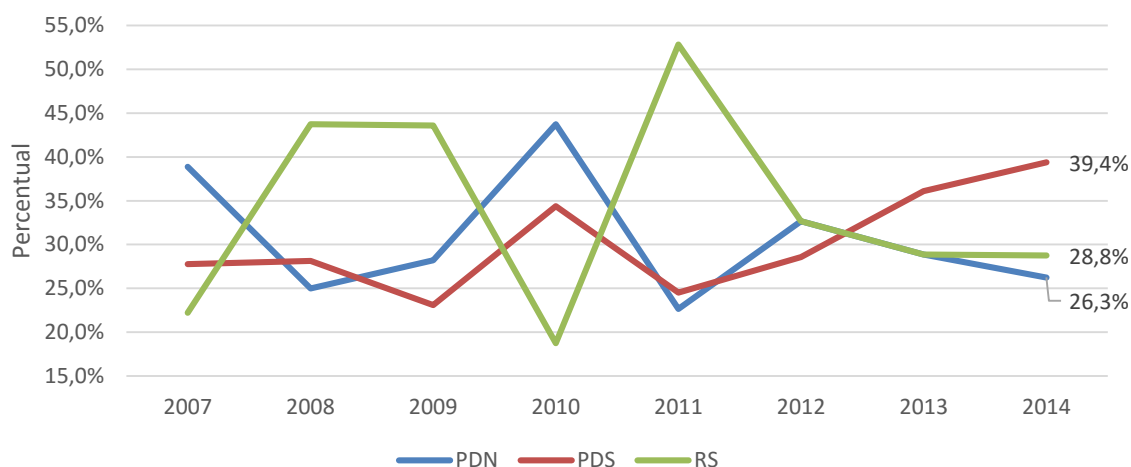
Quanto a origem das notificações, de 2011 a 2014 houve um aumento da proporção de notificações realizadas em indivíduos residentes no Plano Diretor Sul (PDS), passando de 24,5% para 39,4%. No mesmo período, houve queda de 52,8% para 28,8% em indivíduos residentes na Região Sul (RS), enquanto que esse percentual manteve-se relativamente estável para o Plano Diretor Norte (PDN), de 22,6% para 26,3% (Figura 14).

Figura 13 - Distribuição percentual dos casos de AIDS segundo escolaridade e ano de notificação. Palmas - TO, 2007 a 2014



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Figura 14 - Distribuição percentual dos casos de HIV/AIDS segundo a origem e ano de notificação. Palmas - TO, 2007 a 2014



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Nota: PDS = Plano Diretor Sul, PDN = Plano Diretor Norte e RS = Região Sul.

Referências

- [1] – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília, 2014.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.
- [2] – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Brasília, 2014.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/08_05_2014_protocolo_pediatico_pdf_36225.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.
- [3] - Succi RCM. **Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study.** *Cad Saude Publica.* 2007;23 (Suppl 3):379-89. DOI:10.1590/S0102-311X2007001500006
- [4] – CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY. **The World Factbook: Country Comparison - HIV/AIDS - Adult Prevalence Rate.** Disponível em: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2155rank.html>>. Acesso em: 29 set. 2015.
- [5] – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, 2013.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.
- [6] – COHEN, M. S.; CHEN, Y. Q.; MCCAULEY, M.; GAMBLE, T., HOSSEINIPOUR, M. C.; KUMARASAMY, N. et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy 2011. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 365, p. 493-505, 2011.

Capítulo 2 –

Cenário

Epidemiológico

Sífilis

Introdução

A sífilis é um importante agravo em saúde pública, com estimativa de 12 milhões de novos casos todos os anos no mundo, possuindo um cenário pior do que o da transmissão vertical do HIV e tornando-se um fator determinante na elevação dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal.

A qualidade da assistência à gestação e parto é um importante determinante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis, e o controle da doença

tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros.

A penicilina é o fármaco de primeira escolha no tratamento da sífilis, por ser um antibiótico de elevada eficácia e de baixo custo, passando a representar uma opção terapêutica eficaz, agindo em todos os estágios da doença, e até hoje não há relato da resistência do *Treponema pallidum* à droga.

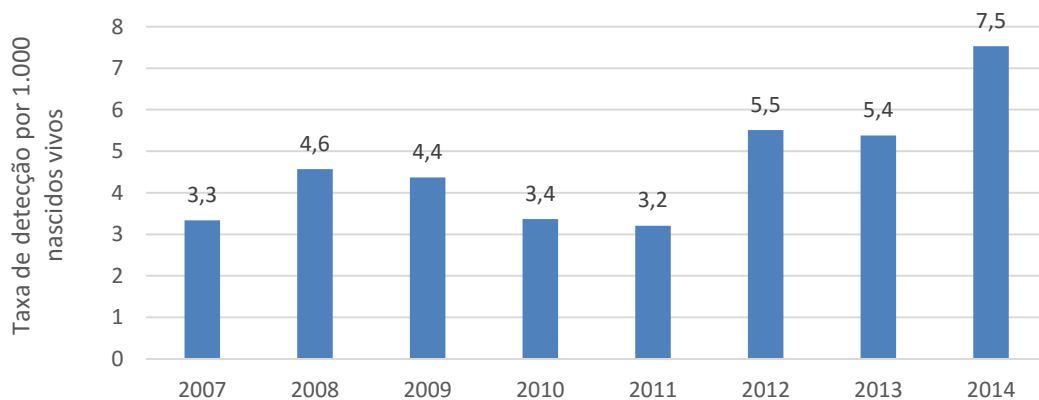
Sífilis em Gestantes

A vigilância da infecção da sífilis em gestantes tem como objetivo conhecer o estado sorológico nessa população, para início oportuno da terapêutica materna, controlando a transmissão vertical do *Treponema pallidum* e acompanhando o comportamento da infecção, para o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle.

A taxa de detecção mede a ocorrência do agravo em local e tempo específicos, e permite

estimar a sua prevalência. É considerada um indicador útil para o estabelecimento de metas de captação de casos no pré-natal. Para isso, é necessária a redução das perdas de oportunidade, estimulando: acesso a métodos anticoncepcionais, diagnóstico precoce da gravidez e da sífilis, tratamento adequado à fase clínica da sífilis, e inclusão dos parceiros sexuais das gestantes de maneira efetiva na Atenção Básica.

Figura 1 – Taxa de detecção de gestantes no período de 2007 a 2014, residentes em Palmas-TO.



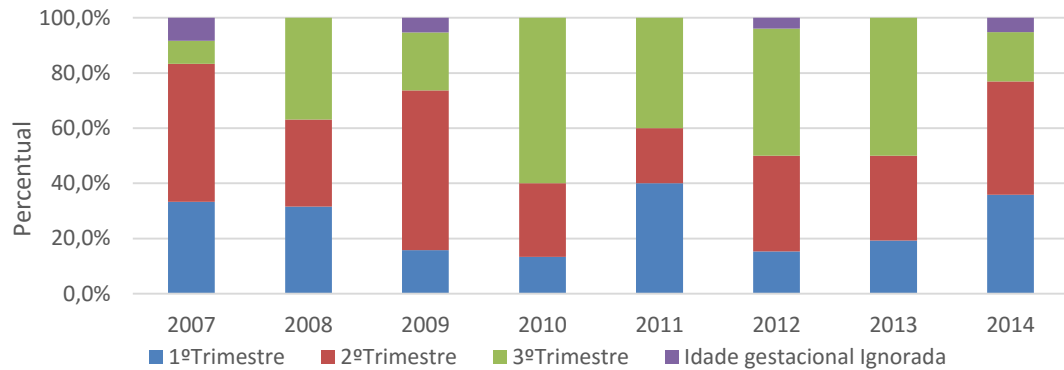
Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Dados retirados em 01/10/2015

Em 2013, no Brasil, observou-se uma taxa de detecção de 7,4 casos de sífilis em gestantes para cada 1000 nascidos vivos, onde a Região Norte apresentou taxa de 6,9 casos, o Tocantins 4,8 e Palmas 5,4 casos.

