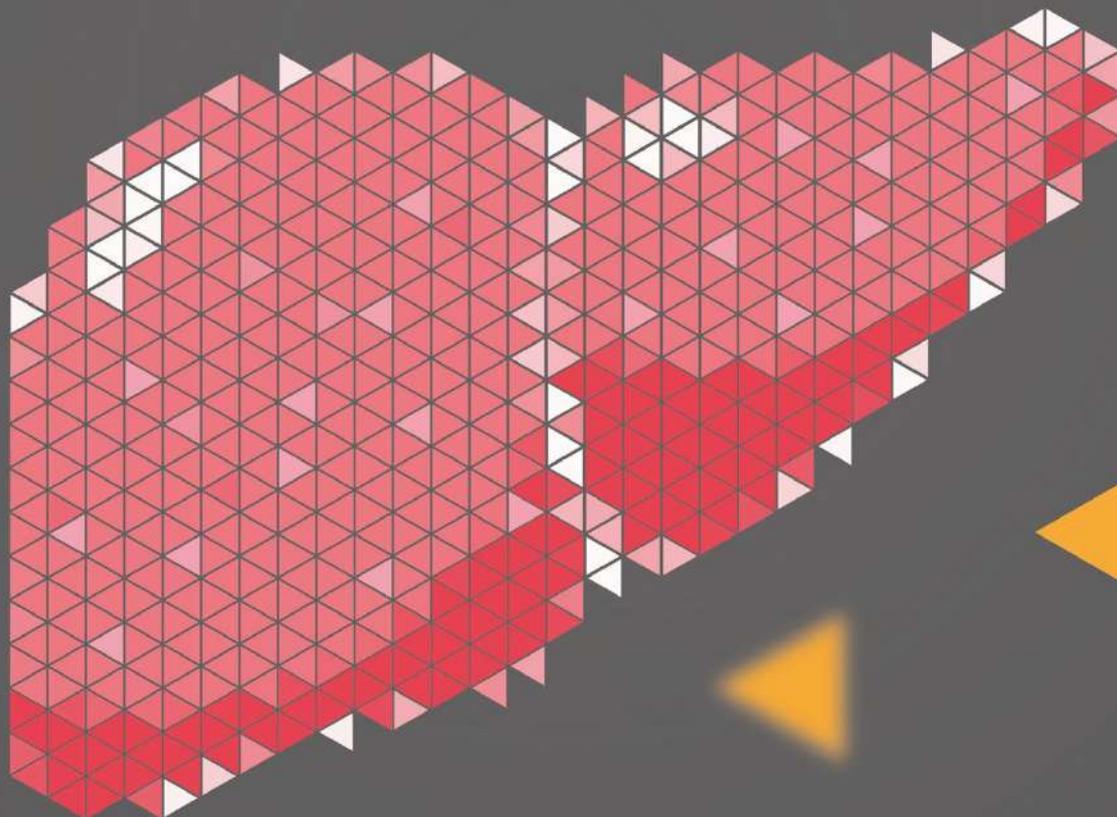


BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO



RIO DE JANEIRO, JULHO DE 2022

© 2022 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

1ª Edição

Informação:

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde / Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde / Superintendência de Vigilância em Saúde / Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE)

Rua Ulisses Guimarães, 300, Cidade Nova, Rio de Janeiro / RJ - CEP 20211-225

Eduardo Paes

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Rodrigo Prado

Secretário Municipal de Saúde

Ana Luiza F. R. Caldas

Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Renato Cony Seródio

Superintendente de Atenção Primária

Larissa Cristina Terrezo Machado

Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento

Denise Jardim de Almeida

Superintendente de Promoção da Saúde

Márcio Garcia

Superintendente de Vigilância em Saúde

Colaboradores

Aline Gonçalves Pereira

Aline Rodrigues de Aguiar

Betina Durovni

Caio Luiz Pereira Ribeiro

Camilla Barros

Caroline Dias Ferreira

Emanuelle Pereira de O. Corrêa

Felipe de Carvalho Vommaro Marincola

Girleide Pereira de Oliveira

Gislani Mateus O. Aguiar

João Roberto Cavalcante

Livia de Souza Câmara

Luciana Freire de Carvalho

Paula Cristina Pereira Dias

Silvana Neres

Thais Irene Souza Riback

Valéria Saraceni

Coordenação e Revisão Técnica

Aline Gonçalves Pereira

Betina Durovni

Emanuelle Pereira de O. Corrêa

Gislani Mateus O. Aguiar

Márcio Garcia

Valéria Saraceni

Assessoria de Comunicação da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Clarissa Mello

Patricia Avolio

Bruna Campos

Projeto Gráfico, capa e diagramação

Luciano Freitas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES VIRAIS	7
2.1. INCIDÊNCIA	7
2.1.1. HEPATITE A	14
2.1.2. HEPATITE B	20
2.1.3. HEPATITE C	21
2.2. MORTALIDADE	24
3. VACINAÇÃO COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO	29
3.1. COBERTURA VACINAL HEPATITE A	29
3.2. COBERTURA VACINAL HEPATITE B	30
4. ASSISTÊNCIA ÀS HEPATITES VIRAIS NO MRJ	31
5. PERSPECTIVAS E DESAFIOS	34
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
7. REFERÊNCIAS	36
8. APÊNDICES	37

LISTA DE SIGLAS

AP: Área programática

APS: Atenção Primária em Saúde

CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CESAF: Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

CRIE: Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais

HAV: Vírus da Hepatite A

HBV: Vírus da Hepatite B

HCV: Vírus da Hepatite C

HDV: Vírus da Hepatite D

HEV: Vírus da Hepatite E

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

MRJ: Município do Rio de Janeiro

MS: Ministério da Saúde

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS: Organização Mundial de Saúde

PEP: Profilaxia Pós-Exposição

PrEP: Profilaxia Pré-Exposição

PNI: Programa Nacional de Imunizações

SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SI-PNI: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

SISLOGLAB: Sistema para solicitação e controle de estoque dos Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais para Atenção Básica (Rede Cegonha e População Geral), Hospitais, SAE e CTA

SMS-RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUS: Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

As hepatites virais são um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido a sua elevada taxa de incidência, prevalência e mortalidade. Caracterizam-se por serem doenças causadas por diferentes vírus hepatotrópicos que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas (BRASIL, 2021).

Quanto à etiologia, as hepatites virais mais frequentes são causadas por cinco diferentes agentes etiológicos: o Vírus da Hepatite A (HAV), o Vírus da Hepatite B (HBV), o Vírus da Hepatite C (HCV), o Vírus da Hepatite D (HDV) e o Vírus da Hepatite E (HEV). Embora distribuídas universalmente e com semelhanças no aspecto clínico-laboratorial, as hepatites virais apresentam importantes diferenças epidemiológicas e quanto à sua evolução (BRASIL, 2021).

Uma das principais diferenças das características epidemiológicas se dá pelo modo de transmissão. As hepatites A e E são transmitidas pela via fecal-oral e estão relacionadas principalmente às condições de saneamento básico, higiene pessoal, relação sexual desprotegida (contato boca-ânus) e qualidade da água e dos alimentos. As hepatites B, C e D são transmitidas pelo sangue (via parenteral, percutânea e vertical), pelo esperma e por secreção vaginal, via sexual (BRASIL, 2018).

Dentre as hepatites, a hepatite A está diretamente associada ao desenvolvimento econômico e social no que tange às condições de renda, saneamento básico e de higiene. Apesar da maior concentração de casos de hepatite A ser localizada nas macrorregiões Norte e Nordeste, o MRJ utiliza medidas de vigilância para detecção precoce de possíveis surtos e identificação de casos com a finalidade de adotar medidas de prevenção e controle.

No Brasil, as hepatites B e C representam a segunda maior causa de morte entre as doenças infecciosas, depois da tuberculose, e apresentam um risco 9 vezes maior de infectar pessoas do que o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). No mundo existem 325 milhões de pessoas infectadas e por ano ocorrem 1,4 milhão mortes. Ressalta-se que a hepatite é evitável, tratável e, no caso da hepatite C, curável (BRASIL, 2019).

Segundo o boletim epidemiológico de Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MS) lançado em 2021, no período de 1999 a 2020, no Brasil, 254.389 pessoas foram diagnosticadas com hepatite B e 262.815 com hepatite C. Essas infecções são as principais causas de doença hepática crônica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. A carga de doenças resultantes das hepatites virais e o próprio agravo por si representam um grande desafio de saúde pública para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030 é um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) firmado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) através da elaboração de um documento em 2016 contendo estratégias globais para o alcance desta meta. O Brasil é um dos países signatários deste documento que visa, dentre outros objetivos, a redução das infecções pelos vírus das hepatites em 90% e, conseqüentemente, a redução da mortalidade atribuível a esses vírus.



Nas últimas décadas, tanto o diagnóstico quanto o tratamento das hepatites virais evoluíram de forma significativa. Houve disponibilização de testes rápidos para rastreamento da hepatite B e hepatite C de modo descentralizado para toda rede de atenção à saúde a partir do ano de 2013 no Brasil. Quanto à terapia medicamentosa da hepatite C, os novos medicamentos antivirais de ação direta que possibilitaram a redução do tempo de tratamento para 60 a 90 dias, causam menos efeitos colaterais, favorecendo a adesão ao tratamento e possibilitam a cura de mais de 95% das pessoas com hepatite C.

Além desses avanços, eliminar o critério de grau de fibrose e inflamação pela classificação histológica de Metavir para indicar tratamento e caminhar para a execução do modelo "teste e trate" na hepatite C, foi fundamental para dar celeridade ao início do tratamento. Além disso, quanto maior o número de pacientes tratados e curados, haverá uma redução no aparecimento de novos casos. Em breve, com a adoção de esquemas pangotípicos para a terapia de pacientes portadores de hepatite C, conforme o Ofício Circular nº6/2022/CGAAV/DCCI/SVS/MS, não será mais necessária a realização de genotipagem prévia para início do tratamento. Isto trará redução de custos e otimização para o início do tratamento.

O Município do Rio de Janeiro (MRJ) possui uma ampla rede de Atenção Primária em Saúde (APS) com capilaridade nos diferentes territórios da cidade que hoje coordenam o cuidado às hepatites virais realizando rastreamento, diagnóstico, notificação e tratamento. Além disso, possui uma rede de serviços especializados para manejo dos casos que necessitem de complementação diagnóstica ou início do tratamento.

Considerando a relevância do tema, o objetivo deste boletim técnico é apresentar o panorama epidemiológico das hepatites virais no MRJ e seus principais indicadores epidemiológicos e assistenciais, além da caracterização da série histórica dos últimos 10 anos. Abordaremos também a análise espacial da hepatite A na cidade, considerando a especificidade do seu modo de transmissão. Vale destacar que o documento agrega a análise de quatro (4) sistemas de informações diferentes. Espera-se, portanto, que a análise do boletim contribua nos processos de cuidado e adoção de medidas de prevenção e controle que impactem positivamente na morbimortalidade das hepatites virais no MRJ.

2. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES VIRAIS

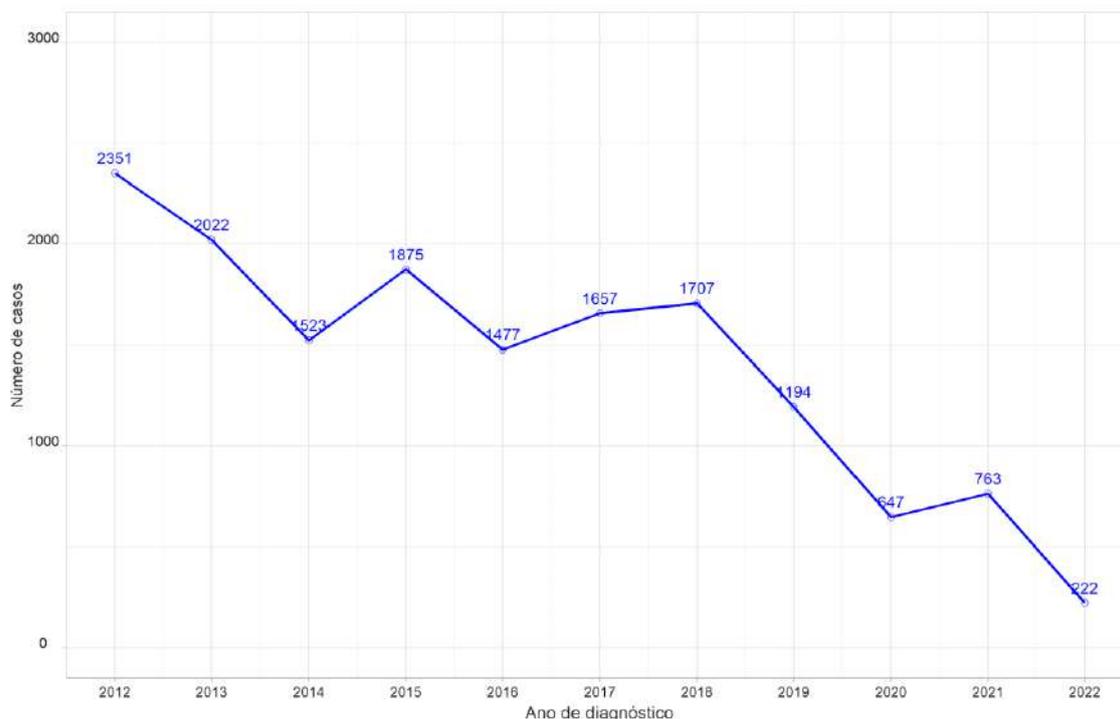
Para o panorama epidemiológico das hepatites virais, serão discutidas a incidência e a mortalidade, segundo as características sociodemográficas.

2.1. INCIDÊNCIA

A incidência dos casos é um indicador que estima o risco de adoecimento na população residente, além de auxiliar na identificação de variações na distribuição dos casos ao longo do tempo, espaço e características dos indivíduos. Essa análise fornece subsídios para o planejamento, execução e avaliação da política pública de saúde.

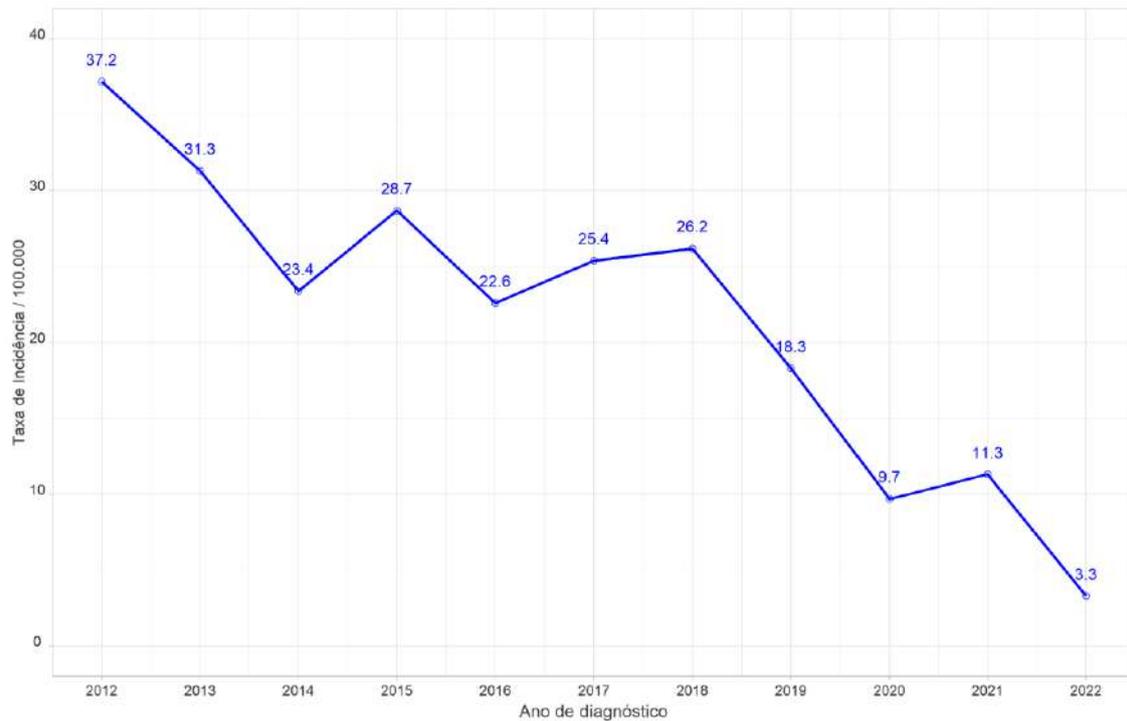
Nos últimos 10 anos, foi possível observar uma diminuição do número total de casos e consequentemente da taxa de incidência de hepatites virais por 100.000 habitantes no MRJ. Após o ano de 2018, houve uma significativa queda da taxa de incidência de hepatites, que se manteve em declínio nos anos de 2020 e 2021, provavelmente pelo advento da pandemia de COVID-19 e suas repercussões nas dinâmicas sociais e nos serviços de saúde. Este comportamento também é observado no ano de 2022, mesmo com a amostragem parcial dos casos até a data do boletim (Figuras 1 e 2).

Figura 1 - Número de casos de hepatites virais por ano, MRJ, 2012-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Figura 2 - Taxa de incidência de hepatites virais por 100 mil habitantes, MRJ, 2012-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Quando os casos são visualizados de maneira detalhada pela Área de Planejamento (AP), é possível observar a mesma tendência de queda de casos que para o MRJ (Figura 3).

Figura 3 - Número de casos de hepatites virais por AP e ano, MRJ, 2012-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Avaliando os casos por AP do MRJ (Tabela 1), é possível observar que a distribuição variou ao longo dos anos entre cada uma das AP. Nos últimos dois anos já encerrados, 2020 e 2021, podemos destacar que a AP 5.2 apresentou a maior concentração de casos notificados em relação às demais, enquanto a AP 2.2 o menor número de casos.

