

HEPATITE A

Hepatite A é uma doença viral primária do fígado causada pelo vírus da hepatite A (VHA) que, diferente das demais hepatites virais que ocorrem no Brasil (hepatites B, C e D), não é de transmissão sexual. Geralmente causa uma doença de curta duração e autolimitada, sem evolução para forma crônica, mas também pode levar a quadro fulminante, quando é necessário transplante ou evolui para óbito.

Essa hepatopatia é de distribuição universal, mas as altas prevalências ocorrem em áreas de precárias condições sanitárias (higiene e saneamento), constituindo, portanto, um problema de saúde pública. No Brasil, segundo estudos, as áreas de mais alta prevalência são as regiões norte e nordeste; e a sul, a de menor.

Como a aquisição da doença, gera anticorpos duradouros, indivíduos que já tiveram hepatite A, estão imunes a reinfecções. Portanto, áreas de alta endemicidade (em que as crianças, muito cedo, adquirem a doença – 90% antes dos 10 anos de idade), têm adultos protegidos, enquanto, áreas de baixa endemicidade (baixa transmissão da doença), a maioria da população é suscetível, ou seja, tem risco de adquirir a doença.

A transmissão se dá por contato fecal-oral, direta ou indiretamente, pelo contato com água e alimentos contaminados. Desse modo, o maior risco de contágio está associado ao convívio familiar e agrupamentos de pessoas (militares, prisões, creches e instituições que cuidam de crianças sem controle do esfíncter) além de viajantes para regiões endêmicas da doença. Ademais, surtos podem ocorrer quando alimentos são contaminados (ex: indústrias alimentícias).

A principal faixa etária acometida são as crianças (sobretudo, as menores de 2 anos), que geralmente desenvolvem a forma benigna da doença (variando de assintomática até gastroenterite, predominantemente anictérica). Já os adultos, quando adquirem o vírus, costumam desenvolver quadro icterico febril com repercussões sobre o estado geral, sendo, assim, mais grave. Desse modo, como regra geral, tem-se que quanto mais jovem o paciente adquire a infecção, menos aparente/sintomática ela é.

A discreta ou ausente sintomatologia infantil, associada ao prolongado período de excreção fecal do vírus, e à limitada higiene pessoal dessa categoria, fazem desse grupo importante fonte de infecção. Além disso, o quadro clínico das crianças, em geral, dispensa o atendimento médico, o que torna a hepatite A (doença de notificação compulsória) subnotificada e, dessa forma, os dados disponíveis sobre essa infecção podem estar subestimados.

Consideradas as formas de transmissão, a prevenção está diretamente relacionada às condições de higiene e saneamento. Por meio de políticas públicas, ao longo dos anos, percebeu-se que houve melhoria das condições sanitárias. No entanto, a população suscetível passou a ser maior e a ter idade mais elevada (idade em que as manifestações clínicas são mais preocupantes). Com isso, como a doença gera proteção duradoura por meio de anticorpos, a vacinação passou a constituir importante agente protetor.

Vacina na rede pública

Desde o final de julho desse ano, a vacina contra o VHA consta como obrigatória no Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, estando disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para vacinação obrigatória de crianças de 12 a 23 meses (de 1 ano até 1 ano e 11 meses).

A introdução da vacina baseou-se na experiência argentina com a vacina em dose única. Esse país vizinho, que monitora, há muitos anos, os casos de hepatite, incluiu a vacina em 2005, em dose única, para crianças de 12 meses (baseada na carga da doença, custo da vacina e na boa experiência do país em lidar com os surtos de hepatite A). Após essa dose o país continuou a monitorar os casos, para se avaliar a efetividade dessa medida preventiva e a necessidade de nova dose.

A Argentina, país de endemicidade intermediária, alcançou com o programa de vacinação cobertura de 90 a 95%, observando redução de 88% no número de casos, comparando-se 1998-2002 com 2007. Esse declínio não se limitou apenas à faixa etária vacinada, mas em todos os grupos etários.