Conforme apresentado na Figura 1, em 2014, Palmas obteve taxa de detecção de 7,5, um aumento de 38,8% em relação ao ano anterior e 78,5% em

relação à média dos anos anteriores (Taxa de 4,2). Isso pode estar relacionado tanto com as ações realizadas para melhoria no diagnóstico precoce da gestante, como com a implantação dos testes rápidos nas unidades de saúde e a parceria com os laboratórios conveniados para a informação dos casos positivos para a Área Técnica DST, AIDS e Hepatites Virais.

Figura 2 – Idade gestacional no momento do diagnóstico em residentes de Palmas - TO, nos anos de 2007 a 2014.



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Dados retirados em 01/10/2015

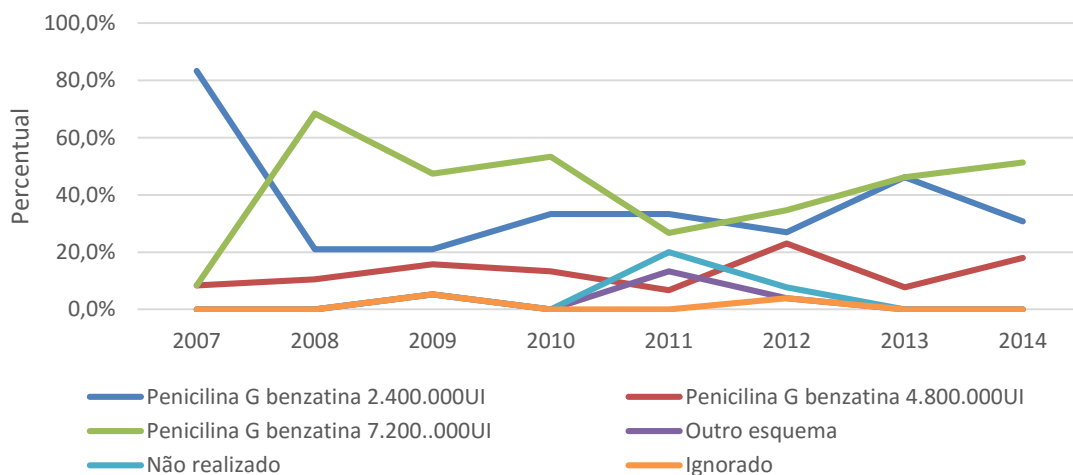
Segundo a Figura 2, em relação a idade gestacional no momento do diagnóstico da sífilis, observa-se uma elevada prevalência do diagnóstico no 2º e 3º trimestres, correspondendo a uma média ao longo dos anos de 36,8% e 34,5%, respectivamente. Isso está relacionado ao momento em que essa gestante procura o serviço para adesão ao pré-natal e à baixa sensibilidade e qualidade da assistência à gestante.

No entanto, no ano de 2014, apenas 18% tiveram seu diagnóstico tardiamente, 36% no primeiro trimestre e 41% no segundo trimestre. Essa melhoria pode estar relacionada à ampliação do

diagnóstico para rede de saúde, através da implantação dos testes rápidos para todas as Unidades Básicas de Saúde, e à capacitação dos profissionais para sua execução.

Cabe ressaltar que a infecção do embrião pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna, portanto, das gestantes não tratadas, estima-se que aproximadamente 50% irão transmitir a doença para o feto. Abortamentos, natimortalidade, óbito infantil, prematuridade e baixo peso ao nascer são alguns dos resultados da sífilis não tratada em gestantes (RODRIGUES, 2005).

Figura 3 - Casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento e ano de diagnóstico. Palmas - TO, 2007 a 2014.



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Dados retirados em 01/10/2015

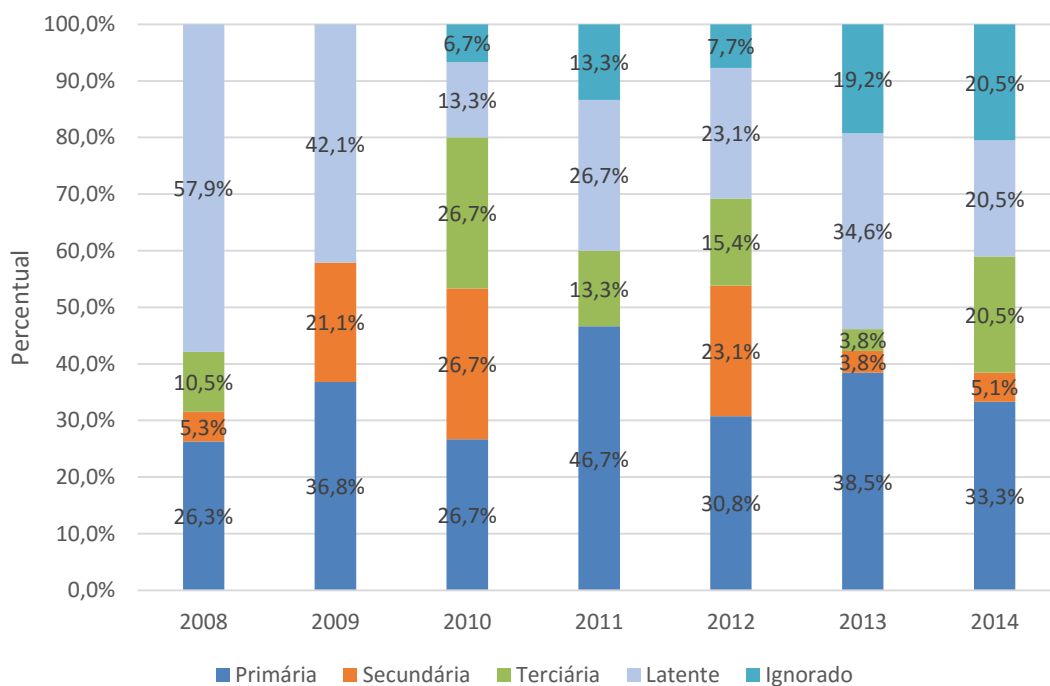
Uma vez que a gestante é diagnosticada com sífilis, o tratamento preconizado é a penicilina benzatina, já que este é o único fármaco capaz de prevenir a transmissão vertical.

A análise dos casos de gestantes com sífilis notificadas no SINAN mostra que em 2014, em Palmas, 100% das gestantes foram tratadas com penicilina, prevalecendo o esquema de 7.200.00 UI (Figura 3). Isso demonstra uma efetividade nas ações para garantia do tratamento, com a aquisição de novas doses no mercado, para que as gestantes e parceiros fossem tratados adequadamente, visto que

o Brasil e alguns países do mundo passam por um desabastecimento da penicilina pela falta da matéria prima e do diluente para a fabricação do medicamento.