Tabela 1 - Número de casos de hepatites virais por AP e ano, MRJ, 2012-2022

Ano	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3
2012	173	243	156	393	210	310	256	154	220	221
2013	137	137	103	461	161	248	213	163	158	244
2014	139	99	63	206	243	212	144	129	198	144
2015	130	141	88	221	203	276	195	223	268	149
2016	108	125	74	166	139	212	122	156	277	106
2017	221	232	62	156	176	171	162	185	227	94
2018	177	283	107	194	173	212	174	187	156	90
2019	97	94	53	146	76	145	155	173	140	61
2020	70	43	40	79	48	82	77	50	92	33
2021	54	37	26	80	32	120	80	41	135	44
2022	29	24	9	25	21	36	16	19	40	8

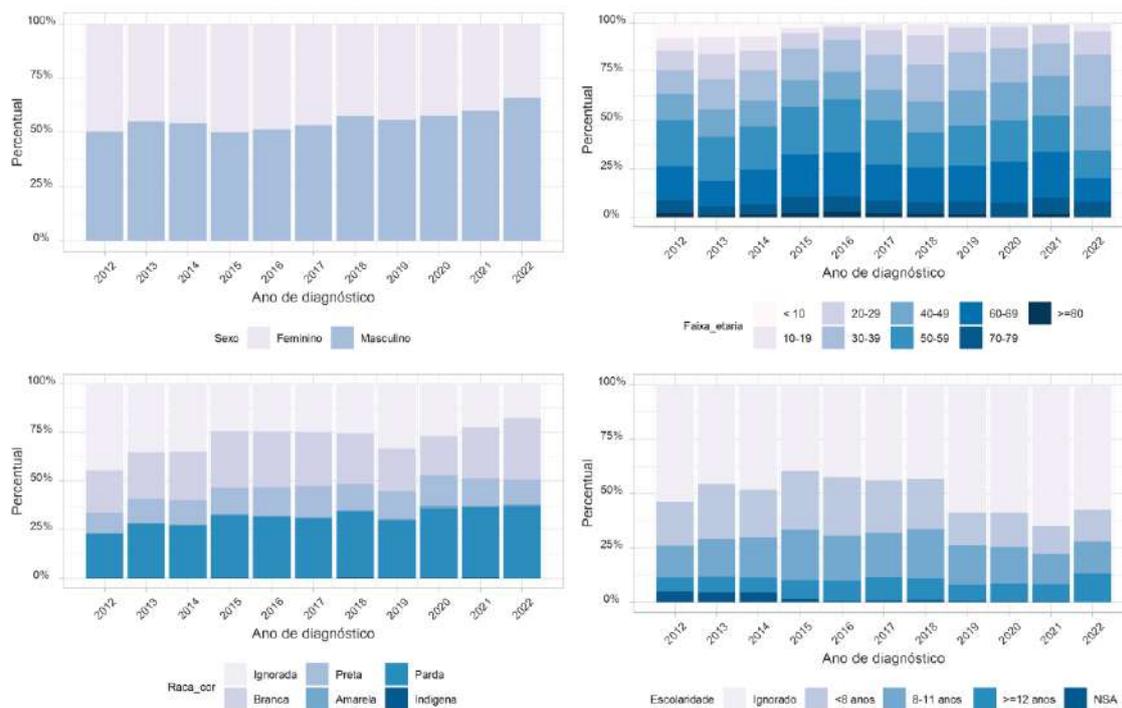
Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

É importante destacar que a notificação de casos também reflete a capacidade e sensibilidade dos serviços de saúde realizarem a detecção e acesso ao tratamento dos casos de hepatites virais.

Na série histórica (Figura 4) dos casos de hepatites virais, **independente da etiologia**, a ocorrência é mais frequente no sexo masculino em todos os anos e foi possível verificar um consequente aumento no percentual de casos para esse grupo nos últimos anos. A faixa etária mais acometida ao longo do tempo é de 40-49 anos, com aumento no último ano da faixa etária entre 30-39 anos. A raça/cor mais acometida é a parda; essa variável ainda apresenta um importante percentual de preenchimento “ignorado”, sendo um importante marcador para observar a necessidade de

melhoria da qualidade da informação quanto à completude do preenchimento da ficha de notificação. Em relação à escolaridade, o preenchimento da variável como “ignorado” também aparece como destaque em todos os anos avaliados, comprometendo sua análise, seguida na maioria dos anos pela escolaridade menor que 8 anos.

Figura 4 - Distribuição dos casos por sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade dos casos de hepatites virais por ano, MRJ, 2012-2022

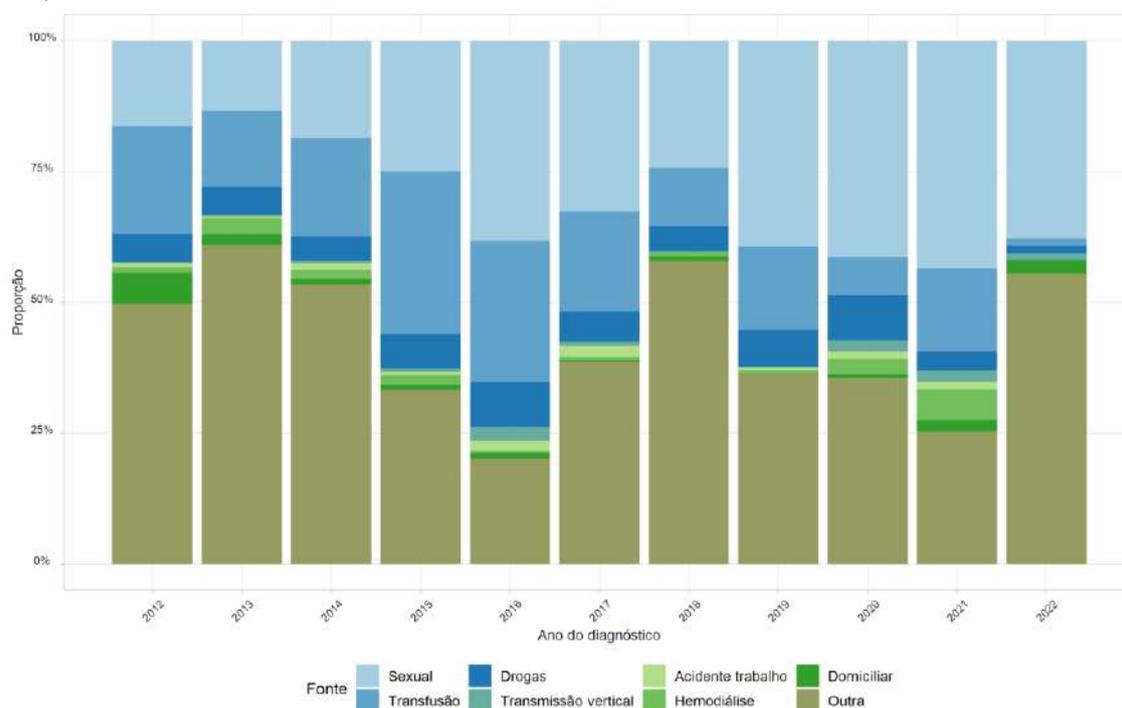


Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Analisando a fonte ou mecanismo de transmissão das hepatites virais, um percentual de 68% dos casos foi preenchido como ignorado no período apresentado. Essa informação compromete a análise e demonstra a fragilidade no preenchimento da ficha de notificação de hepatites virais pelo profissional notificante, uma vez que o valor ignorado acaba predominando sobre os demais. A falta de conhecimento do paciente acerca das diferentes formas de contaminação pelo vírus também pode fragilizar a coleta da informação e dessa etapa para vigilância do caso.

A via sexual apresenta manutenção do percentual de casos nos últimos quatro anos, sendo essa a principal via responsável pela transmissão do vírus B e C, demandando esforços para medidas de prevenção como a oferta de preservativos, a orientação acerca da transmissão e redução de danos (Figura 5).

Figura 5 - Distribuição proporcional das prováveis fontes de infecção de hepatites virais por ano, MRJ, 2012-2022



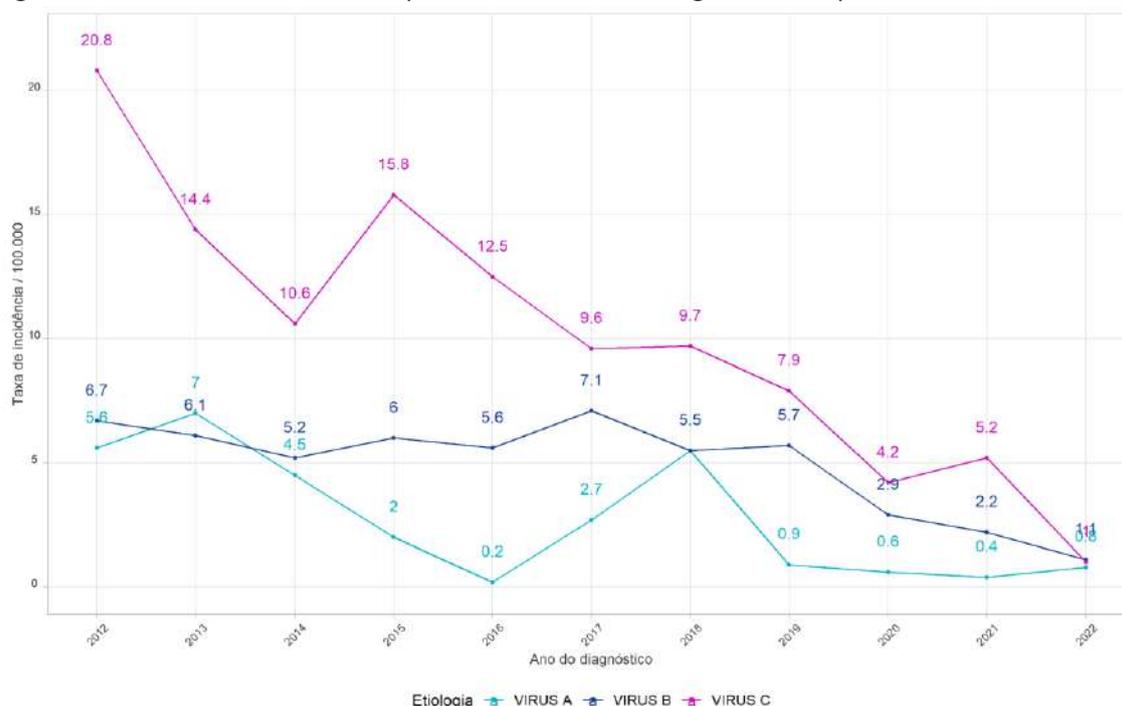
Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Analisando a **incidência segundo o agente etiológico**, observa-se que a taxa de incidência de casos pelos três principais vírus da hepatite vem apresentando declínio de modo sistemático e este comportamento também pode ser observado nacionalmente, segundo o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais do MS de 2021 (BRASIL, 2021). Além disso, a taxa de incidência de hepatite C é maior do que as demais ao longo da série histórica dos últimos anos.

Analisando a curva isolada de cada tipo de vírus (Figura 6), verifica-se que a hepatite A iniciou tendência de queda na cidade a partir do ano de 2014, mesmo ano em que houve a introdução da vacina contra hepatite A no calendário vacinal de crianças. Essa tendência foi mantida ao longo dos demais anos, exceto pelo ano de 2018 onde houve um aumento significativo dos casos, seguido de queda nos anos seguintes até o ano de 2022, que mesmo parcial já apresenta taxa de incidência superior aos últimos dois anos. A análise espacial de surtos de hepatite A poderá ser conferida no item 2.1.1 do boletim.

Durante o período não foi observada uma grande oscilação na distribuição de casos de hepatite B, com uma taxa de incidência estável, exceto a partir do ano de 2020 quando teve início uma queda do número de casos no mesmo período da pandemia da COVID-19. Em relação à hepatite C, foi possível observar uma tendência de queda ao longo da série histórica, exceto pelo ano de 2015, quando houve um aumento expressivo em decorrência da mudança de definição de caso, que passou a incluir a notificação daqueles com o marcador sorológico anti-HCV (Figura 6).

Figura 6 - Taxa de incidência de hepatites virais com etiologia definida por ano, MRJ, 2012-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

É importante ressaltar que essa queda nos casos de hepatites virais ocorre em um contexto de avanços nas políticas públicas de saúde, seja por meio da adoção de medidas de prevenção e controle, como as vacinas contra as hepatites B e A, ou por meio da organização assistencial pelos serviços de saúde para detecção e tratamento. Os aspectos assistenciais serão abordados de maneira mais detalhada no item 4 do boletim.

A pandemia de COVID-19 teve enorme impacto na dinâmica da população e nos serviços de saúde em todo o mundo, e por isso sua relevância também deve ser ponderada sobre o declínio mais acentuado nos casos das hepatites virais nos dois primeiros anos, 2020 e 2021. Se por um lado, o isolamento social decorrente da mesma pode ter impactado nas práticas e dinâmicas populacionais levando a uma menor exposição e ao risco de adoecimento por hepatites virais, aliado a maior pressão assistencial ocasionada nos serviços de saúde, a pandemia da COVID-19 também pode ter dificultado a busca e acesso aos serviços de saúde para detecção.

A classificação etiológica dos casos identificados pode ser observada na tabela 2, além do apresentado na figura 6, a qual inclui as coinfeções por duas etiologias, onde a mais predominante é do vírus B e C. O número de notificações com preenchimento da classificação etiológica ignorado é elevado, dificultando a análise e apontando para a baixa qualidade dessas informações.

Como problema de saúde pública, os vírus B e C apresentam um potencial elevado de cronificação e de aparecimento de graves complicações hepáticas como cirrose e carcinoma, o que torna de grande importância conhecer a etiologia dos casos.

Tabela 2 - Classificação etiológica dos casos de hepatites virais por ano, MRJ, 2012-2022

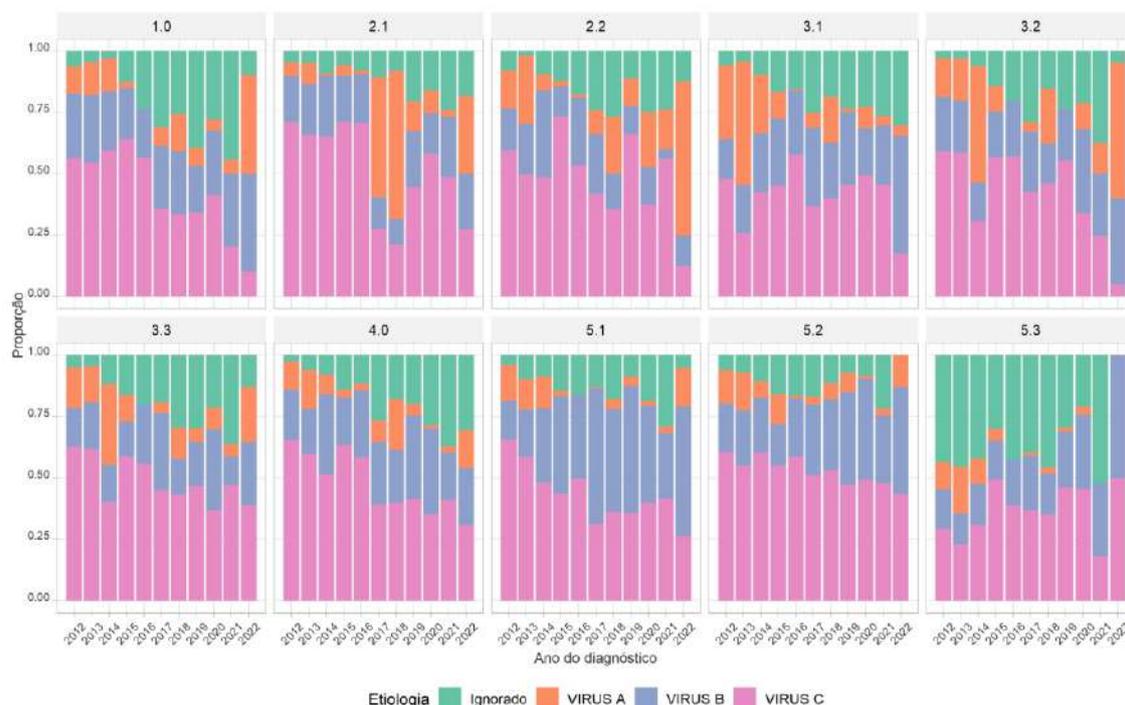
Ano	Vírus A	Vírus B	Vírus C	Vírus B e D	Vírus E	Vírus B e		Ignorado	
						C	Vírus A e B		
2012	372	397	1327	-	-	30	6	4	247
2013	480	374	938	3	2	18	4	1	247
2014	299	335	699	-	-	14	1	-	238
2015	138	377	1041	1	-	19	1	-	347
2016	10	357	821	1	-	10	-	1	321
2017	176	447	637	2	-	16	-	1	467
2018	363	350	635	2	2	10	1	-	422
2019	60	364	515	-	1	11	-	-	250
2020	39	186	280	1	-	6	-	-	146
2021	28	143	351	1	-	3	-	2	247
2022	52	74	66	-	-	3	-	-	63

Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

A análise da distribuição proporcional das etiologias por AP mostra que a AP 5.3 apresenta um percentual maior de etiologia ignorada quando comparada às outras áreas. Na série histórica, a Hepatite C representa o maior percentual de casos em todas as áreas, seguida pela Hepatite B e, eventualmente, a Hepatite A. Como as vias de contaminação são diferentes, a redução dos casos requer múltiplas ações de saúde pública para prevenção e interrupção da cadeia de transmissão.

A contaminação pelo vírus A aparece em algumas áreas de forma mais predominante do que os demais vírus em determinados anos, como é o caso das AP 2.1, 2.2, 3.1 e 3.2. Devido a sua forma de transmissão fecal-oral, envolvendo as condições de saneamento básico e higiene, tem maior potencial para ocasionar surtos, e sua forma de manifestação aguda, pode ser observada em áreas com grande volume populacional e alta vulnerabilidade social. Desse modo, a análise espacial da Hepatite A é relevante e será detalhada a seguir.