Além disso, em outro estudo argentino recente, em que se pesquisou crianças saudáveis entre 60 e 72 meses de idade, vacinadas em dose única, se observou que 93% delas tinham títulos séricos de anticorpos que conferiam proteção a elas contra reinfecções pelo VHA. Assim, a experiência argentina, de vacinação em dose única, se mostrou bastante eficaz em termos de políticas públicas e, aliada às medidas de melhorias sanitárias, tendem a diminuir grandemente a infecção no país.

Ademais, a experiência desse país vizinho vem ainda mostrar a importância e a eficácia da imunidade de rebanho, o que significa que, se a doença é transmitida de pessoa a pessoa, quando um grande número de indivíduos de uma população torna-se imune ou resistente a doença, essas interrompem a transmissão, fornecendo, portanto, proteção (indiretamente) para aqueles que não adquiriram imunidade. Comprovando, desse modo, que a vacinação não precisa se estender a toda população para que a transmissão no país seja reduzida e a doença, controlada.

Desse modo, o Brasil pretende seguir os passos da Argentina: incluir dose única da vacina contra hepatite A, no Programa Nacional de Imunizações, para crianças de 12 a 23 meses, prosseguir o acompanhamento da doença (por meio da notificação de casos), e assim, avaliar se haverá necessidade de uma segunda dose. Vale ressaltar que apenas uma dose é capaz de induzir níveis protetores de anticorpos em mais de 90% dos vacinados.

Vacina da rede privada

A vacinação está indicada, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, para crianças e adultos que vivem em locais de alto risco para hepatite A, pessoas que viajam para locais de alta prevalência da infecção, homens que fazem sexo com homens, pessoas com exposição profissional ao VHA, pessoas com doença hepática crônica, coagulopatias e usuários de drogas.

Na rede privada há três tipos de vacina, todas de vírus inativado (disponível para a população fora da faixa etária e conforme indicação supracitada ou do médico). Elas estão disponíveis em 2 doses com intervalo de 6 a 12 meses entre elas. Estima-se que a proteção induzida pela vacina tenha duração superior a 20 anos.

Conclusões

Assim, percebe-se que a hepatite A é uma doença prevenível e que vem apresentando diminuições em suas taxas de ocorrência, mas que ainda está presente em nosso meio e, portanto, deve ser combatida. Com a inclusão da vacina na rede pública, espera-se que haja uma redução cada vez maior dos casos dessa hepatopatia. Mesmo com a vacina, permanecem as recomendações de cuidados de higiene, importante no combate da hepatite A e outras doenças.

Bibliografia

DELDOTO, A.; OLIVEIRA, J. N.; SUZUKI, E. H.; OLIVEIRA, K. B. Hepatite A e condições sanitárias. Revista Saúde e Pesquisa. Set/Dez. 2011; v. 4 (n. 3), p. 437-442.

KREBS, L. S.; RANIERI, T. M. S.; KIELING, C. O.; FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Mudança na suscetibilidade à hepatite A em crianças e adolescentes na última década. Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro). 2011; v. 87 (n. 3),p. 213-218.

MARKUS, J. R.; CRUZ, C. R.; MALUF, E. M. C.P.; TAHAN, T. T.; HOFFMANN, M. M. Soroprevalência da hepatite A em crianças e adolescents. Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro). 2011; v. 87 (n. 5),p. 419-424.

FAGUNDES, E. D. T.; FERREIRA, A. R.; ROQUETE, M. L. V. Investigação laboratorial do paciente com hepatite pelo HAV e hepatite pelo HEV. In ERICHSEN, E. S. Medicina Laboratorial para o clínico. 1ª ed. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica; 2009. p. 587-593.

CERVIO, G.; TRENTADUE, J.; D'AGOSTINO, D.; LUQUE, C.; GIORGI, M.; ARMONI, J; DEBBAG, R. Decline in HAV-associated fulminant hepatic failure and liver transplant in children in Argentina after the introduction of a universal hepatitis A vaccination program. Hepatic Medicine: Evidence and Research [internet]. September 2011 [citado em 17 maio 2014]; vol. 3: 99-106. Disponível em <http://www.dovepress.com/decline-in-hav-associated-fulminant-hepatic-failure-and-liver-transpla-peer-reviewed-article-HMER>

Vacchino MN. Incidence of Hepatitis A in Argentina after vaccination. J Viral Hepat. 2008;v.15 (Supl n.2),p.47-50.