O Ministério da Saúde, em maio de 2015, lançou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para as Infecções Sexualmente Transmissíveis, em que mudou o esquema de tratamento da sífilis, retirando o esquema de 4.800.000 UI de penicilina benzatina para sífilis secundária e incluiu, no esquema de sífilis primária, 2.400.000 UI.

Figura 4 - Casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica e ano de diagnóstico. Palmas - TO, 2007 a 2014.

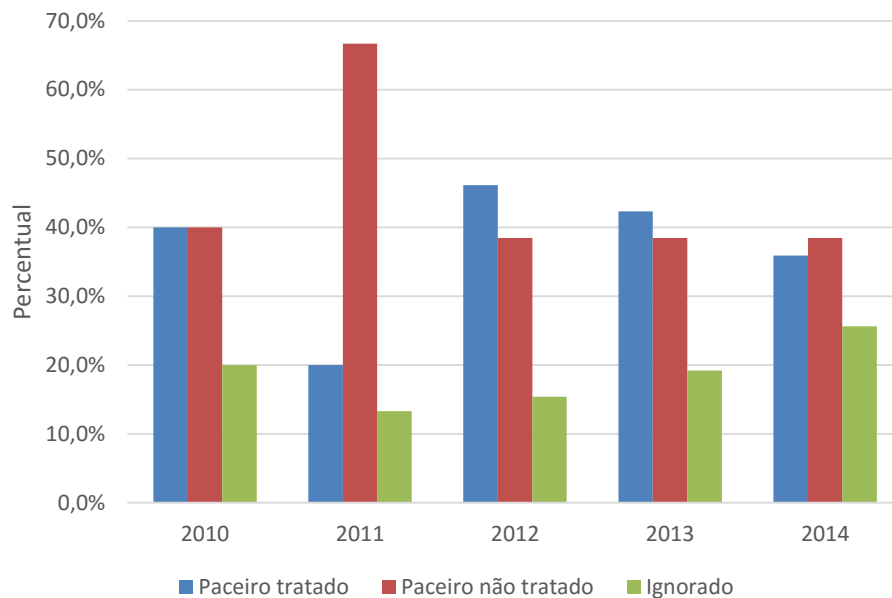


Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Dados retirados em 01/10/2015

Nas mulheres, a sífilis primária é de difícil diagnóstico clínico, uma vez que o cancro duro não causa sintomas e está geralmente localizado na parede vaginal, cérvix ou períneo. Entretanto, na Figura 4 observa-se que a maioria dos casos de gestantes notificadas a sífilis foi classificada como primária. Ressalta-se que possíveis erros de

interpretação e classificação da fase clínica da sífilis, podem levar a tratamentos inadequados, e que, na ausência de sinais clínicos e na impossibilidade de estabelecer a evolução da doença, a classificação adequada é sífilis de duração ignorada, sendo preconizado o tratamento com três doses de penicilina benzatina.

Figura 5 - Casos de gestantes com sífilis segundo tratamento do(s) parceiro(s) e ano de diagnóstico. Palmas - TO, 2010 a 2014.



Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Dados retirados em 01/10/2015

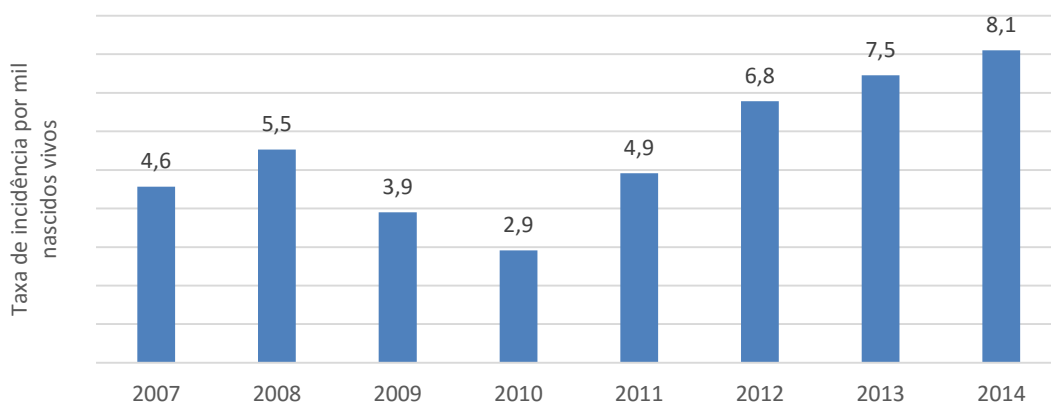
Em relação ao tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is), a Figura 5 expressa a série histórica, em que o ano de 2011 apresentou o maior percentual de parceiros não tratados, com 67%, e estabilização em 38% nos três anos consecutivos. Para os anos de 2007 a 2009, não há no banco do SINAN informações sobre o tratamento do parceiro.

Em 2014, um dos critérios de definição de casos foi alterado pelo Ministério da Saúde, onde a ausência de informação de tratamento do parceiro sexual da gestante deixa de ser um dos critérios de notificação de sífilis congênita, mantendo-se apenas os casos de parceiro(s) com sífilis sabidamente não tratada.

Sífilis Congênita

Em Palmas, de 2007 a 2014, já foram notificados e investigados 202 casos de sífilis congênita. A taxa de incidência nos respectivos anos variou de 2,9 a 8,1 casos por 1000 nascidos vivos, um aumento de 240%. Cabe ressaltar que a meta do Ministério da Saúde – estabelecida em 1993 em acordo firmado com a Organização Pan-Americana da Saúde, é de 0,5 caso/1000 nascidos vivos.

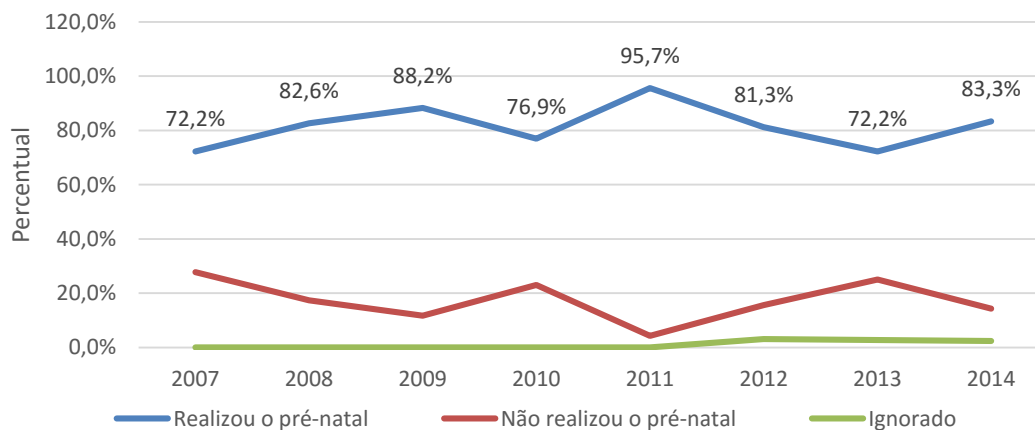
O aumento das notificações nestes últimos anos pode ser consequência do aumento real do número de casos, mas pode estar relacionado também à melhoria da informação, resultante do trabalho realizado pela Área Técnica junto ao núcleo notificador na rede assistencial. Entretanto, também sinaliza que estamos muito distantes da meta de eliminação da sífilis congênita.