Figura 7 - Distribuição proporcional dos casos de hepatites virais segundo etiologia por AP e ano, MRJ, 2012-2022



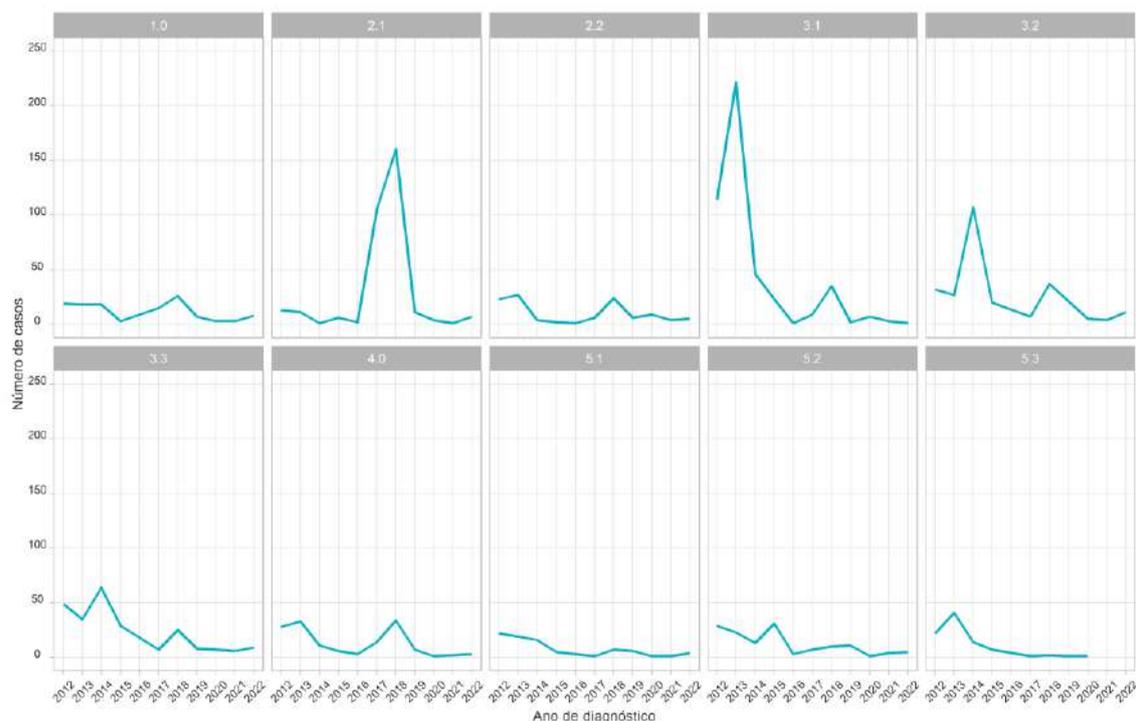
Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

2.1.1. HEPATITE A

Apesar do decréscimo da taxa de incidência de hepatite A na série histórica, com maior consistência desde 2019 com a taxa de incidência ≤ 1 para 100.000 habitantes (Figura 6) , a vigilância epidemiológica de casos e surtos faz-se necessária para a pesquisa de fatores de risco, quer seja ambiental e/ou individual. A avaliação, ainda que parcial, do ano de 2022, janeiro a julho, já apresenta um número de casos superior aos anos de 2020 e 2021 e próximo ao total de casos do ano de 2019. Esse fato desperta as ações de vigilância, no sentido de interromper a cadeia de transmissão e detectar precocemente casos novos.

O comportamento da curva do número de casos nas AP assemelha-se à do MRJ. Contudo, a curva da AP 2.1 apresenta um pico de casos no ano de 2018 e a AP 3.1 em 2013, provavelmente relacionado à surtos (Figura 8).

Figura 8 - Número de casos de hepatite A por AP e ano, MRJ, 2012-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Ao longo dos anos é possível observar uma heterogeneidade do número de casos e consequentemente na distribuição de surtos de Hepatite, conforme apresentado na Tabela 3. A caracterização de um surto de hepatite A envolve a confirmação de dois ou mais casos confirmados com vínculo epidemiológico. A identificação de um surto exige uma sensibilidade de todo o sistema de saúde, considerando a parte assistencial, vigilância e informação, para que seja possível identificar a relação entre os casos, a partir das variáveis de tempo, pessoa e lugar, mas principalmente a partir de um olhar vigilante atento por parte do serviço de saúde. O maior número de surtos foi identificado no ano de 2014 e o maior número de casos relacionados a surtos no ano de 2017 (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de surtos de Hepatite A e número de casos detectados por ano, MRJ, 2014 a 2022

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Número de surtos	34	18	2	6	17	4	2	0	6
Número de casos	172	52	5	249	52	30	6	0	14

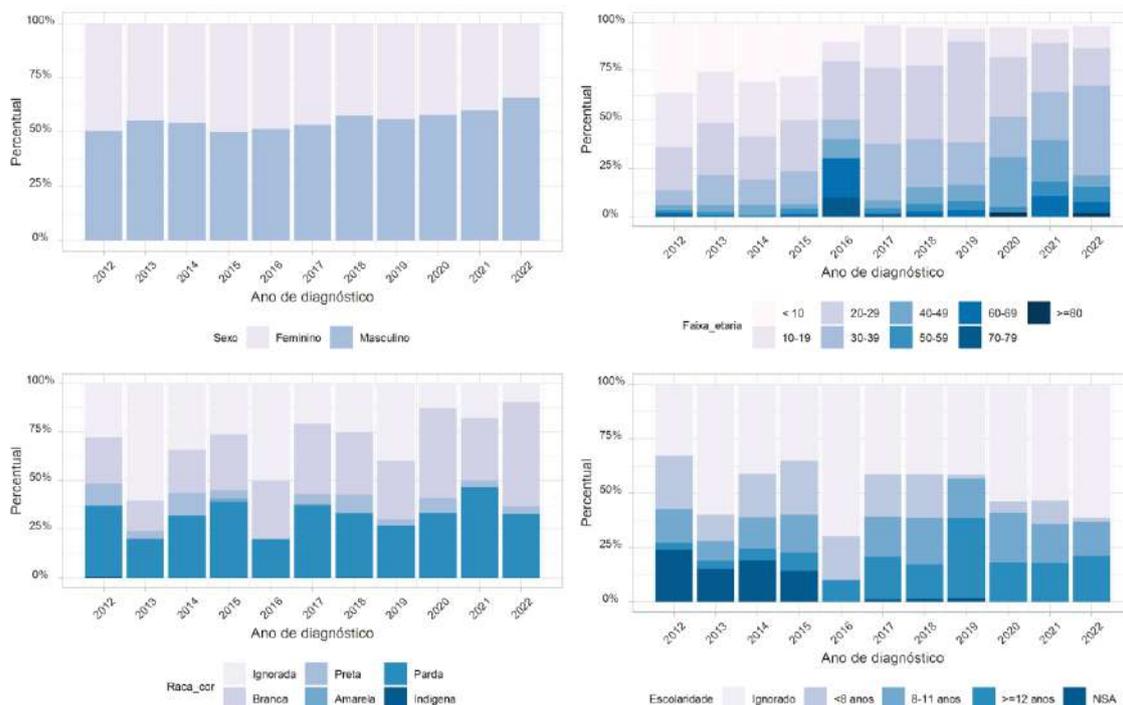
Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Quanto à caracterização de todos os casos de hepatite A notificados, nos últimos 10 anos, a prevalência de casos do vírus da hepatite A é no sexo masculino. Observa-se uma variação dentre as faixas etárias acometidas, porém com um maior índice em adultos jovens entre 20 a 59 anos. Vale ressaltar que o último boletim epidemiológico do MS (BRASIL,2021), traz a região sudeste como a mais afetada em relação a faixa etária de 20-39 anos, principalmente entre o sexo masculino, com possível contaminação oral-fecal por práticas sexuais desprotegidas.

Destaca-se a diminuição dos casos nos menores de 10 anos ao longo dos anos, principalmente pela introdução da vacinação contra hepatite A no programa nacional de imunização a partir do ano de 2014 para menores de 2 anos e em 2017 ampliado para os menores de 5 anos.

Em relação à raça/cor há uma mudança no perfil, principalmente nos últimos 3 anos, com uma variação entre a cor branca e parda com maior índice. Houve melhora na qualidade de registro desses dados na ficha de notificação compulsória com a diminuição do preenchimento dessa variável como ignorado; o mesmo não pode ser observado em relação à escolaridade, onde o preenchimento como ignorado foi o mais frequente nos últimos anos (Figura 9).

Figura 9 - Distribuição da faixa etária, sexo, raça/cor e escolaridade dos casos de hepatite A por ano, MRJ, 2012-2022



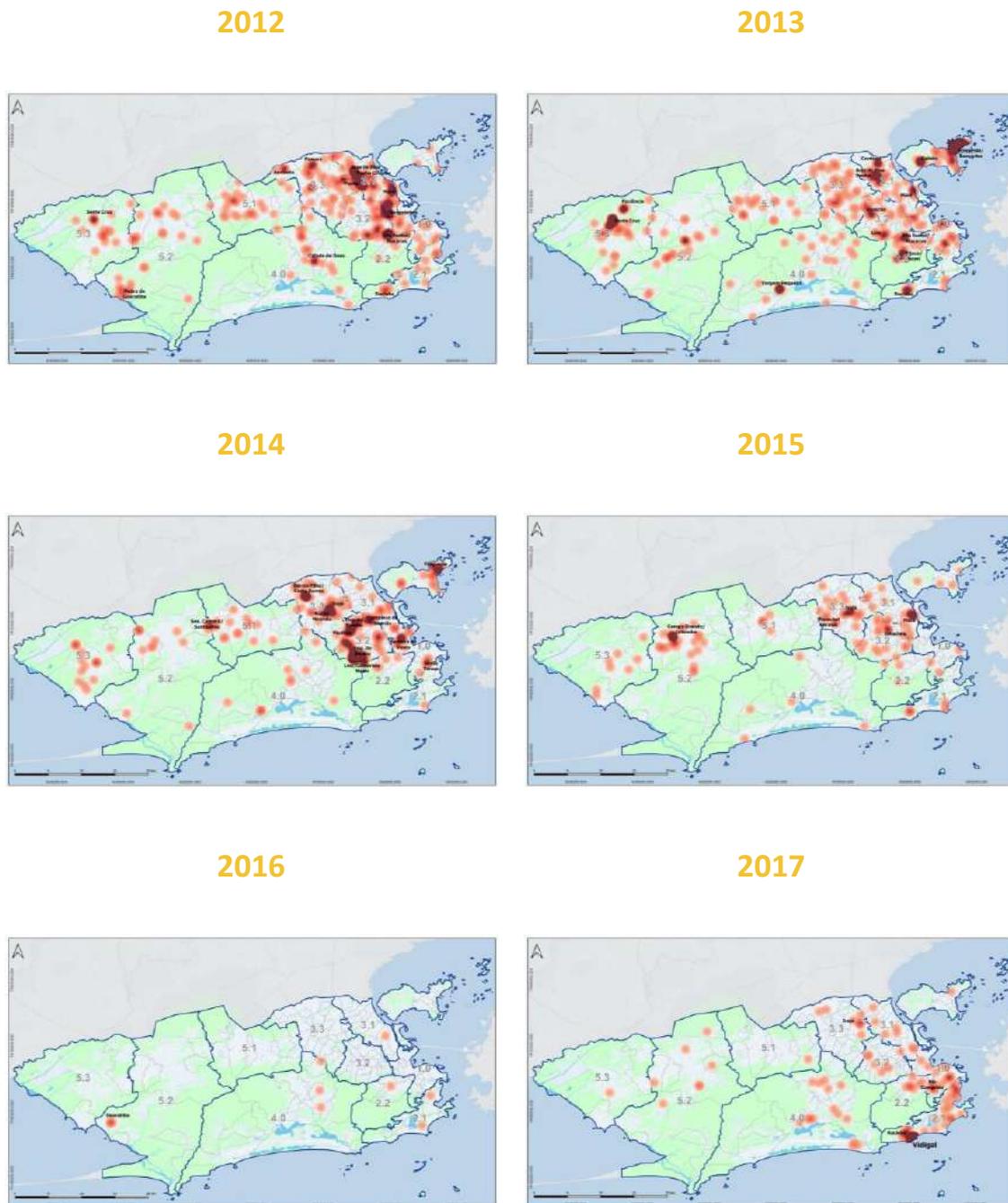
Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Ao longo do período de análise, a distribuição espacial dos casos apresentou variações de concentração por localidade. Em geral, as concentrações de casos foram observadas especialmente nos bairros e localidades de maior adensamento demográfico, em aglomerados subnormais e em situação de vulnerabilidade socioeconômica, contudo também é possível verificar concentrações de casos em localidades diferentes dessas características.

Ainda que não haja um padrão tão assertivo na distribuição espacial, notadamente as áreas correspondentes às AP 3.1, 3.2, 3.3, 2.1 e 1.0 possuem casos em todos os anos de análise. Em especial, as AP 3.1, 3.2, 3.3 e 5.3 apresentaram altas concentrações no período 2012-2014. Já em 2017-2018 a alta concentração foi mais presente nas AP 2.1 e 2.2, destacando-se a alta concentração em 2017 na comunidade do Vidigal, na AP 2.1.

Assim como em 2015 e 2016, foi observado uma maior dispersão dos casos, de 2019 em diante, especialmente a partir de 2020, onde fatores como o distanciamento social e a atenção centrada ao enfrentamento da COVID-19, podem estar associados a essa redução na identificação dos casos.

Figura 10 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2012-2022



Legenda

- Áreas programáticas
- Hidrografia
- Área Urbana
- Bairros
- Área não urbana

Alta concentração

Baixa concentração

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Superintendência de Vigilância em Saúde
Centro de Inteligência Epidemiológica

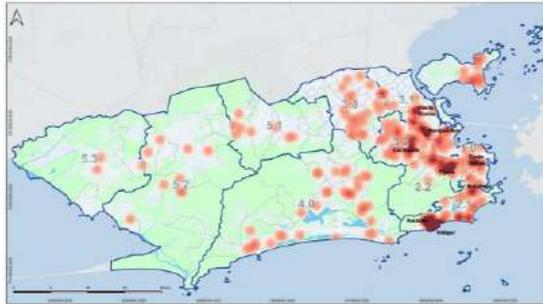
Fonte: SINAN
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:
SIRGAS 2000 UTM 23S

Continua

Figura 10 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2012-2022 (continuação)

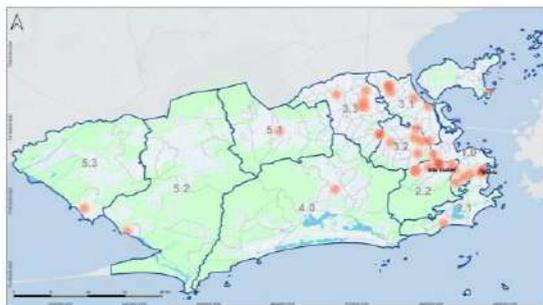
2018



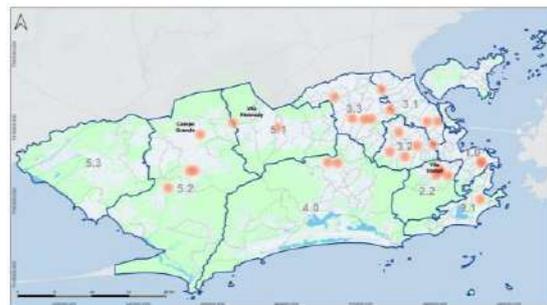
2019



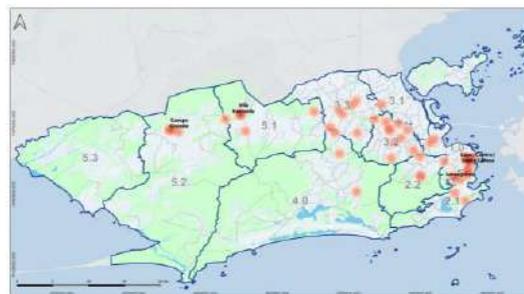
2020



2021



2022



Legenda

- Áreas programáticas
- Bairros
- Hidrografia
- Área não urbana
- Área Urbana



Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Superintendência de Vigilância em Saúde
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SIMAN
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:
SIRGAS 2000 UTM 23S

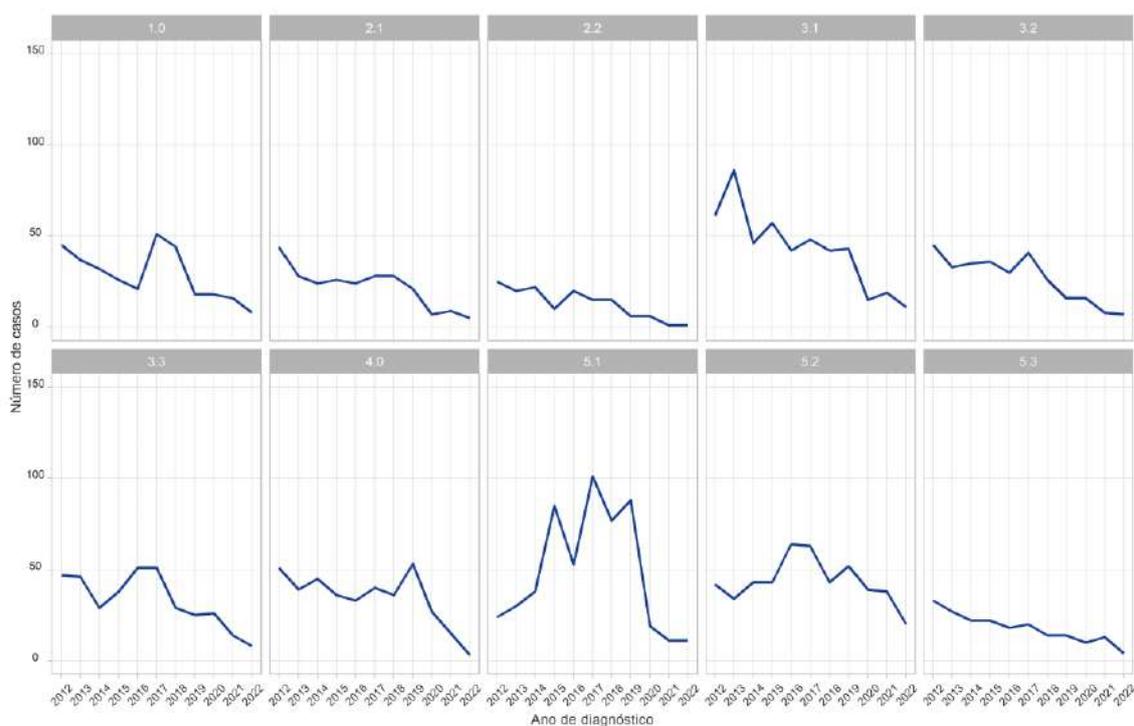
Dados de 2022 até o mês de julho.

2.1.2. HEPATITE B

Embora a incidência das hepatites virais demonstrar tendência de queda, especificamente a incidência de hepatite B apresentou estabilidade e somente nos anos de 2020 e 2021 - anos da pandemia da COVID-19 - ocorre a queda da incidência da hepatite B (Figura 6). No presente, o número de casos aponta um aumento em relação aos dois últimos anos fechados da série.

A curva de casos notificados é desigual entre as AP (Figura 11), porém a queda de detecção nos anos de 2020 e 2021 é semelhante em todas as áreas. Vale destacar também a curva da AP 5.1 que durante os anos de 2013 a 2018 experimentou um aumento de casos de hepatite B que declinou a partir de 2019. A AP 3.1 no início da série apresentava um quantitativo maior e no decorrer do período houve diminuição de forma gradativa.

Figura 11 - Número de casos de Hepatite B por AP e ano, MRJ, 2012-2022



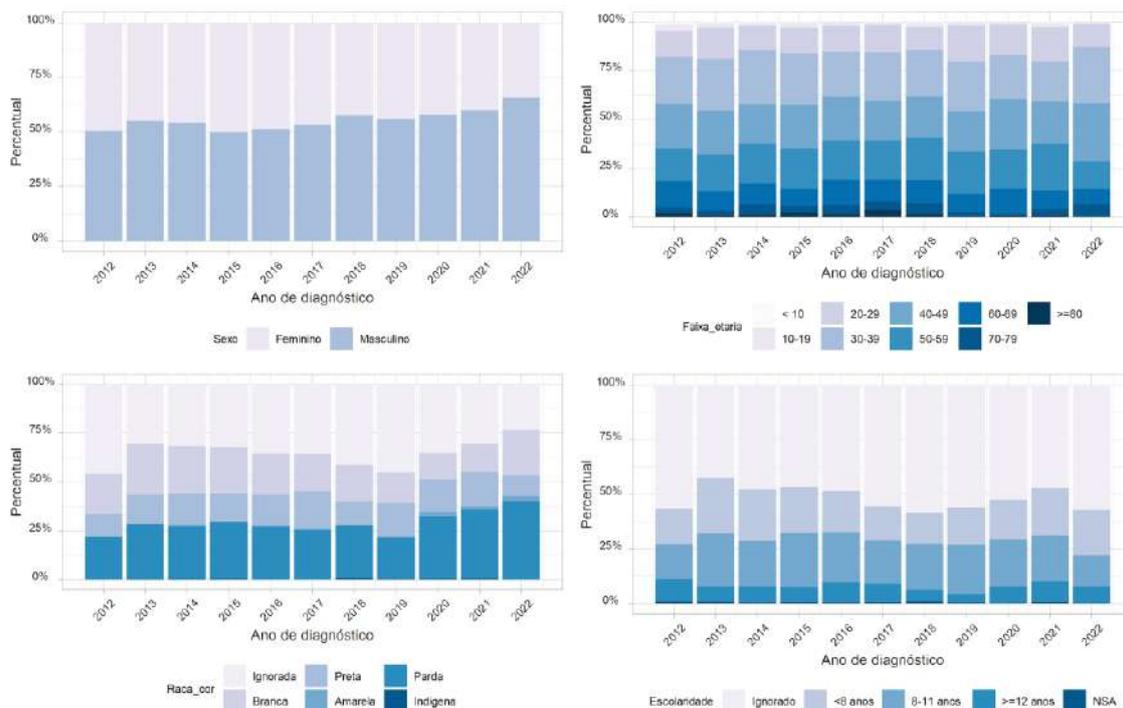
Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

No que concerne às características sociodemográficas dos casos de hepatite B (Figura 12), desde 2017 verifica-se um discreto aumento, contudo de modo gradual, na proporção de casos do sexo masculino. Quanto à faixa etária, os grupos etários sustentam a mesma proporção ao longo da série, concentrando-se nas faixas etárias menores de 60 anos.

Quanto à raça/cor dos casos notificados, somados os indivíduos de raça/cor parda e preta apresentam a maior proporcionalidade e, desde 2020, é possível verificar crescimento, em particular, nos indivíduos de raça/cor parda. Durante os anos, as informações sobre a escolaridade conservam-se com uma elevada proporção de ignorados, todavia para os indivíduos

que possuem esse campo essencial preenchido observa-se a manutenção da distribuição percentual ao longo do tempo, sem grandes variações no perfil, sendo a menor proporção nos que declaram maior escolaridade (Figura 12).

Figura 12 - Distribuição da faixa etária, sexo, raça/cor e escolaridade dos casos de hepatite B por ano, MRJ, 2012-2022



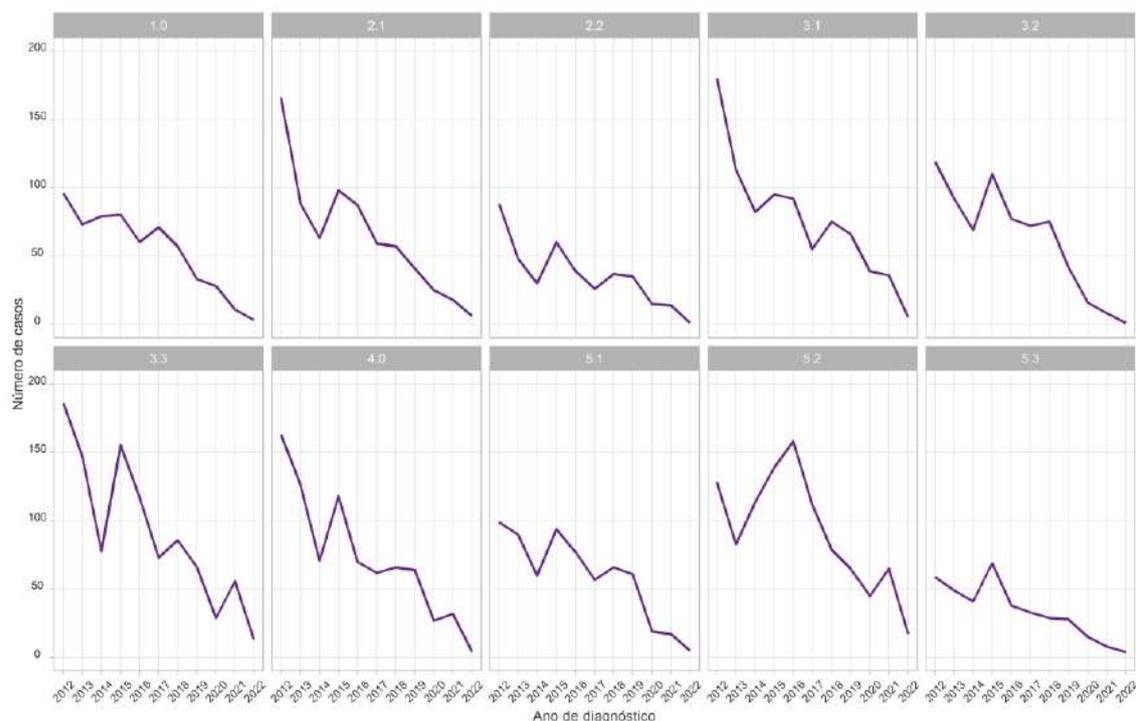
Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

2.1.3. HEPATITE C

A hepatite C representa o maior número de casos e contribui significativamente para a taxa de incidência de hepatites virais do MRJ. Durante o período em análise, o ano de 2012 obteve o maior número de casos notificados, seguido pelo ano de 2015. Desde então houve um decréscimo dos casos, sendo os anos de 2019, 2020 e 2021 com os menores números. Ainda que a tendência seja de queda, é importante ressaltar que o decréscimo ocorreu no período de enfrentamento à pandemia de COVID-19.

As curvas de números de casos de hepatite C nas áreas exibem a mesma tendência de queda do MRJ. Dentre as áreas, a AP 5.3 é a região com o menor número de casos da cidade, conforme o Figura 13.

Figura 13 - Número de casos de Hepatite C por AP e ano, MRJ, 2012-2022



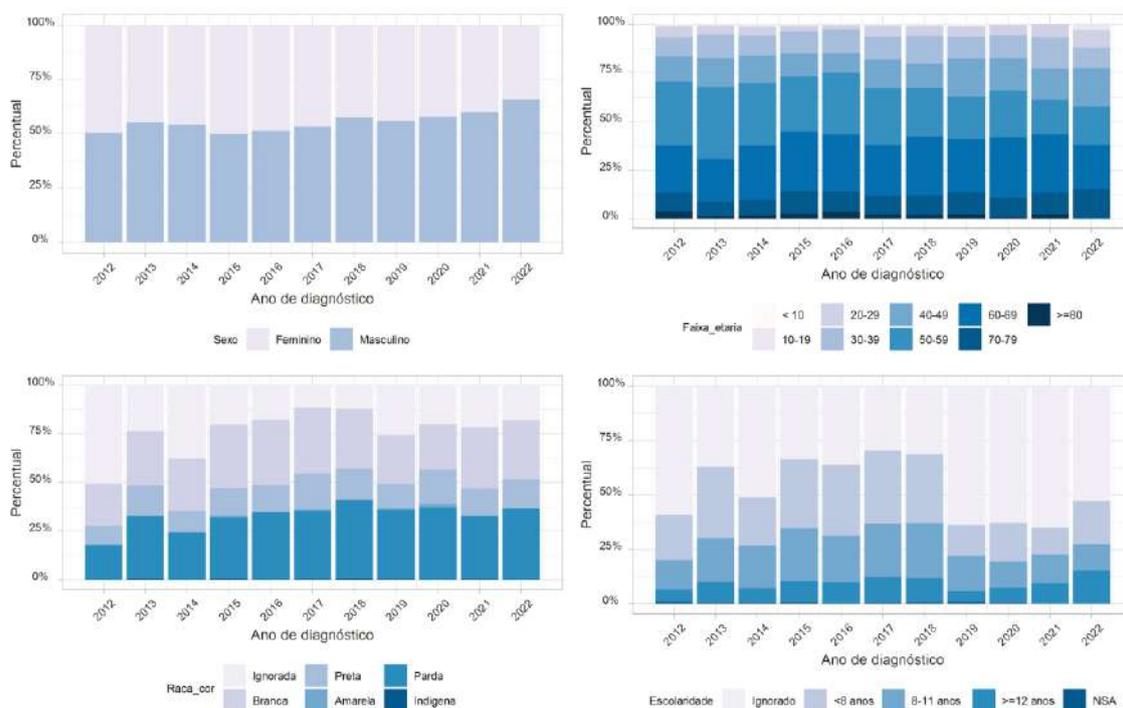
Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Em relação à hepatite C, as características da população acometida diferem em alguns aspectos, como por exemplo na faixa etária (Figura 14). É possível observar uma contribuição maior do número de casos das faixas etárias acima de 60 anos quando comparada ao perfil etário dos casos de hepatite B. Ainda sobre a distribuição etária, houve uma baixa variação das proporções no decorrer da série. Vale ressaltar que as fontes ou mecanismos de transmissão sanguínea e sexual são as mais prevalentes neste grupo. Como se trata de uma doença com período de cronificação longo, muitos infectados por transfusão sanguínea só são identificados quando do aparecimento dos sintomas, já em idade e estágio da doença mais avançados, principalmente quando não há amplo acesso à testagem.

A raça/cor branca e parda se equiparam ao longo dos anos, contudo se somarmos os indivíduos pretos e pardos, esse grupo supera a proporção de brancos. De toda forma, assim como nos outros tipos, o percentual de informação ignorada se mantém como um desafio a ser superado (Figura 14).

Em relação à variável sexo, até o ano de 2016 a proporção de casos entre os sexos foi equiparada, no entanto a partir de 2017 ocorreu um aumento discreto, porém sucessivo na proporção de casos do sexo masculino. Sobre a escolaridade, o percentual de ignorado persiste como uma dificuldade para avaliação do perfil sociodemográfico. Dentre os casos que possuem essa informação, a proporção entre os estratos de escolaridade assemelha-se, especialmente no intervalo de 2019 até a atualidade (Figura 14).

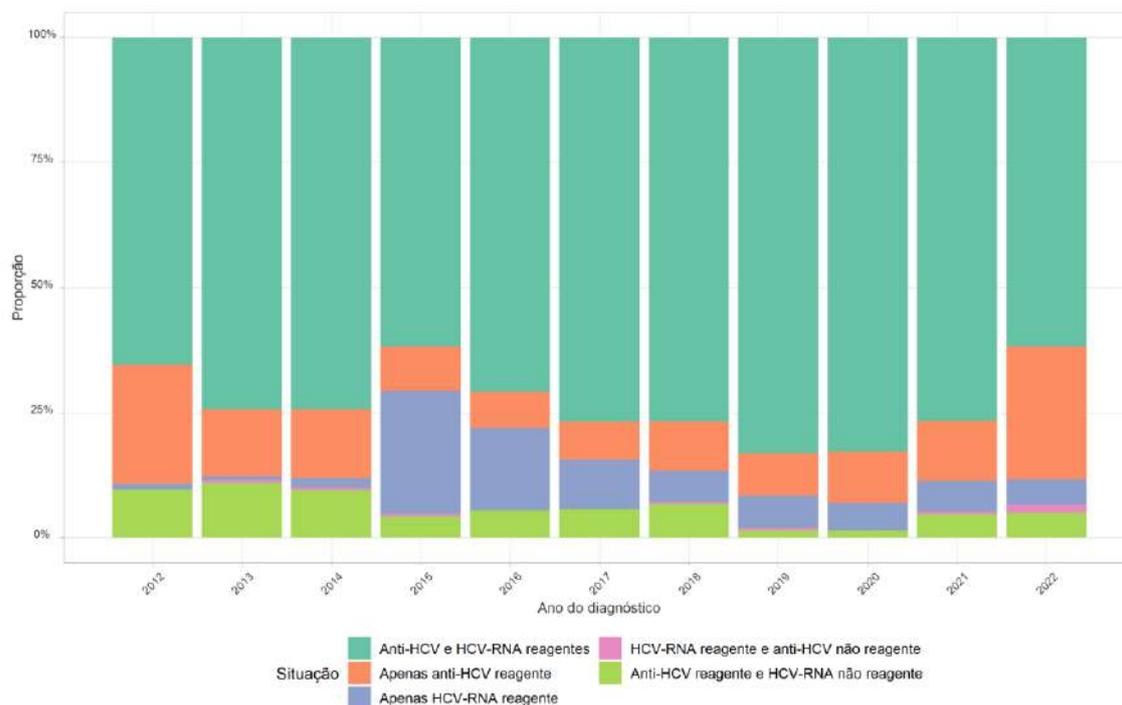
Figura 14 - Distribuição do sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade dos casos de hepatite C por ano, MRJ, 2012-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

No que concerne a distribuição de casos de hepatite C segundo marcadores laboratoriais (Figura 15), historicamente mais de 50% dos casos diagnosticados são reagentes para ambos os marcadores, podendo indicar um diagnóstico tardio, geralmente na fase de cronificação da infecção. A proporção de casos apenas com anti-HCV reagente é uma parcela que merece prosseguir a investigação diagnóstica. Para determinar a presença de infecção em atividade é preciso confirmação da presença de RNA viral, por teste de biologia molecular (PCR). Um exame de anti-HCV reagente isoladamente (com PCR-RNA do vírus da hepatite C indetectável) pode representar um caso de hepatite C curado ou até mesmo um resultado falso-positivo. Portanto, é mandatória a realização do PCR-RNA para determinação da carga viral com confirmação diagnóstica e tratamento.

Figura 15 - Distribuição dos casos de hepatite C segundo marcador por ano, MRJ, 2012-2022



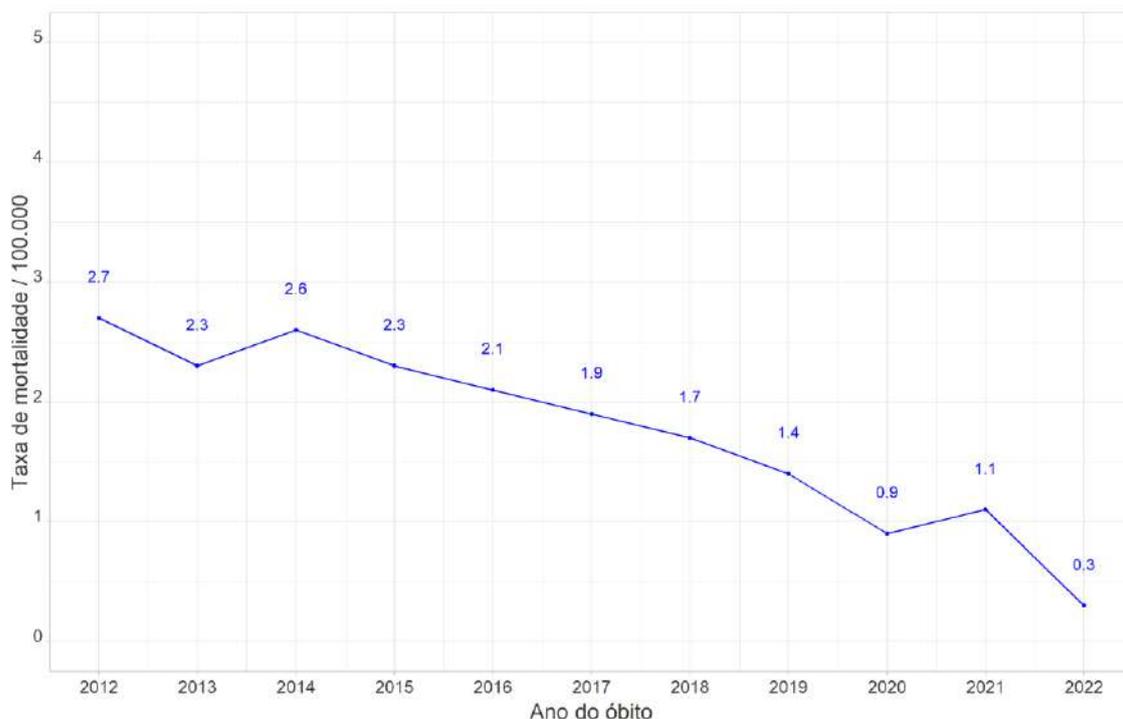
Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

2.2. MORTALIDADE

A análise sobre a mortalidade por hepatites virais é um importante indicador para expressar o risco de morte da população por essas causas específicas e, reflete as condições de acesso a diagnóstico, tratamento e assistência. Os dados sobre mortalidade serão apresentados segundo distribuição temporal, localização geográfica e características sociodemográficas dos óbitos por hepatites virais.