Figura 6 – Taxa de incidência da sífilis congênita nos anos de 2007 a 2014 em Palmas - TO.

Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Dados retirados em 01/10/2015

Dos 202 casos notificados de sífilis congênita, 166 (82,2%) mulheres realizaram o pré-natal na gestação, 33 (16,3%) não realizaram e em 3 (1,5%) dos casos essa informação foi ignorada. O ano de 2011

apresentou o maior percentual de casos de mulheres que realizaram o pré-natal, porém tiveram seus filhos diagnosticados com sífilis congênita

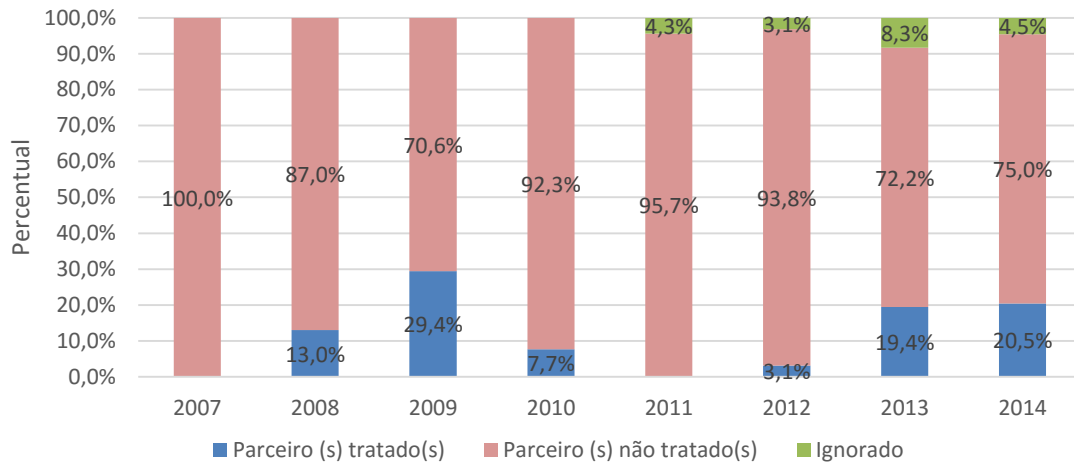
Figura 7 – Casos de sífilis congênita segundo realização do pré-natal materno e ano de diagnóstico. Palmas -TO, 2007 a 2014.

Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Dados retirados em 01/10/2015

O alto percentual de mães que realizaram o pré-natal, mas que tiveram seus filhos diagnosticados com sífilis congênita, sugere que a realização de pré-natal não foi efetiva na quebra da transmissão vertical. Alguns fatores estão associados para o insucesso do diagnóstico da sífilis congênita no pré-natal, incluídos: número de consultas de pré-natal inferior às sete recomendadas, ausência da realização

dos exames para detecção de sífilis no primeiro e terceiro trimestres de gestação, atraso dos laboratórios na entrega dos resultados, ausência de retorno da gestante à UBS para apresentar o resultado do exame aos profissionais de saúde, não adesão do parceiro, bem como falha dos serviços de saúde em resgatar gestantes que tenham abandonado o acompanhamento pré-natal.

Figura 8 – Tratamento da parceria sexual segundo ano de diagnóstico da sífilis congênita. Palmas -TO, 2007 a 2014.



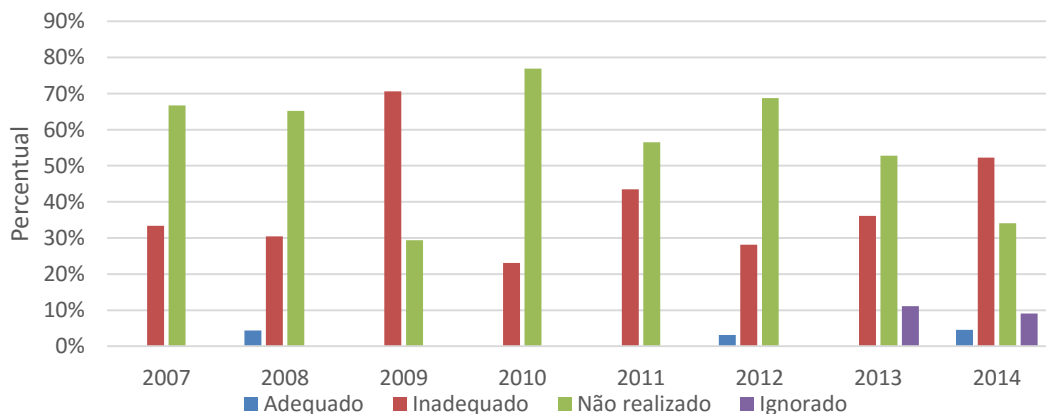
Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Dados retirados em 01/10/2015

Das que realizaram o pré-natal, 136 (81,9%) não tiveram seus parceiros tratados, porém, desde o ano de 2013 tem aumentado o percentual de parceiros tratados. Isso demonstra uma maior sensibilidade, tanto dos profissionais, quanto dos parceiros, para efetiva adesão ao tratamento concomitante à gestante.

Com relação à idade da mãe, esta apresentou variação entre 13 e 43 anos. A média de idade do grupo foi de 25 ± 6 anos de idade. Dados nacionais revelam que no Brasil, do total de casos notificados, 52,4% estão nessa mesma faixa etária.

Considerando a escolaridade das mães, a maioria, 113 (55,9%) delas têm escolaridade variando de “analfabeto” a “ensino médio incompleto”, enquanto que 59 mães (29,2%) apresentam escolaridade de no mínimo ensino médio completo. É importante destacar que apenas 7 (3,5%) mães possuem ensino superior completo ou incompleto. Dentro do grupo dos 202 indivíduos, 23 (11,4%) casos não tiveram a informação da escolaridade informada na ficha de notificação.

Figura 9 – Esquema de tratamento materno segundo ano de diagnóstico da sífilis congênita. Palmas -TO, 2007 a 2014.



MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Dados retirados em 01/10/2015

Quanto à distribuição do número de gestantes que realizaram o tratamento para sífilis, segundo a Figura 9, foi observada a predominância de tratamentos não realizados e inadequados. A realização do tratamento adequado da gestante, ao longo da série histórica, manteve-se bem abaixo, apenas 1,5%, excetuando-se os anos 2008 e 2014, nos quais 4% e 5% das gestantes realizaram o tratamento adequado, respectivamente.

Quanto à categoria “evolução”, de 2007 a 2014, 78,7% foram classificados como vivos; 2,5% tiveram óbito por sífilis; 4,0% como óbito por outras causas; 8,9% como aborto; e 5,9% como natimorto. Segundo dados do Centro de Controle de Doenças (CDC), em 40% dos casos de sífilis congênita, ocorre morte fetal

(abortamento espontâneo, natimorto) ou morte neonatal precoce.

Em 17,9% dos casos de aborto as mães foram diagnosticadas somente no parto/curetagem. Em contrapartida, em 93,9% dos recém-nascidos vivos, as mães foram diagnosticadas no pré-natal. Em análise realizada entre o diagnóstico materno e a evolução do caso, constatou-se diferença significativa entre as variáveis ($p=0,0002$). Isso demonstra que o diagnóstico precoce da gestante com uma boa qualidade do pré-natal pode contribuir para a evolução positiva dos casos, no entanto, nascer vivo não significa necessariamente que a criança não tem sífilis ou não pode evoluir para complicações.