Assim como a diminuição dos casos de hepatites virais ao longo dos anos, a taxa de mortalidade também se encontra em declínio, principalmente após 2014, que se manteve em queda até o ano de 2021, onde observa-se um novo pequeno aumento apresentando a taxa de mortalidade de 1,1 óbitos por 100.000 habitantes (Figura 16).

Figura 16 - Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes por hepatites virais por ano, MRJ, 2012-2022



Fonte: SIM, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

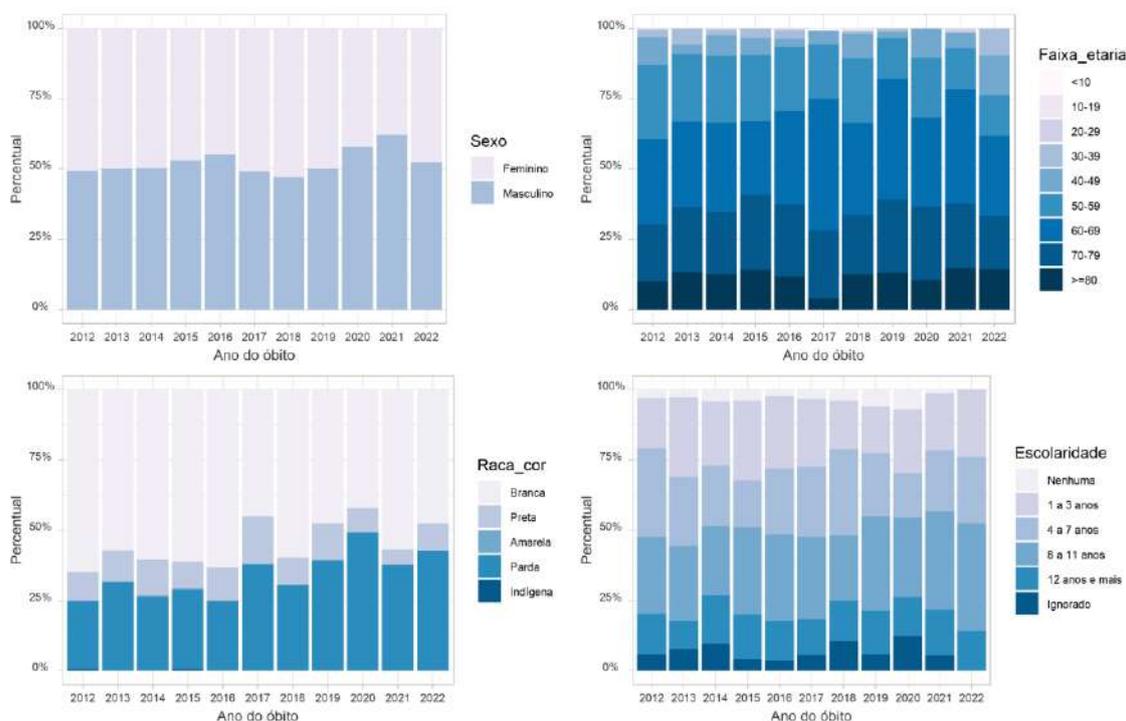
Vale ressaltar que as medidas de prevenção e controle das hepatites virais, principalmente no âmbito da APS, vem apresentando fortalecimento e conseqüentemente resposta no controle da doença, o que pode ser elucidado com os números apresentados. A prevenção primária e secundária para as hepatites foi ampliada com a disponibilidade de imunização, acesso e realização de testes rápidos, início de tratamento oportuno e adequado, além de medidas sanitárias com abordagem comunitária.

Em 2021, iniciou-se o processo de descentralização da dispensação dos medicamentos das farmácias estaduais para as farmácias municipais. Essa medida foi um facilitador que ampliou o acesso aos medicamentos para o tratamento das hepatites B e hepatite C mais próximas da residência dos pacientes, permitindo que não houvesse mais a necessidade de deslocamento do paciente até uma farmácia especializada.

Desde 2019 a proporção de óbitos entre homens e mulheres é similar, todavia a partir do ano de 2020 ocorreu um leve aumento na proporção de óbitos por hepatites virais no sexo masculino. Com relação à raça/cor, até 2018 a proporção de mortalidade por hepatites virais era maior na raça/cor branca, a partir de 2017, a proporção de óbitos em pretos e pardos somados aumentou (Figura 17).

Ainda, a proporção de óbitos por hepatites virais é concentrada nas faixas etárias maiores, a partir dos 60 anos de idade. Na distribuição por escolaridade, a maioria dos óbitos ocorreu em pessoas com 8 a 11 anos de estudo e a menor proporção foi no grupo com 12 anos ou mais (Figura 17).

Figura 17 - Distribuição dos óbitos por hepatites virais por ano segundo sexo, faixa etária raça/cor e escolaridade por ano, MRJ, 2012-2022

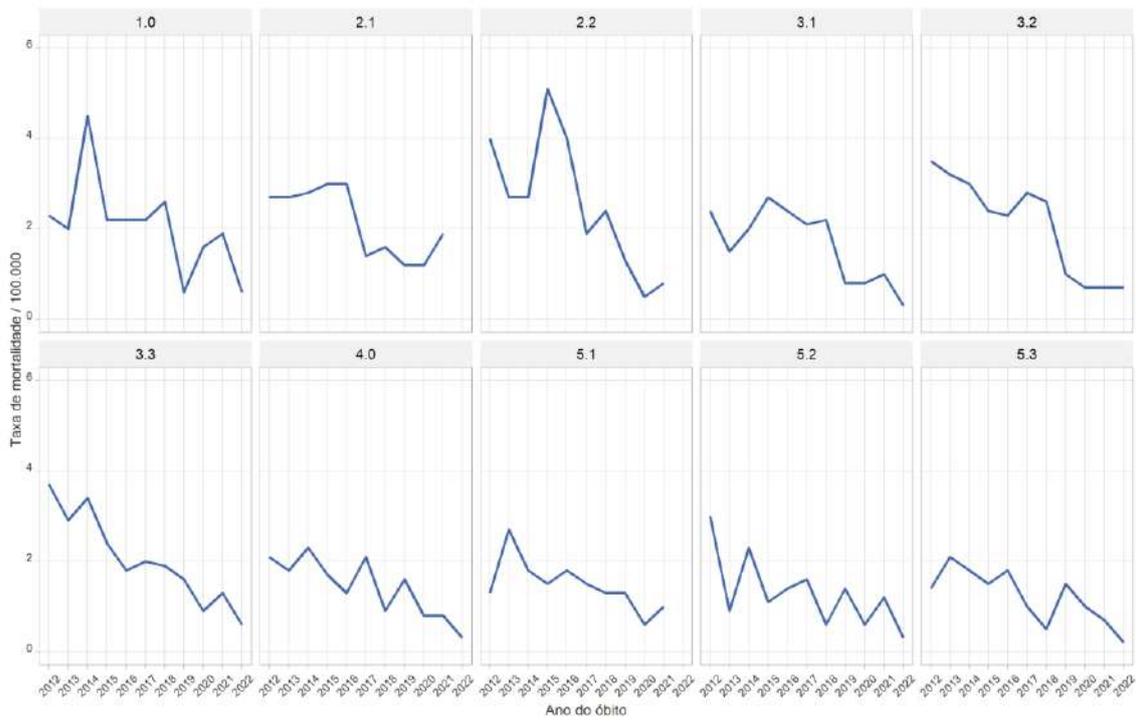


Fonte: SIM, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Nesse ponto, cumpre salientar que a completude de registro dos campos considerados essenciais no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é maior quando comparada ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), exigindo medidas permanentes junto aos profissionais de saúde para qualificar os registros no sistema de informação considerando a importância da completude das fichas durante a notificação dos casos.

Assim como o MRJ, de modo geral as AP demonstram uma tendência de queda na mortalidade por hepatites virais ao longo da série histórica. Algumas áreas apresentam oscilações nas taxas de mortalidade nos últimos dois anos já encerrados. (Figura 18 e Tabela 4).

Figura 18 - Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes por hepatites virais segundo AP e ano, MRJ, 2012-2022



Fonte: SIM, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Tabela 4 - Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes por hepatites virais segundo AP e ano, MRJ, 2012-2022

Ano	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3
2012	2,3	2,7	4	2,4	3,5	3,7	2,1	1,3	3	1,4
2013	2	2,7	2,7	1,5	3,2	2,9	1,8	2,7	0,9	2,1
2014	4,5	2,8	2,7	2	3	3,4	2,3	1,8	2,3	1,8
2015	2,2	3	5,1	2,7	2,4	2,4	1,7	1,5	1,1	1,5
2016	2,2	3	4	2,4	2,3	1,8	1,3	1,8	1,4	1,8
2017	2,2	1,4	1,9	2,1	2,8	2	2,1	1,5	1,6	1
2018	2,6	1,6	2,4	2,2	2,6	1,9	0,9	1,3	0,6	0,5
2019	0,6	1,2	1,3	0,8	1	1,6	1,6	1,3	1,4	1,5
2020	1,6	1,2	0,5	0,8	0,7	0,9	0,8	0,6	0,6	1
2021	1,9	1,9	0,8	1	0,7	1,3	0,8	1	1,2	0,7
2022	0,6	-	-	0,3	0,7	0,6	0,3	-	0,3	0,2

Fonte: SIM, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Finalmente, a mortalidade por hepatites virais pode ser subestimada devido ao longo período de latência da infecção, desconhecimento acerca do diagnóstico ou falha no preenchimento na declaração de óbito como causa básica e associada.

3. VACINAÇÃO COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO

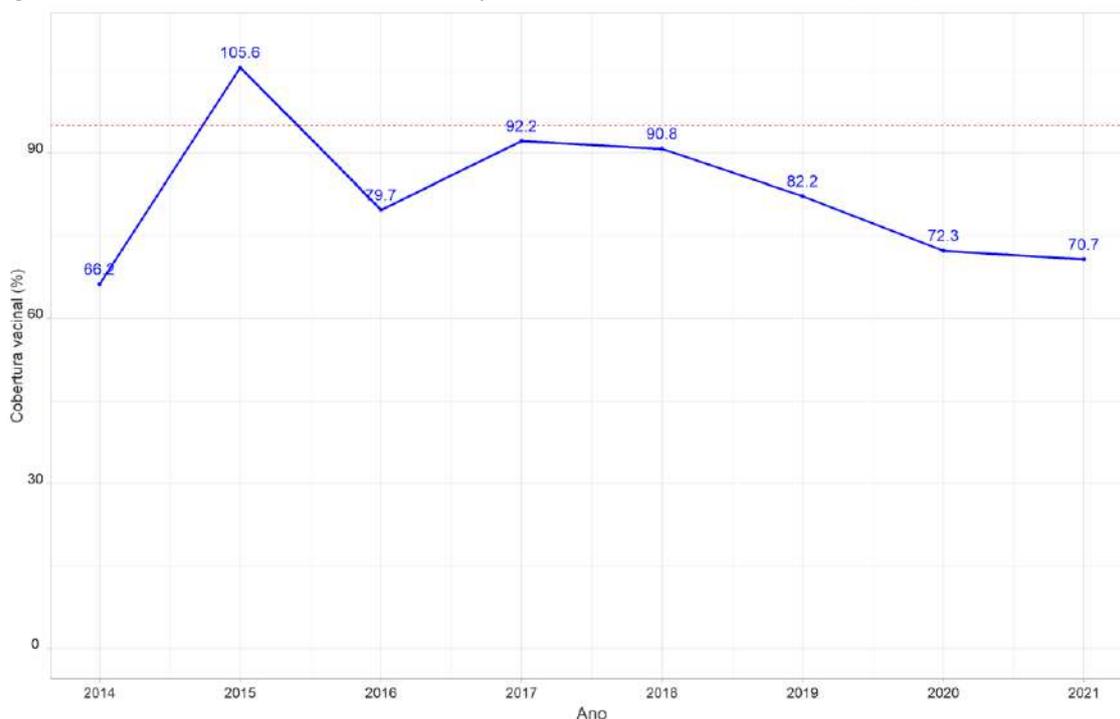
Considerando o cenário epidemiológico exposto, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) promove medidas de prevenção e controle a fim de reduzir a morbimortalidade da doença. Destaca-se nesse contexto as hepatites A e B, especialmente pelo número de casos e por se tratarem de doenças imunopreveníveis. Dessa forma, a vacinação é uma importante e efetiva medida de saúde pública para prevenção da doença e será melhor detalhada na seção a seguir.

3.1. COBERTURA VACINAL HEPATITE A

A vacina anti-HAV foi introduzida no calendário do Programa Nacional de Imunização (PNI) a partir do ano de 2014 em toda a rede SUS para **menores de cinco anos de idade**. Além disso, também é disponibilizada nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) para **grupos de vulnerabilidades acrescidas**.

Desde a sua entrada no calendário, a cobertura vacinal contra hepatite A em crianças, apesar de próxima da meta de 95%, mostra-se como um desafio no MRJ, conforme observamos na série histórica apresentada no Figura 19.

Figura 19 - Cobertura vacinal contra a hepatite A em menores de 2 anos, MRJ, 2014 a 2021



Fonte: SI-PNI, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações.

Evidencia-se que a cobertura vacinal contra a hepatite A vem caindo desde o ano de 2019. Contudo, destaca-se o decréscimo acentuado no período da pandemia da COVID-19 de modo semelhante à tendência de declínio das demais coberturas vacinais no período.

3.2. COBERTURA VACINAL HEPATITE B

A vacina contra hepatite B, utilizada a partir de 1986 em regiões específicas do país, foi inicialmente implantada para todo país em 1992 para grupos de alto risco quanto à infecção pelo vírus B. No mesmo ano houve recomendação, pela OMS, da imunização universal com a vacina contra hepatite B, independentemente dos níveis de prevalência, incluindo-a no esquema de imunizações de rotina das crianças logo após o nascimento. Ao longo dos anos o público alvo da vacina contra hepatite B foi sendo gradualmente ampliado até passar a ser universal, ou seja, está disponível para todas as pessoas no SUS.

O esquema vacinal preconizado para crianças se completa ainda no primeiro ano de vida. Analisando a cobertura vacinal deste grupo na série histórica dos últimos dez anos (Figura 20), observa-se de modo semelhante às demais vacinas de rotina um declínio a partir do ano de 2019, com uma curva mais acentuada originada também por um desabastecimento nacional da vacina pentavalente no referido ano, seguido pelo período da pandemia COVID-19 com coberturas abaixo das metas preconizadas.

Figura 20 - Cobertura vacinal contra a hepatite B, vacina pentavalente, em crianças menores de 1 ano, MRJ, 2012 a 2021



Fonte: SI-PNI, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações.

É importante destacar que os índices de vacinação de rotina de crianças e adolescentes no Brasil e em outros países têm caído nos últimos anos. A situação é complexa e não há como relacionar a apenas um fator, já que há muitos fatores relacionados entre si que podem ter contribuído para a queda da cobertura vacinal, como a falsa sensação de segurança, pois muitas doenças

imunopreveníveis já não ocorrem devido ao sucesso do Programa Nacional de Imunização. Pode ser mencionado também o crescente movimento antivacinas, com divulgação de informações falsas sobre a efetividade e segurança das vacinas nas mídias sociais.

Além disso, o cenário que já era de queda foi acentuado nos últimos dois anos com o contexto da pandemia de COVID-19. Embora as salas de vacinação no MRJ continuassem com todas as suas atividades, houve uma queda na procura das vacinas por parte da população, fruto do isolamento social derivado da pandemia COVID-19. Este fato fez com que as pessoas diminuíssem a busca pelos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito às atividades de promoção e prevenção da saúde, onde as ações de vacinação de rotina e acompanhamento do calendário estão contempladas.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem reunido esforços junto às unidades de APS no sentido de aumentar as coberturas vacinais, por meio de estratégias de sensibilização da rede, educação em saúde, campanhas de vacinação e busca ativa das crianças em atraso vacinal.

4. ASSISTÊNCIA ÀS HEPATITES VIRAIS NO MRJ

A ampliação da cobertura de APS no MRJ oportunizou e aumentou o acesso dos usuários ao SUS, corroborando para melhoria da qualidade de vida da população carioca.

O fortalecimento nas abordagens das hepatites virais foi capilarizado na rede de atenção à saúde com a descentralização dos testes rápidos a partir de 2013 que contribuíram no diagnóstico oportuno da doença. A atualização da carteira de serviços da APS em 2021 reforçou a realização do procedimento em todo o horário de funcionamento da unidade junto a realização do pré e pós-teste como estratégia de prevenção combinada, e como item essencial para oferta nas unidades.