Óbitos por Sífilis Congênita

Um terço das gestações em mulheres infectadas pelo *Treponema pallidum*, e não adequadamente tratadas, pode resultar em perda fetal e outro terço em casos de recém-nascidos com Sífilis Congênita (SC). A abordagem correta desse problema durante o pré-natal tem o potencial de reduzir sua incidência a menos de 0,5/1.000 nascidos vivos. Além dos seus efeitos em termos de mortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações agudas, a SC também é responsável por deformidades, lesões neurológicas e outras sequelas.

A SC em Palmas é uma preocupação no contexto da saúde pública, visto que é o resultado negativo das ações de prevenção, especialmente relacionados ao pré-natal, e das DST. A sífilis congênita é um indicador sentinela da qualidade da assistência pré-natal.

Ao longo dos anos os resultados não são animadores, visto que, mesmo com todos os esforços, os óbitos vêm ocorrendo de forma preocupante, especialmente em 2014, com 11 óbitos fetais, representando 24% das causas de óbitos fetais no ano. Nos anos de 2007 a 2014 foram notificados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 15 óbitos fetais e 2 infantis. A taxa média de mortalidade

por sífilis congênita (2007-2014) foi de 374.7/100.000 nascidos vivos.

A subnotificação de óbitos por SC, deve ser considerada, visto que a investigação dos casos de forma sistematizada iniciou-se somente a partir de 2010, o que possibilitou resgatar casos de sífilis congênita não declarados na ocasião do óbito, especialmente em óbitos fetais cujas causas na maioria são mal definidas.

O perfil das gestantes que tiveram recém-nascido ou feto morto por sífilis congênita, tem média de idade de 24 anos, 100% com escolaridade maior que 8 anos, o número de gestações antes desse desfecho teve como média 3 gestações nos óbitos infantis e 4 para óbitos fetais. A Região Sul da cidade apresenta o maior número de casos de óbitos por SC no município de Palmas.

Para todos os envolvidos na rede de vigilância, assistência e gestão da saúde, a SC é um nó a ser ainda desatado, por meio de ações que sejam capazes de reduzir o número de casos SC com medidas de prevenção de DST e testagem em população geral, exames em gestantes, tratamento adequado e acompanhamento dos casos positivos de forma ativa e efetiva, reduzindo os casos e consequentemente de óbitos fetais e infantis.

Conclusões

Apesar dos esforços para prevenção e controle, o número de casos registrados de sífilis em gestante e sífilis congênita em Palmas continua a crescer, refletindo não apenas na manutenção da transmissão vertical das doenças, mas também numa melhora no sistema de notificação e de detecção das gestantes.

A atuação da Atenção Básica é essencial no combate ao agravo, considerando ser esta a principal porta de entrada no serviço de saúde, e as Equipes de Saúde da Família são o elo mais próximo entre profissional e paciente, tendo muito a colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da doença. Contudo, esses profissionais, que atuam diretamente com as gestantes, precisam de preparo técnico, com olhar multi e interdisciplinar, tendo em vista a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo. É preciso que ajam de forma consciente do seu papel para minimizar um risco totalmente evitável, por meio do diagnóstico precoce, tratamento adequado e educação em saúde das gestantes e seus parceiros.

Para mudar essa situação epidemiológica, a gestão municipal, por meio da Diretoria de Vigilância em Saúde, em conjunto com diversos setores, tem realizado esforços para diminuição dos casos, tais

como: disponibilização de testes rápidos para todas as Unidades de Saúde; lançamento da Nota Técnica Conjunta nº 02/2015, no sentido de sensibilizar os profissionais de Enfermagem para a aplicação da penicilina durante o pré-natal nas UBS; distribuição do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, lançado em maio deste ano, e melhoria na investigação e acompanhamento dos casos de gestantes com sífilis, para evitar a possível transmissão vertical. É importante ressaltar que:

- O diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação é uma das intervenções mais custo-efetivas em saúde, sendo recomendada até mesmo em países com prevalência muito baixa da doença;
- Testes rápidos para sífilis já estão disponíveis, permitindo o tratamento imediato das gestantes;
- Todo caso de sífilis congênita deve ser investigado, visando à identificação de falhas na assistência e à adoção de medidas corretivas que evitem a ocorrência de novos casos.

Referências

- [1]. GRUMACH Anete S et al. **A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde no Brasil: o caso da sífilis.** *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44612/17_penicilina_pdf_22607.pdf>. Acesso em: 17 set. 2014.
- [2]. WHO 2006. Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR) sponsored by U N I C E F / U N D P / W o r l d B a n k / W H O. **The use of Rapid Syphilis Tests. 28.** Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/TDR_SDI_06.1_eng.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.
- [3]. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la región de las Américas.** Washington, D.C, 2012. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=987&Itemid=904>. Acesso em: 13 maio 2014
- [4]. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2015.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-2-2012/16_BOLETIM_EPIDEMIOLOGICO.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015

- [5]. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**. Brasília, 2006.
- [6]. LORENZI Dino Roberto Soares De; Madi José Mauro. **Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal**. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia. 2001 dez.; 23 (10): 647-52. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n10/8489.pdf>>. Acesso em: 10/09/2015.
- [7]. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: < http://www.dst.uff.br/revista24-2-2012/16_BOLETIM_EPIDEMIOLOGICO.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014
- [8]. Araújo Maria Alix Leite et al. **Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente**. Minas Gerais, 2008. Disponível em:< <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/004-009.pdf>>. Acesso em 06/10/2014
- [9]. LEITÃO Eslei Judson Lisboa et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF. Disponível em :< http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4sifilisgestacional.pdf>. Acesso em: 06/10/2015
- [10].BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Nota técnica: definição de caso de sífilis congênita [Internet]. 2004 [citado 2008 Set 03]. Disponível em : <http://www.saude.ms.gov.br/controle>.
- [11].BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**. Brasília, 2006.
- [12].Vaz Rodrigues MJ. Sífilis: notificação critérios. 20085199-205 **Coletiva Saúde**. Disponível em: <Http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84225503> Data de referência: 6 / Out / 2015.
- [13].GRUMACH AS, Matida LH, Heukelbach J, Coêlho HLL, Ramos Jr AN. **A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde no Brasil: o caso da sífilis**. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2007. Disponível em:< http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44612/17_penicilina_pdf_22607.pdf>. Acesso em: 17 set. 2014.
- [14].Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007;16:165-73.
- [15].Rodrigues CS. Sífilis na Gestação e Puerpério: Oportunidades estratégicas para sua prevenção e controle, Brasil, 2000. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005

Capítulo 3 —

Cenário

Epidemiológico

Hepatites Virais

Introdução

Consideradas graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, as Hepatites Virais são inflamações do fígado causadas pelos vírus A, B, C, D e E. Embora possuam características clínicas semelhantes, os agentes etiológicos dessas infecções apresentam diferentes ciclos replicativos e formas diferentes de transmissão, o que garante epidemiologias distintas. São de grande importância para a saúde pública, em razão do número de pessoas acometidas, transmissibilidade, cronicidade e potencial para complicações.

Hepatite A

A hepatite A é uma doença contagiosa, causada pelo vírus A, e também conhecida como “hepatite infecciosa” ou “hepatite da infância”. Sua transmissão é fecal-oral, por contato entre indivíduos ou por meio de água ou alimentos contaminados pelo vírus. Geralmente não apresenta sintomas, porém os mais frequentes são idênticos aos de uma virose comum acompanhada por icterícia. Estima-se que 90% da população brasileira possuam contato e resposta imune por doença contra o vírus da Hepatite A.

Em agosto de 2014 a vacina contra a hepatite A foi incluída no Plano Nacional de Imunização no calendário básico de vacinação da criança. A vacina já era anteriormente recomendada em grupos específicos.

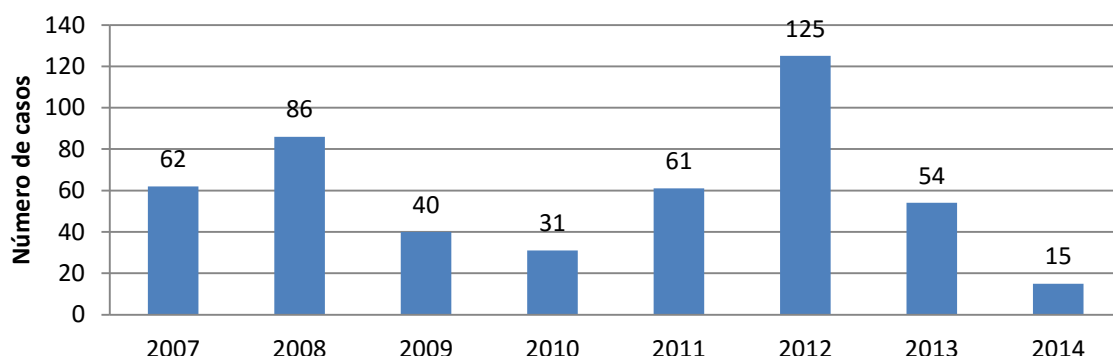
No Brasil, observando-se a série histórica de casos de hepatite A, no período de 2000 a 2014, constatou-se que houve um decréscimo no número

Organizações civis estimam que cinco milhões de pessoas sejam portadoras das Hepatites B e/ou C, e que, no Brasil, uma entre 12 pessoas é portadora do vírus da Hepatite B e/ou C e não sabe. A maioria das pessoas infectadas pelas hepatites virais crônicas desconhece o diagnóstico, constituindo-se elo fundamental na cadeia de transmissão dessas infecções.

No Tocantins, atualmente, circulam três tipos de vírus da hepatite; são eles: A, B e C.

de casos diagnosticados anualmente a partir de 2005, que é o ano com o maior número de casos. Essa redução pode ser atribuída à melhoria do sistema de saneamento básico e de oferta de água tratada no país. Em Palmas, capital do Tocantins, conforme a Figura 1, houve uma oscilação considerável no número de casos confirmados de hepatite A, onde consideramos que o principal fator foi a subnotificação dos casos, devido às hepatites virais apresentarem sintomas semelhantes a uma síndrome gripal, em que os quadros ictericos aparecem raramente e, em sua grande maioria, só venham a ser percebidas quando há comprometimento da função hepática. O aumento considerável dos casos, em 2011 e 2012, deveu-se a uma intensa sensibilização dos serviços de atendimento em saúde pública e em particular quanto à notificação de casos suspeitos de hepatites virais e posterior confirmação destes.

Figura 1. Casos de hepatite A por ano, Palmas - TO, 2007 - 2014.

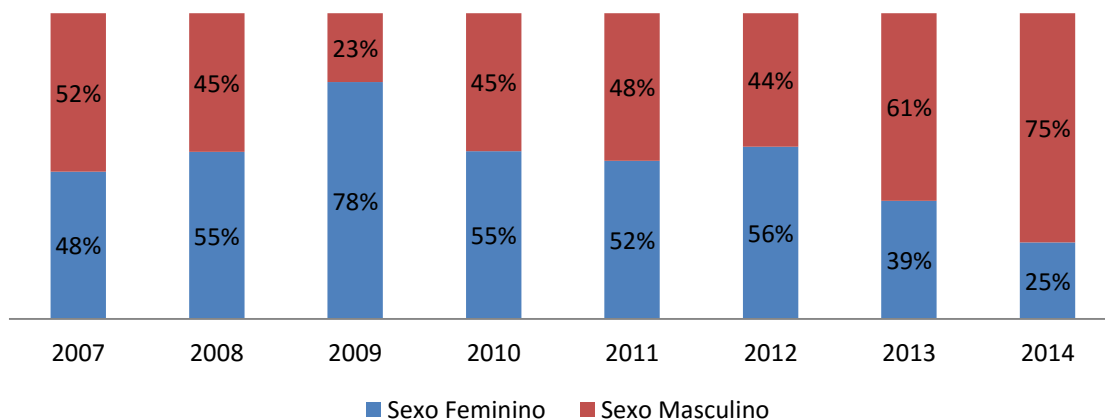


Fonte: Casos de Hepatites Virais, SINAN/SVS/MS.

Os casos de hepatite A no Brasil, segundo faixa etária, no período de 2000 a 2014, tiveram maior concentração nas idades de cinco e seis anos, e decréscimo nas demais faixas etárias. Já em Palmas, os casos estiveram mais concentrados entre os

primeiros nove anos de vida, na idade escolar, onde a transmissão é mais frequente. Como no restante do país, Palmas não apresenta diferenças significativas na ocorrência de hepatite A entre os gêneros (Figura 2).

Figura 2. Casos de hepatite A segundo o sexo em Palmas - TO, 2007 - 2014.



Fonte: Casos de Hepatites Virais, SINAN/SVS/MS.

Nos anos de 2013 e 2014, em Palmas, notou-se uma predominância de casos no sexo masculino. Esse achado necessita ser confirmado por estudos mais

detalhados, porém pode ser considerado um quadro pontual.

Hepatite B

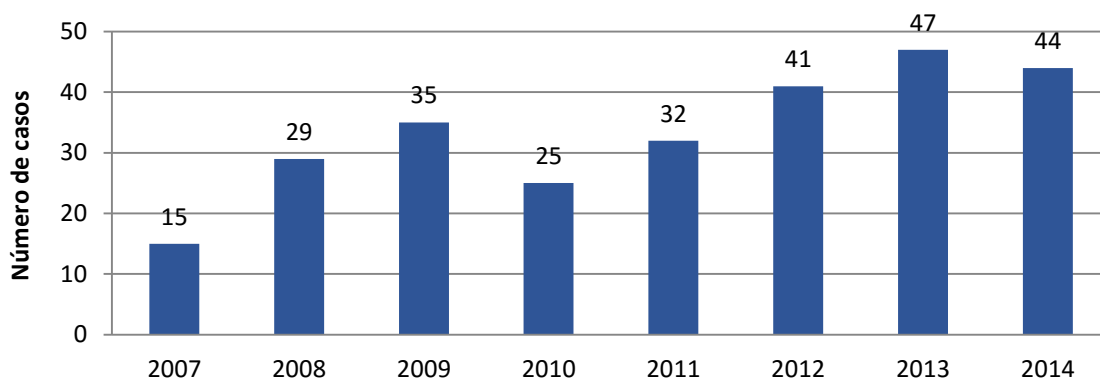
A hepatite viral B é uma infecção de transmissão parenteral, predominantemente pela via sexual. A transmissão vertical pode ocorrer, onde ocasiona uma evolução desfavorável, com maior chance de cronicidade. O vírus da Hepatite B apresenta elevada infectividade, e permanece ativo

durante longo período fora do corpo. O Ministério da Saúde recomenda para a Região Norte do Brasil a realização prévia de sorologia para hepatite B e vacinação das pessoas suscetíveis. Acredita-se que existam, aproximadamente, dois milhões de portadores da hepatite B na forma crônica.