Em outubro de 2021, com base na nota técnica nº 319/2020-CGAHV/DCCI/SVS/MS, que trata da mudança dos medicamentos para hepatites virais do elenco Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o elenco Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), de acordo com a oficialização feita pela Portaria GM/MS nº 1.537, de 12 de junho de 2020 (BRASIL, 2020), o MRJ passou a assumir a distribuição dos medicamentos para tratamento das hepatites virais. Além disso, a partir de janeiro de 2022 ocorreu a vinculação direta da logística farmacêutica do MRJ com o MS, sendo esse um marco importante no tratamento dos pacientes.

Vale destacar que foi necessário um grande investimento para o treinamento dos profissionais de saúde, reorganização da logística de distribuição dos medicamentos, mas que possibilitou maior oportunidade no tratamento. A partir deste momento, com início do diagnóstico por meio dos testes rápidos e a complementação com os exames laboratoriais, os pacientes diagnosticados com hepatite B ou hepatite C passaram a receber os seus medicamentos nas unidades de APS, reduzindo significativamente o tempo para início de tratamento e consequentemente diminuindo a morbimortalidade.

Atualmente a distribuição dos medicamentos para hepatites virais acontece em 13 unidades de APS do MRJ, ampliando assim a possibilidade de locais para retirada próximos à residência do usuário pelas 10 AP.

Deste modo, a APS mantém seu papel na promoção de saúde, prevenção, rastreo e diagnóstico e atualmente vem ampliando o acesso ao tratamento das hepatites virais, não deixando de mencionar a descentralização da PEP e PrEP.

Quanto ao número de testes rápidos para hepatite B e hepatite C (Figura 21) realizados nas unidades de assistência à saúde no MRJ observa-se que houve um incremento de 2017 a 2019, quando, a partir do ano de 2020 iniciou uma queda na realização de testes que até o momento se sustenta, provavelmente associada à pandemia de COVID-19, quando as unidades direcionaram seus esforços para o enfrentamento da COVID-19 e houve repercussão no acesso e busca aos serviços de saúde. Contudo, vale ressaltar que todas as unidades de saúde disponibilizam testes rápidos para hepatite B e hepatite C e possuem profissionais qualificados para realização desse procedimento de rastreo.

Figura 21 - Número de testes rápidos para hepatites B e C realizados, MRJ, 2017-2022



Fonte: SISLOGLAB, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

A capilaridade da rede de assistência em saúde do MRJ, com efeito, contribuiu para detecção precoce de casos. Todas as unidades da rede são aptas a realizar testes rápidos para hepatite B e hepatite C, doenças silenciosas e com tratamento para a rede de saúde. Sendo assim, o diagnóstico precoce para acompanhamento do caso e prevenção do seu agravamento são ações fundamentais para a redução da morbimortalidade.

Na figura 22, observa-se a razão da positividade dos testes aplicados na população. A positividade entre os casos de hepatite C é maior em relação aos de hepatite B, como já apresentado neste boletim, o vírus C é predominante comparado ao vírus B. Ambos percentuais de positividade vêm

apresentando pouca variação entre os anos de 2017 a 2022 e o vírus B apresenta 0,1% de testes reagentes nos últimos 3 anos.

Figura 22 - Positividade dos testes rápidos para hepatites B e C, MRJ, 2017 a 2022



Fonte: SISLOGLAB, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Considerando a transmissão vertical do vírus da hepatite B e C, as unidades assistenciais são orientadas a manter o olhar e cuidado ampliado e integral com a mulher. Portanto, esse cuidado não deve ser só ofertado durante a gestação, como também em todo o ciclo de vida, com oferta de prevenção combinada, trazendo conceitos de saúde sexual e reprodutiva. É importante desmistificar mitos e crenças em relação a testagem rápida e questões culturais que devem ser trabalhadas como medo de receber o diagnóstico, baixa percepção de risco de contaminação, para oportunizar o cuidado integrado, promoção de saúde e autocuidado (BRASIL, 2022).

Para abordagem na assistência ao pré-natal sobre o vírus da hepatite B e C, os testes rápidos devem ser realizados nas rotinas de exames no primeiro (ou no primeiro contato com a gestante), no segundo e terceiro trimestre, como recomendado no MRJ. A história de exposição de risco e violência sexual também precisa ser abordada. Além disso, deve ser avaliado o histórico vacinal da gestante, se a mesma apresentar resultado não reagente para o vírus B e sem histórico vacinal para hepatite B, deve receber a vacina para hepatite B de acordo com as recomendações do PNI.

É de grande importância o rastreio das hepatites durante o pré-natal para conhecimento do estado sorológico da gestante e ofertar o acompanhamento especializado, garantindo a coordenação do cuidado e contribuindo para a diminuição da transmissão vertical e acompanhamento longitudinal do recém-nascido, como por exemplo a aplicação de imunoglobulina anti-hepatite B e vigilância dos casos expostos.

Destaca-se a necessidade de maior atenção à realização dos testes rápidos para hepatites em gestantes vivendo com HIV, pois as gestantes co-infectadas com HIV-HCV, tem o risco de transmissão vertical duas vezes maior que na população geral, e as gestantes co-infectadas HBV-HIV tem a progressão acelerada para hepatite crônica e uma maior mortalidade.

Contudo, vale reforçar que a contaminação da mulher pelo vírus B e/ou C, não impede a amamentação, exceto nos casos de contaminação materna pelo vírus onde a mãe apresenta fissura no mamilo ou carga viral elevada.

Essas e mais orientações estão dispostas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites de 2022.

5. PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Na atualidade, o cenário epidemiológico das hepatites virais aponta para um decréscimo dos casos novos e da mortalidade. Ainda que essa perspectiva seja promissora, a identificação dos casos latentes, ou seja, o conhecimento acerca da prevalência da doença persiste como um desafio.

A ampliação da oferta de testes de triagem - com vistas ao diagnóstico precoce - e a presença constante dessa temática na atenção e cuidado desenvolvidos pela APS são fundamentais na superação desse problema. A ampliação da cobertura vacinal, ações de promoção e prevenção - como distribuição de preservativos - são recursos extensamente disponíveis no SUS, de baixo impacto financeiro, capazes de contribuir para a melhora do cenário epidemiológico.

Quanto à coordenação e longitudinalidade do cuidado, a articulação da rede de saúde com o referenciamento adequado dos casos e acesso ao tratamento precoce, além do seguimento clínico e laboratorial, são ações necessárias aos desfechos de sucesso dos casos e prevenção do agravamento da infecção.

O arsenal terapêutico disponível proporcionou um novo horizonte no tratamento dos casos, uma vez que diminuiu o risco de desfechos primários, como cirrose e hepatocarcinoma, por meio da redução da progressão da doença com efeitos antivirais, antiproliferativos e imunomoduladores.

Com essa expertise será lançado neste ano o desafio da descentralização do cuidado em hepatite C, nas unidades de APS no MRJ como estratégia de fortalecimento dos serviços ofertados para melhora da qualidade de vida populacional. Para tal será oferecido treinamento para enfermeiros e médicos de forma que possam diagnosticar, notificar, tratar e, quando necessário, referenciar os casos para as atenções secundária e terciária de cuidado.

Além disso, é relevante ponderar sobre o impacto sofrido nos casos notificados e no número de testes realizados ao longo da pandemia da COVID-19. É sabido que a pandemia de COVID-19 teve enorme impacto na população e nos serviços de saúde em todo o mundo. O grande aumento da pressão assistencial nas unidades de saúde, bem como o adoecimento de muitos profissionais de saúde, impôs mudanças na organização dos serviços de saúde ao longo dos anos de 2020 e 2021. Além disso, também houve uma grande mudança na dinâmica da população, principalmente no ano de 2020, anterior à vacinação contra COVID-19, onde o isolamento social resultou também

em menor busca aos serviços e exames de saúde. Desse modo, é essencial nesse momento a retomada e potencialização das ações de controle das hepatites virais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SMS-RJ planeja ações e possui uma potente rede de APS, extremamente importante como coordenadora do cuidado e principal porta de entrada da rede de atenção à saúde, para uma assistência centrada na pessoa e na comunidade, e conseqüentemente potencial para impactar no controle das hepatites virais.

As ações de prevenção, controle e promoção da saúde são as mais importantes para o controle das hepatites virais. As hepatites A e B são doenças imunopreveníveis. A atenção à cobertura vacinal da população prioritária para a hepatite A (crianças menores de 5 anos) deve estar no radar das equipes da APS. A vacinação contra a hepatite B é universal e está disponível para todos. A hepatite C não dispõe de vacina, mas tem diagnóstico e tratamento **COM CURA** disponíveis no SUS. Desse modo, a testagem é fundamental para detecção precoce e início de tratamento oportuno antes da evolução para quadros avançados de doença hepática, reduzindo a mortalidade pela doença.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Boletim epidemiológico Hepatites virais. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 319/2020-CGAHV/DCCI/SVS/MS. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.537, de 12 de junho de 2020. Brasil, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Boletim epidemiológico Hepatites virais, 2021. Brasília, 2021.

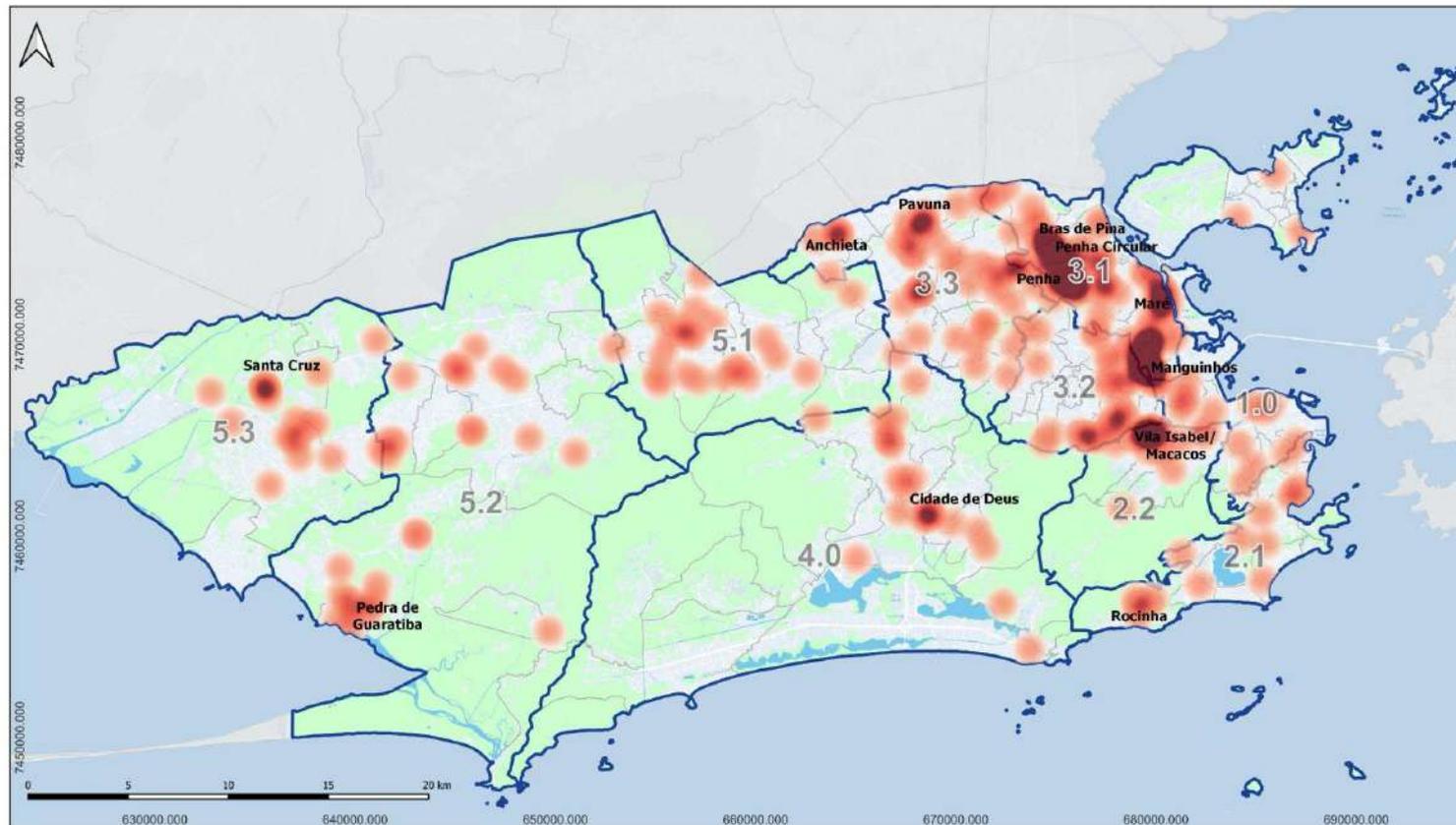
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] – 5. ed. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ofício Circular Nº 6/2022-CGAHV/DCCI/SVS/MS. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] – 2. ed. Brasília, 2022.

8. APÊNDICES

Figura 1 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2012

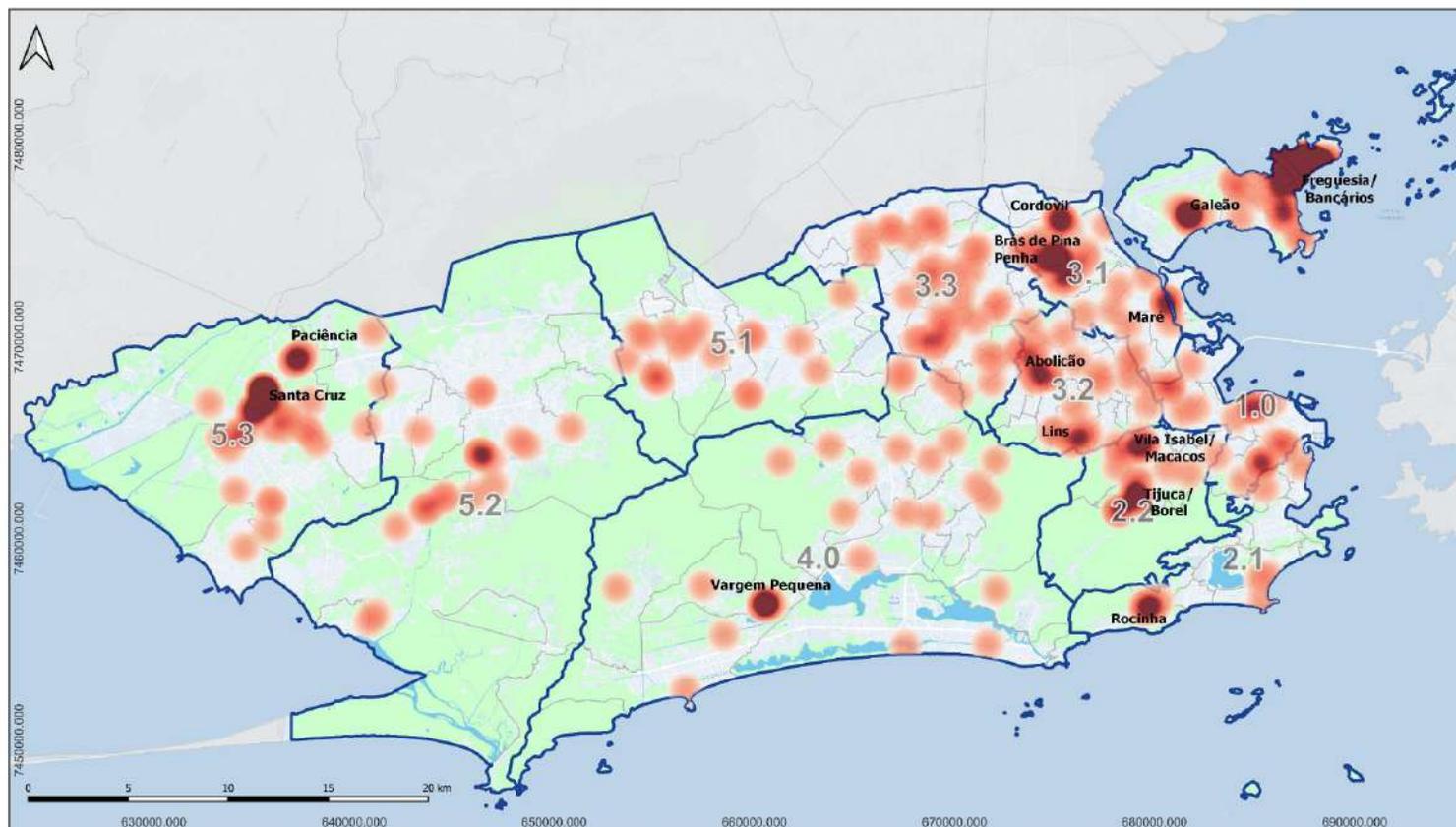


Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Superintendência de Vigilância em Saúde
Centro de Inteligência Epidemiológica

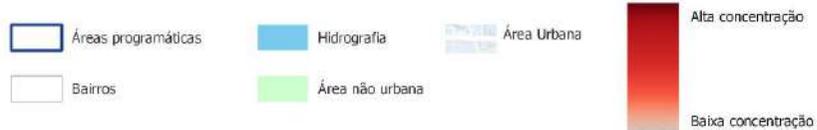
Fonte: SINAN
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:
SIRGAS 2000 UTM 23S

Figura 2 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2013



Legenda

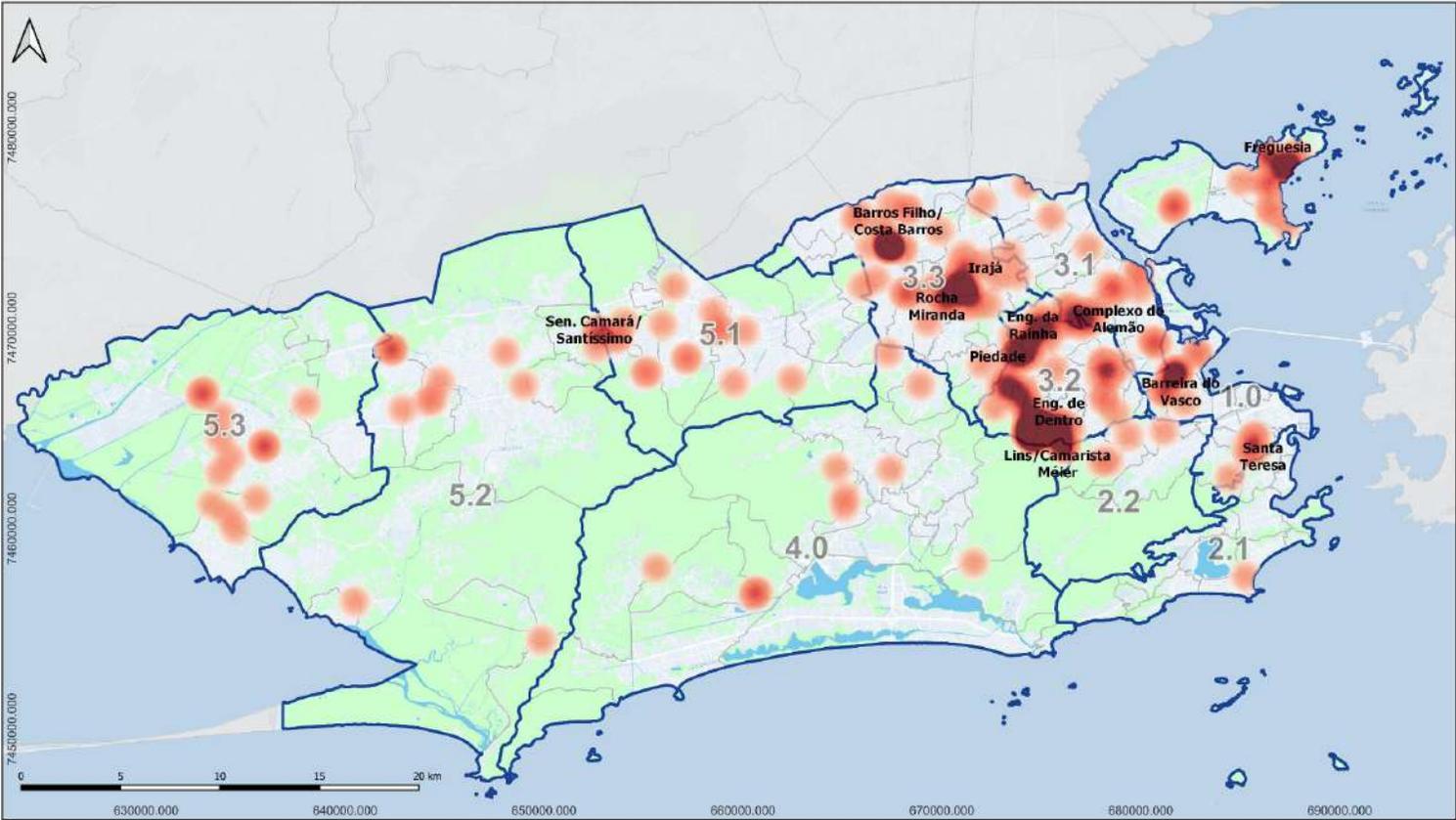


Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Superintendência de Vigilância em Saúde
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:
SIRGAS 2000 UTM 23S

Figura 3 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2014



Legenda

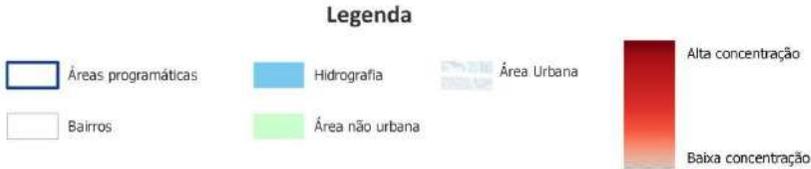
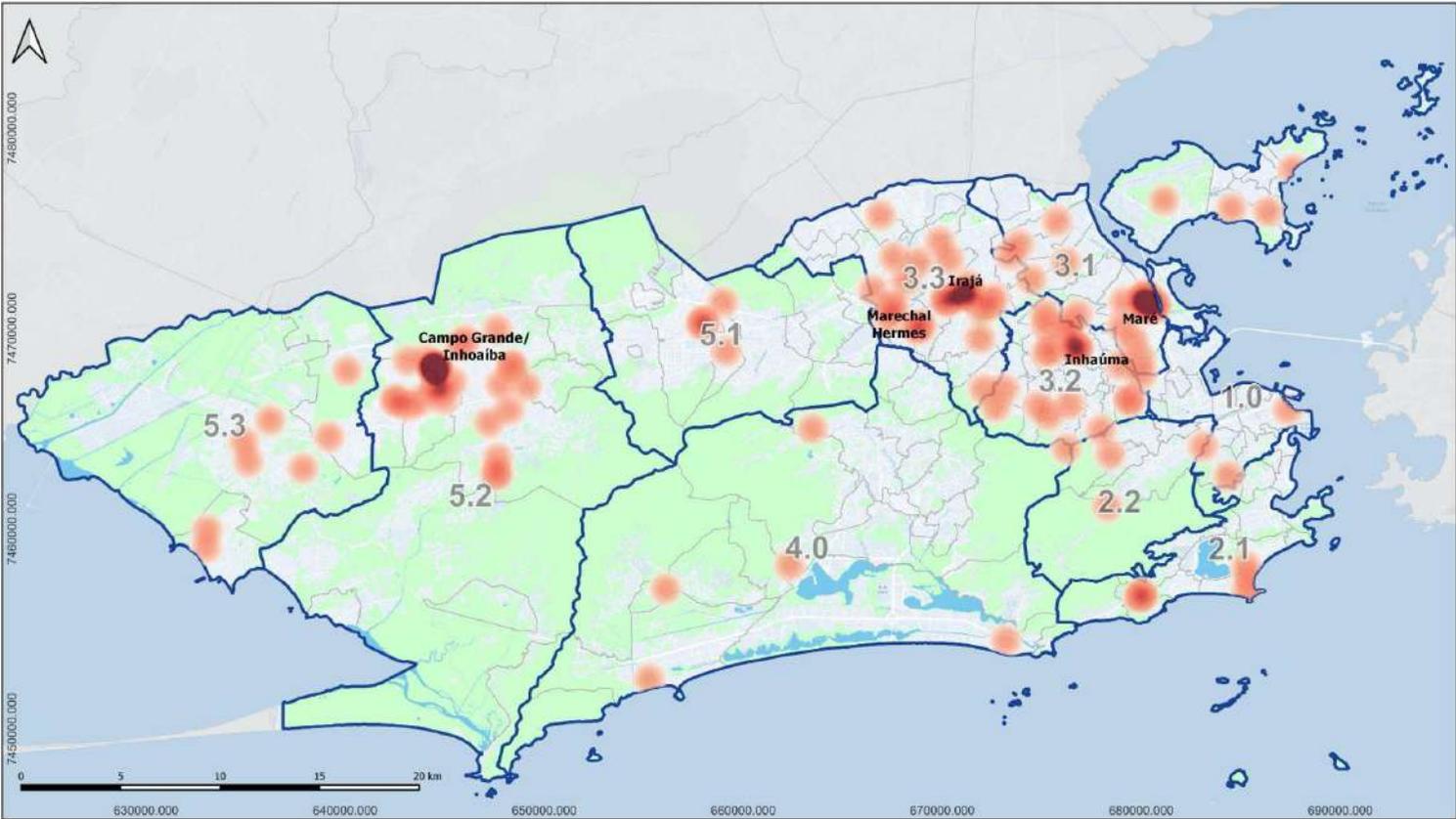
- Áreas programáticas
- Hidrografia
- Área Urbana
- Bairros
- Área não urbana
- Alta concentração
- Baixa concentração

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 Superintendência de Vigilância em Saúde
 Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN
 Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:
 SIRGAS 2000 UTM 23S

Figura 4 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2015

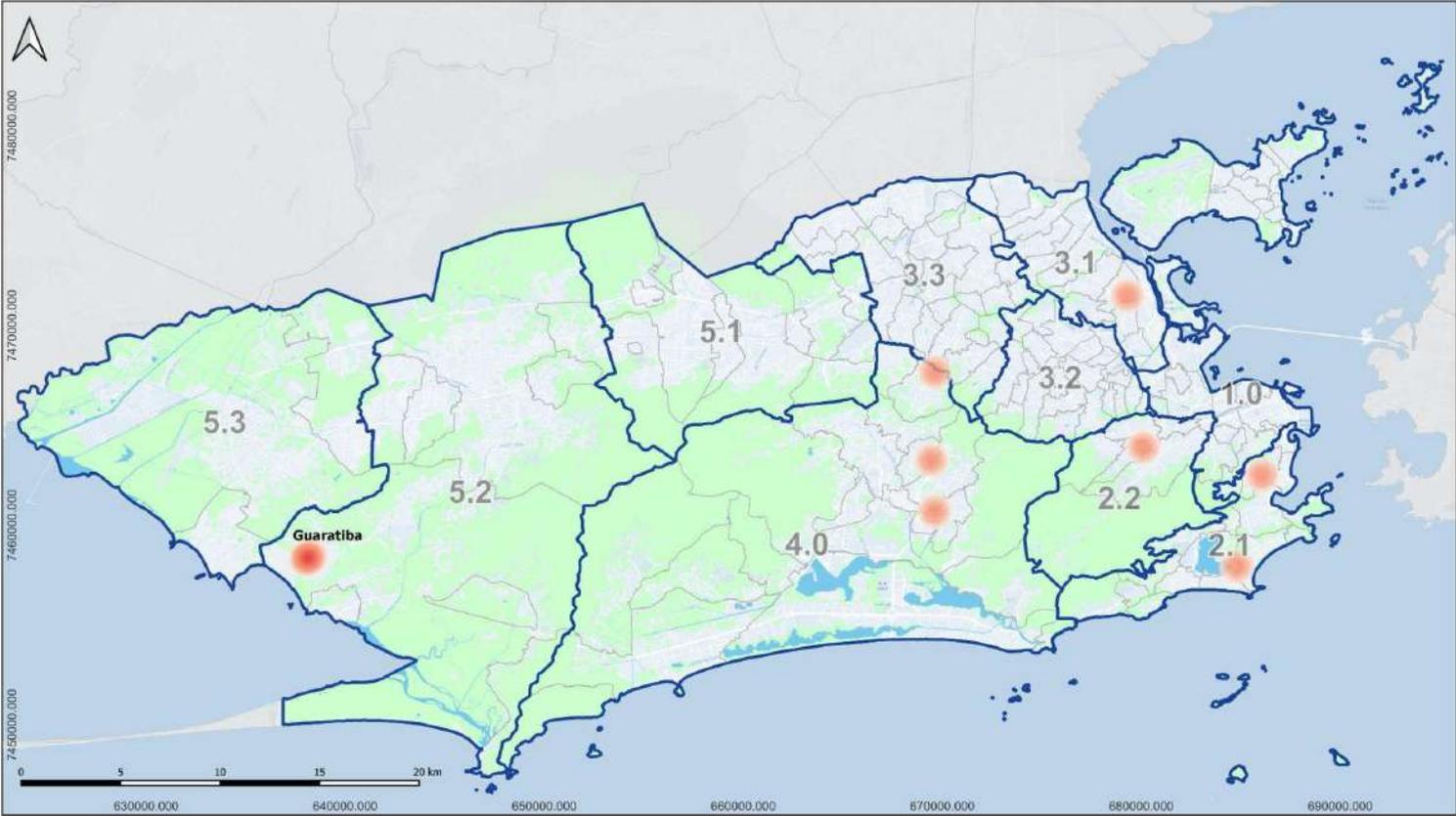


Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 Superintendência de Vigilância em Saúde
 Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN
 Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:
 SIRGAS 2000 UTM 23S

Figura 5 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2016



Legenda

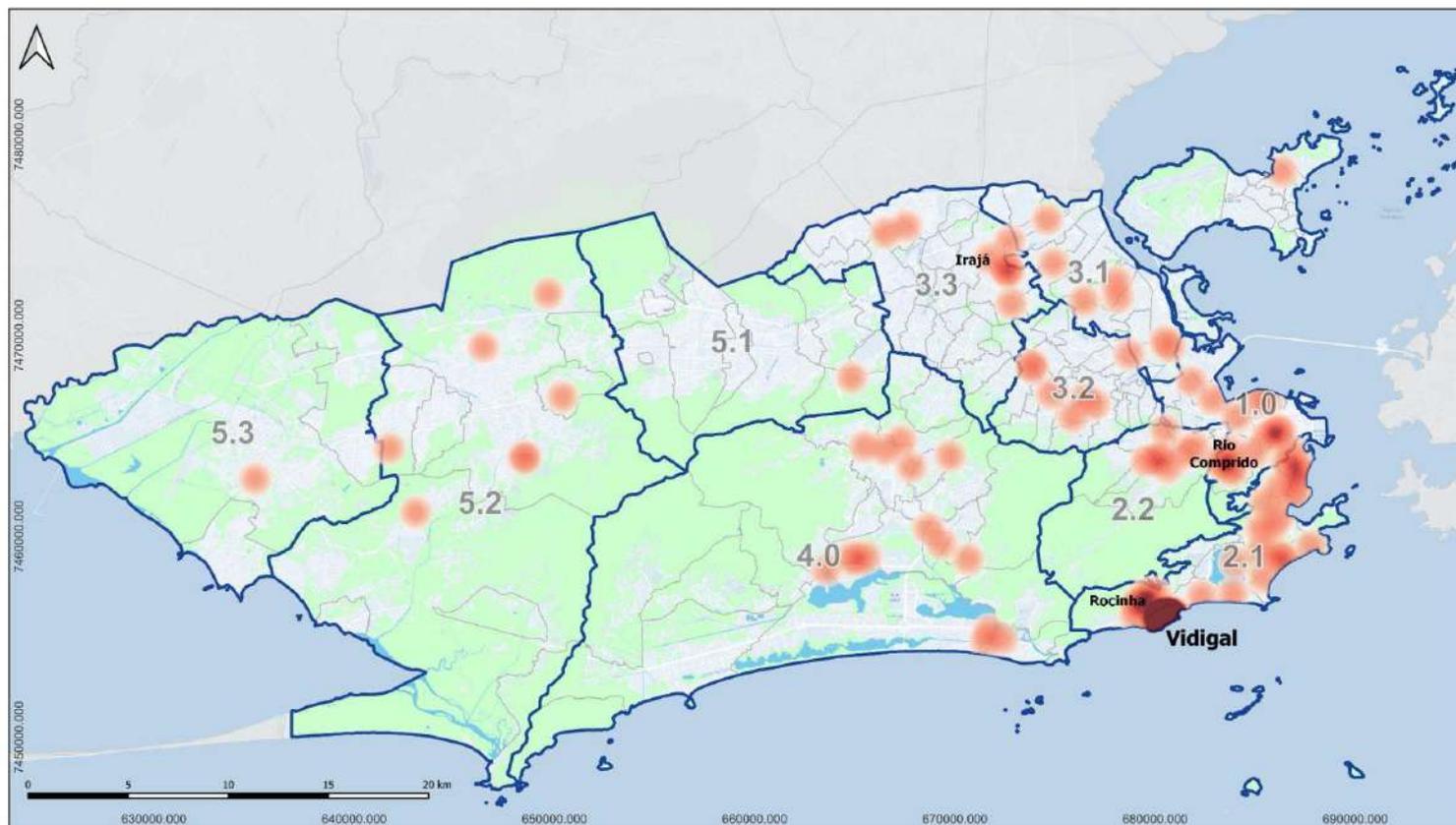
Áreas programáticas	Hidrografia	Área Urbana	Alta concentração
Bairros	Área não urbana		Baixa concentração

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 Superintendência de Vigilância em Saúde
 Centro de Inteligência Epidemiológica

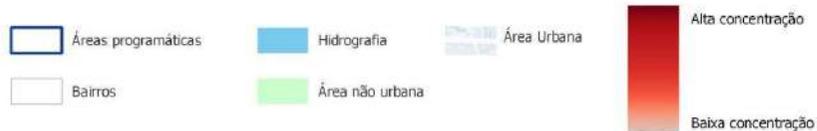
Fonte: SINAN
 Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:
 SIRGAS 2000 UTM 23S