Apesar da progressão da cobertura vacinal e acesso ampliado às orientações para prevenção das DST, ainda há um crescente número de diagnósticos de hepatite B. Esse índice soma-se ao número expressivo de portadores já diagnosticados e em acompanhamento, e eleva o impacto da doença no território brasileiro. O tratamento e acompanhamento multiprofissional para os portadores de hepatite B é seguro e gratuito.

No Brasil, entre 2004 e 2014, os casos notificados de hepatite B estão mais concentrados nas regiões Sul e Sudeste, se comparado às demais regiões. Em Palmas, na série histórica entre os anos de 2007 e 2014, apresentou-se um aumento gradual no decorrer dos anos no número de casos/notificações, o que pode ser atribuído a melhores ações em vigilância.

Figura 3. Casos de hepatite B por ano, Palmas - TO, 2007 - 2014.

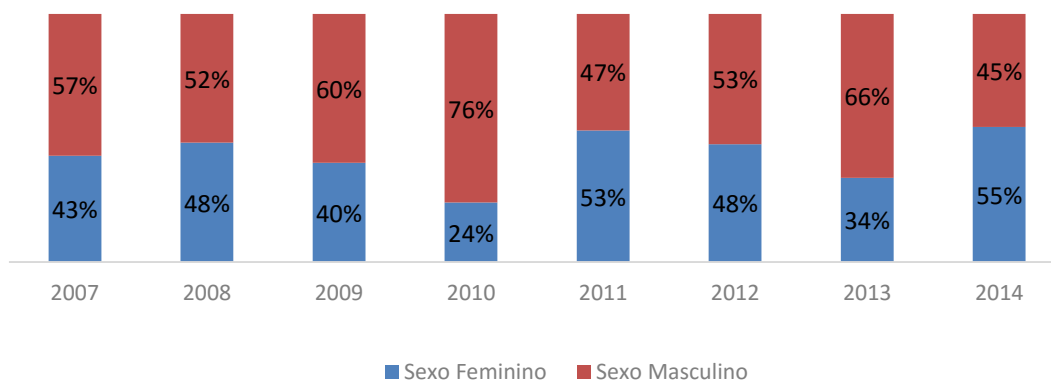


Fonte: Casos de Hepatites Virais, SINAN/SVS/MS.

Quanto à distribuição etária dos casos notificados de hepatite B, segundo sexo no Brasil, entre os anos de 2000 e 2014, pode-se concluir que o sexo feminino apresenta um diagnóstico significativamente mais precoce do que o masculino. Essas diferenças refletem o fato de existir certa resistência pelos homens de procurar o serviço de

saúde, e também devido aos exames do pré-natal. Na Figura 4, em Palmas, entre 2007 e 2014, conforme o sexo, o número de homens (147 casos) com hepatite B é maior do que o de mulheres (113 casos), quadro que acompanha o cenário nacional e difere da Região Norte, onde as mulheres concentram o maior número de casos.

Figura 4. Casos de hepatite B segundo o sexo em Palmas - TO, 2007 - 2014.



Fonte: Casos de Hepatites Virais, SINAN/SVS/MS.

A distribuição etária segundo sexo na Região Norte do Brasil, entre os anos de 2004 e 2014, assim como para o país, verificou-se que o sexo feminino apresenta uma exposição significativamente mais precoce ao vírus B, entretanto com menor diferença quanto ao período de risco máximo em relação ao sexo masculino do que o verificado no Brasil. No caso da Região Norte, o sexo feminino concentra a maioria dos casos. Conforme o apresentado na Figura 4, em Palmas não houve diferença significativa dos casos de hepatite B entre ambos os sexos no período analisado.

Os marcadores sorológicos para o diagnóstico da hepatite B são complexos, em grande quantidade e ainda pouco conhecidos pelas equipes de saúde,

mas há empenho na educação continuada desses profissionais, tendo em vista a melhoria na busca dos pacientes que desconheçam sua situação sorológica, tanto para o diagnóstico quanto para a verificação da resposta vacinal. O teste rápido para hepatite B apresenta apenas o marcador HBsAG, sendo este o primeiro a negativar após alguns meses do contágio. Para o correto diagnóstico é necessária a realização de mais marcadores sorológicos específicos.

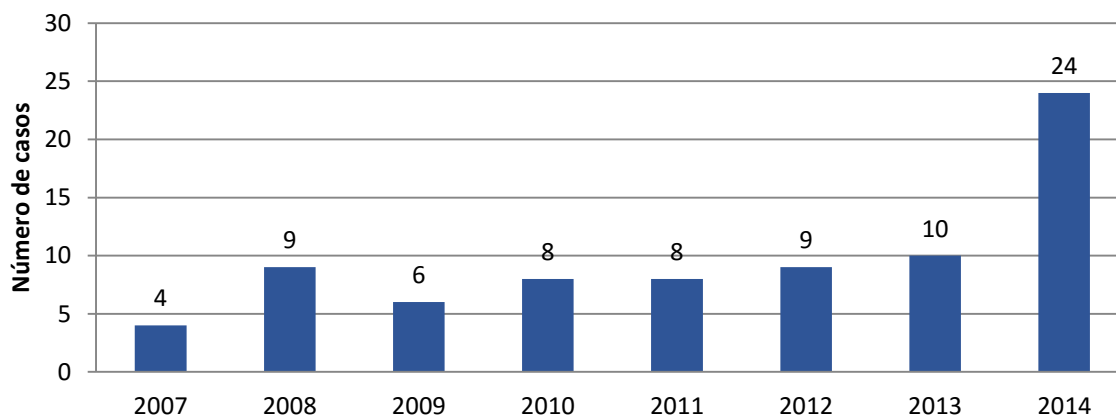
Estudos comprovam que 5% da população com esquema vacinal completo/correto contra a hepatite B não adquirem imunidade, tendo a prevenção como única forma de evitar o contágio.

Hepatite C

A hepatite C é uma infecção de transmissão principalmente parenteral. A história natural do HCV é marcada pela evolução silenciosa. Muitas vezes a doença é diagnosticada décadas após a infecção, e os sinais e sintomas se manifestam apenas em fases mais

avançadas da doença. No Brasil estima-se que existam 1,4 a 1,7 milhões de portadores da hepatite viral C em território nacional. Assim como na hepatite B, os portadores da hepatite C têm tratamento seguro e gratuito.

Figura 5. Casos de hepatite C por ano, Palmas - TO, 2007 - 2014.



Fonte: Casos de Hepatites Virais, SINAN/SVS/MS.