Figura 6 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2017



Legenda

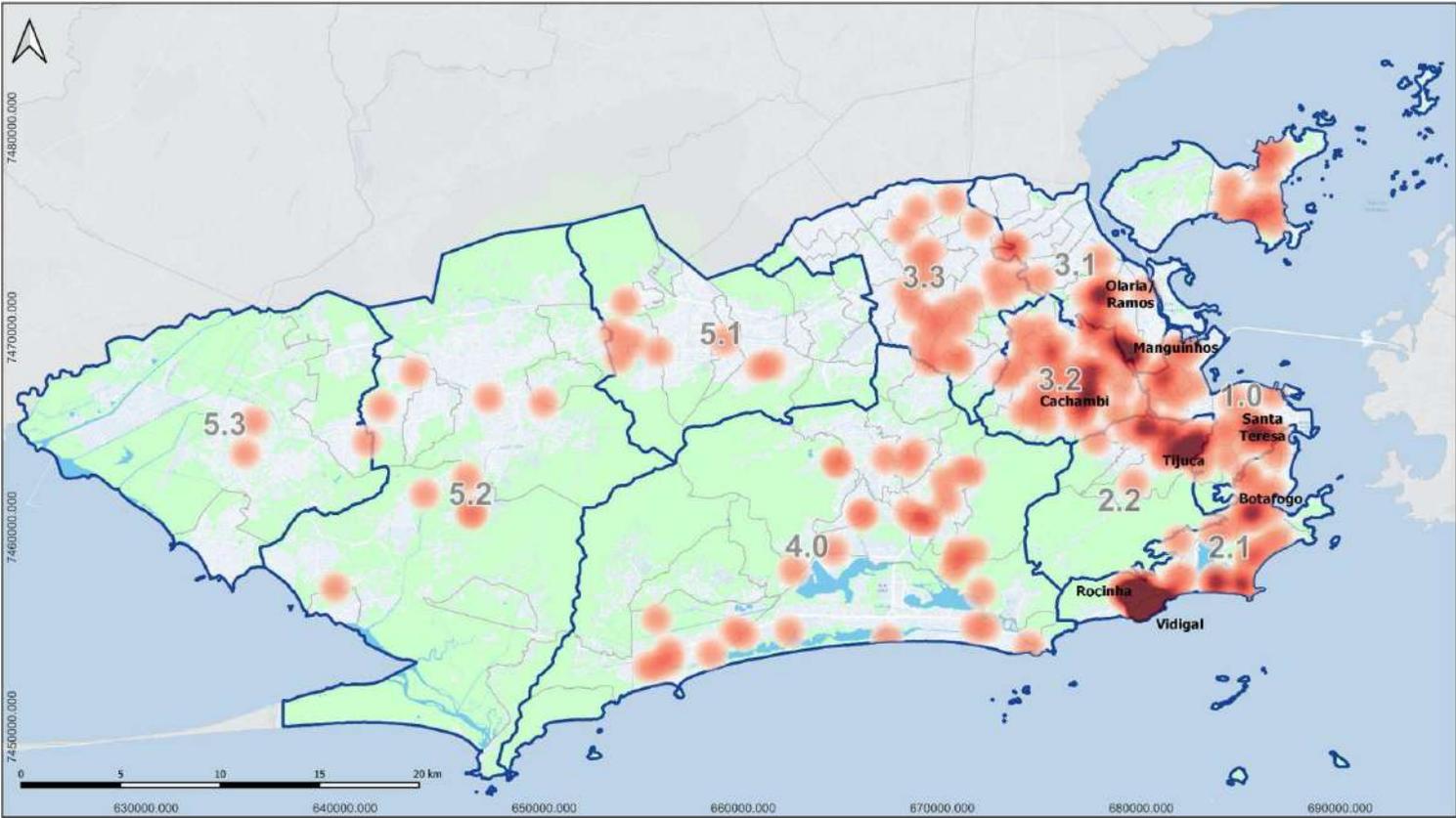


Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 Superintendência de Vigilância em Saúde
 Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN
 Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:
 SIRGAS 2000 UTM 23S

Figura 7 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2018

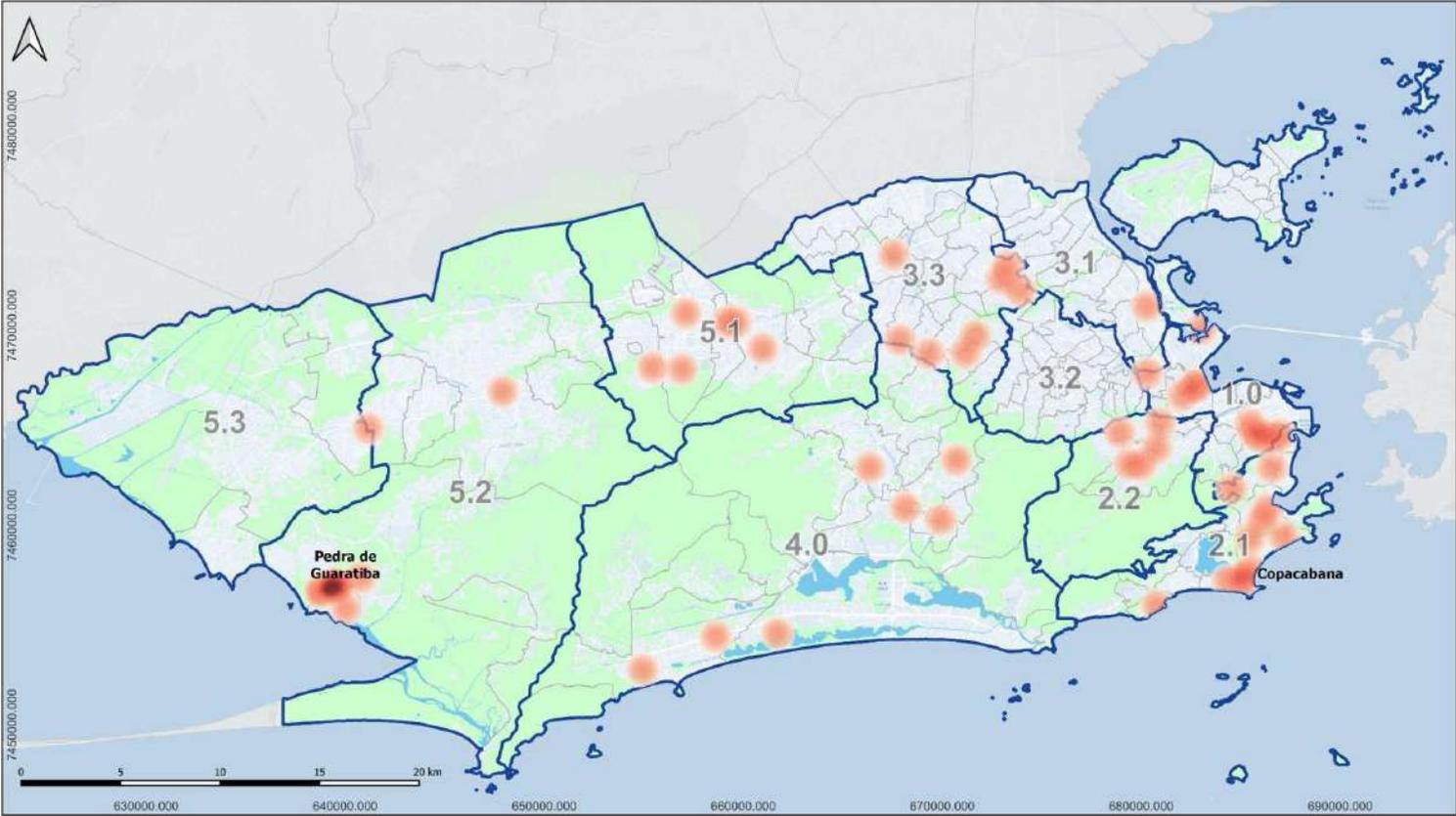


Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 Superintendência de Vigilância em Saúde
 Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN
 Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:
 SIRGAS 2000 UTM 23S

Figura 8 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2019

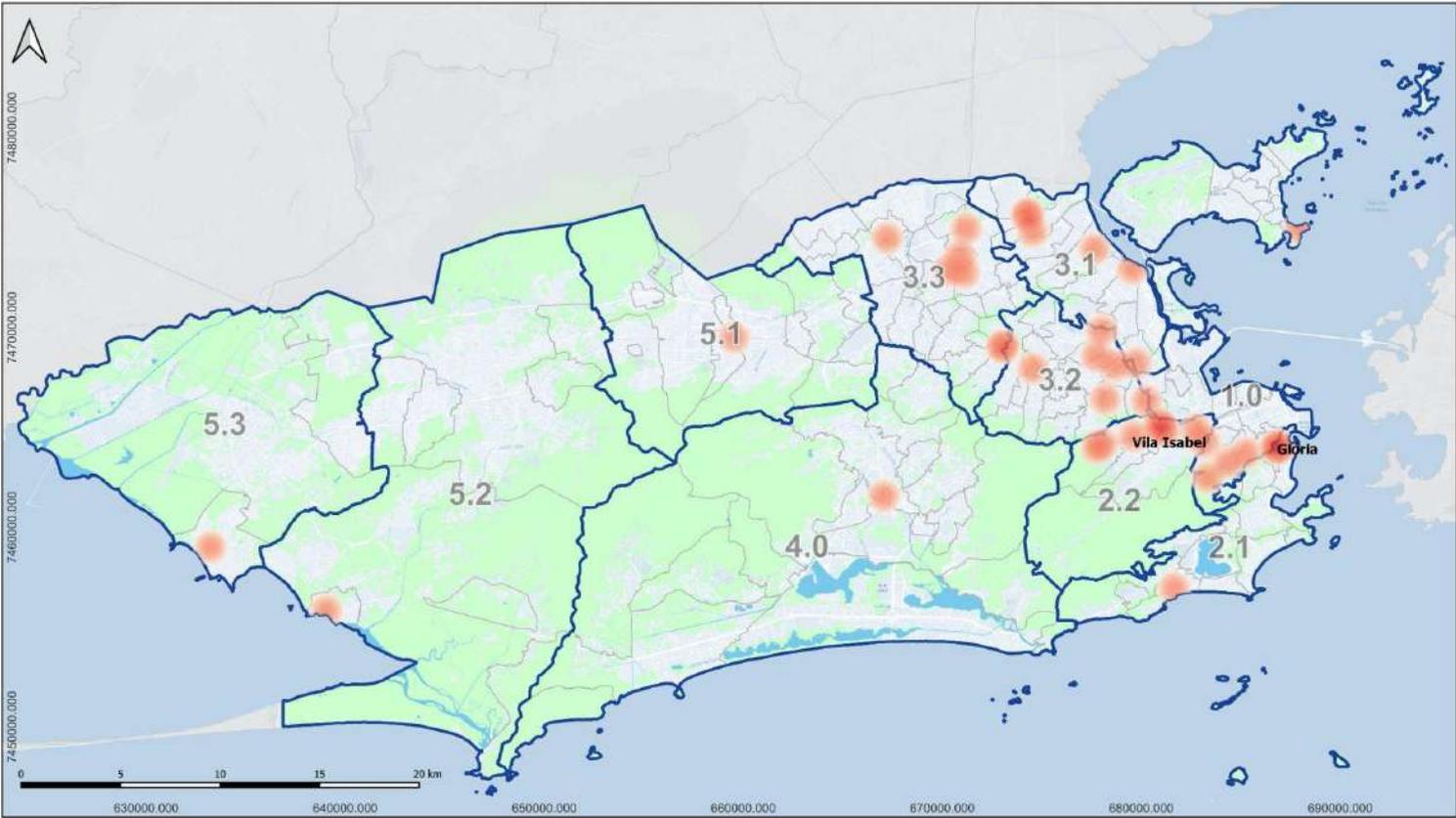


Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Superintendência de Vigilância em Saúde
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:
SIRGAS 2000 UTM 23S

Figura 9 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2020



Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 Superintendência de Vigilância em Saúde
 Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN
 Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:
 SIRGAS 2000 UTM 23S

Figura 10 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2021

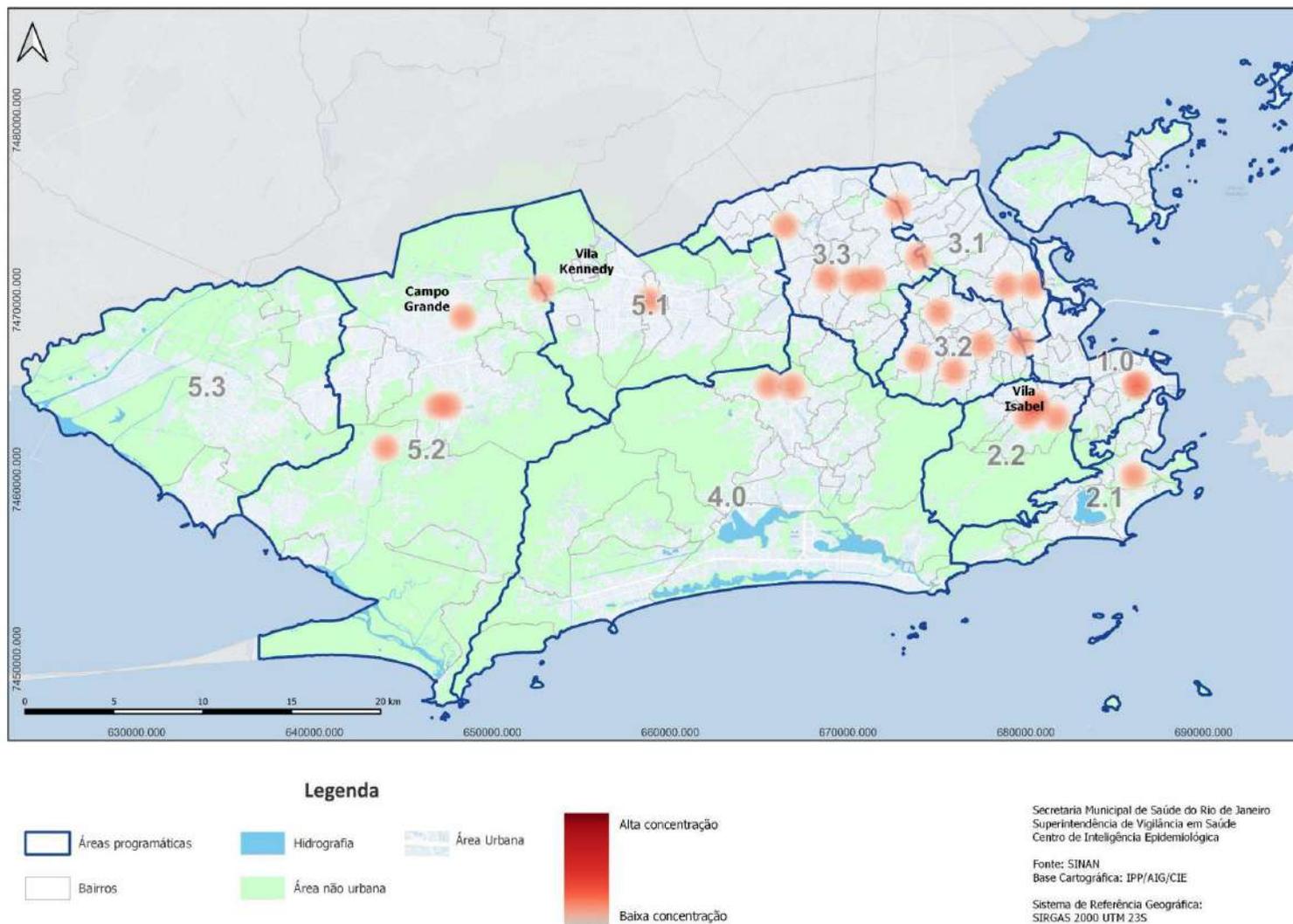
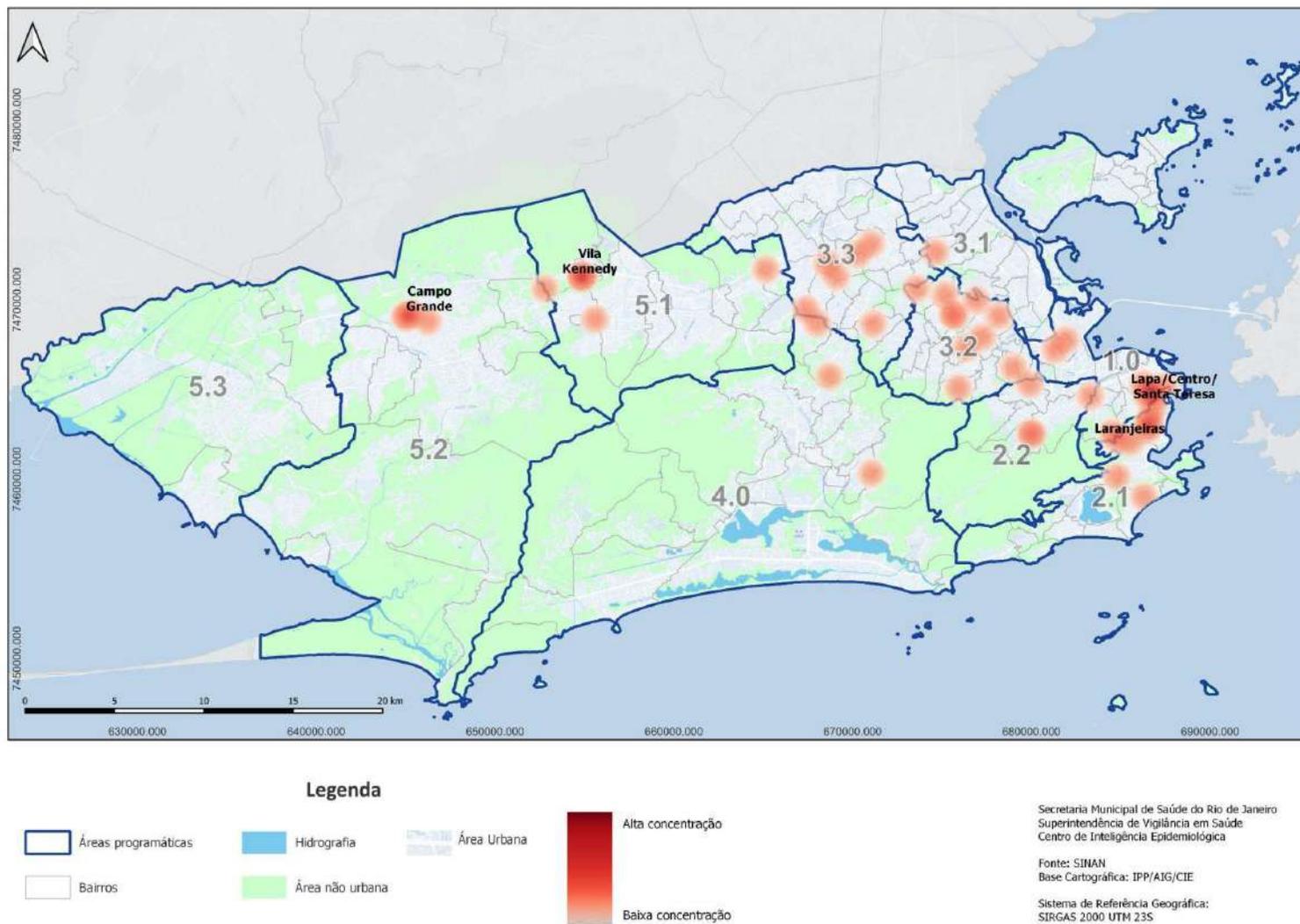


Figura 11 - Distribuição Espacial dos Casos de Hepatite A por ano, MRJ, 2022



Dados de 2022 até o mês de julho.