No Brasil, as regiões Sudeste e Sul concentram 86% dos casos notificados de hepatite C, sendo a Região Sudeste responsável por 60% dos casos. A Figura 5 mostra a ocorrência de hepatite C entre os anos de 2007 e 2014 na cidade de Palmas, sendo que, do total de casos notificados por ano no SINAN, não foram apresentadas alterações significativas nesse período, à exceção do ano de 2014, com aumento em relação ao número médio de casos notificados nos

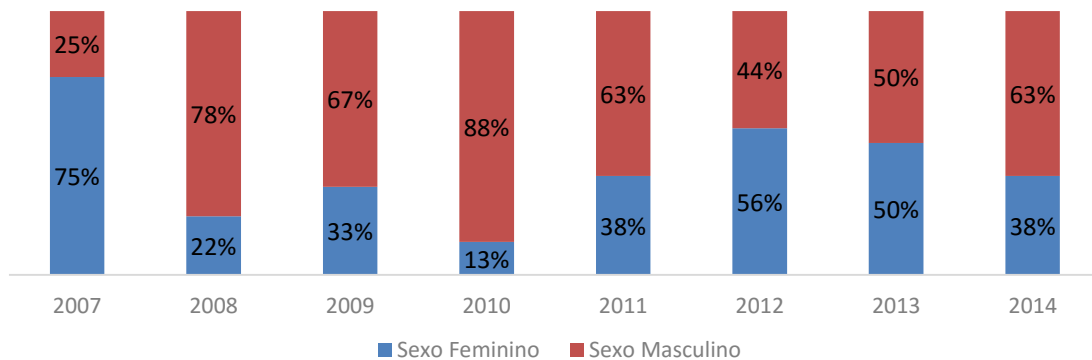
anos anteriores. Acreditamos que tal aumento se refira a melhores ações em vigilância, sensibilização das equipes de saúde perante o diagnóstico e à instalação de testes rápidos para hepatite C (anti-HCV) nas unidades de saúde de Palmas.

A Figura 6 apresenta a distribuição dos casos conforme o sexo em portadores de hepatite C, em que se observa diferença entre ambos. O número total de homens infectados/notificados é expressivamente

maior do que o de mulheres, sendo o sexo masculino responsável por 61% dos casos notificados. Acredita-se que este fato se deva a grande número dos pacientes diagnosticados serem oriundos de banco de sangue, onde tradicionalmente o número de

doadores do sexo masculino é mais expressivo, e estes são diagnosticados portadores de hepatite C durante os testes de triagem nos bancos de sangue, e, como no cenário nacional, reflete os diferentes padrões de exposição parenteral entre os sexos.

Figura 6: Casos de hepatite C segundo o sexo em Palmas - TO, 2007 - 2014.

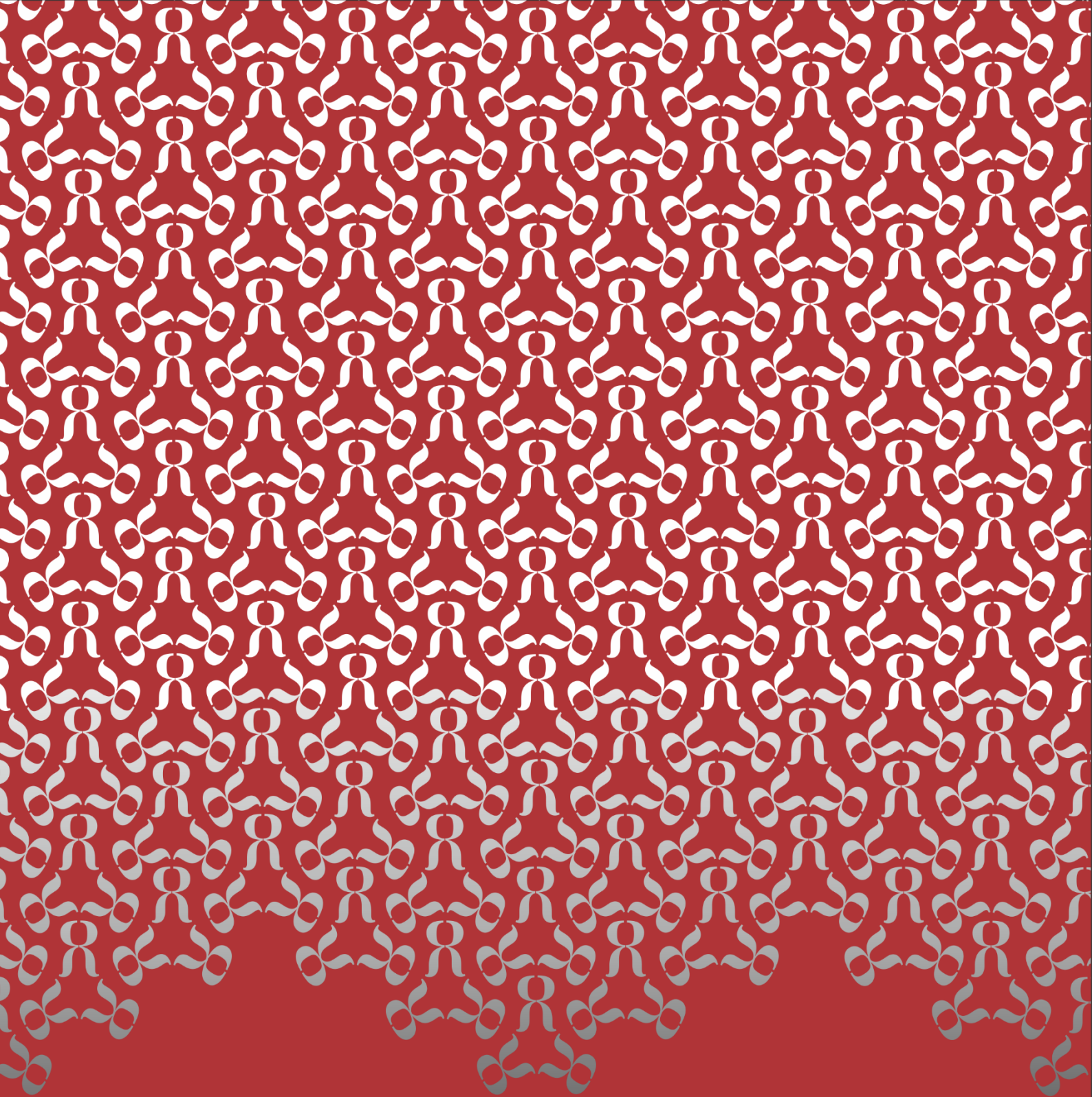


Fonte: Casos de Hepatites Virais, SINAN/SVS/MS.

Desses pacientes homens notificados, 53,3% tinham entre 40 e 59 anos de idade no momento do diagnóstico/notificação. Nas mulheres dessa faixa etária também foi onde ocorreu o maior número de casos notificados, 50%, o que caracteriza o diagnóstico tardio desta doença com sintomas silenciosos.

No caso da hepatite C, doença crônica assintomática na maioria dos casos e com tempo de

evolução variando entre 10 e mais de 30 anos, o número total de pessoas vivendo com o vírus é desconhecido. A estimativa do total de casos existentes, mesmo que não diagnosticados ou notificados ao sistema de saúde, tem importância crucial para o planejamento adequado de medidas de contenção e redução de danos e para garantir o tratamento daqueles que dele precisam.



DVS
Diretoria de
Vigilância em Saúde
Secretaria da Saúde de Palmas



Secretaria da
Saúde de
Palmas