

Surto de Hepatite por vírus A na região de saúde do Norte 2016-2017

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

2018

Surto de Hepatite por vírus A na região de saúde do Norte 2016-2017

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Ficha Técnica

Título

**Surto de Hepatite por vírus A na Região de Saúde do Norte
2016-2017**

Editor

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
Rua Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte, I.P.

Dr. Pimenta Marinho

Diretora do Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P.

Dra. Maria Neto

Área Funcional – Autoridade de Saúde

Dra. Maria Neto

Morada

Rua Anselmo Braamcamp, 144
4000-078 Porto
Tel. 220411701 | Fax: 220411738

Autoria

Ana Maria Correia

E-mail de contacto

directora.dsp@arsnorte.min-saude.pt

Agradecimentos

A todos os profissionais de saúde das Unidades de Saúde Pública da região, pelo empenho na investigação epidemiológica dos casos e na aplicação das medidas de proteção. Aos médicos que prontamente notificam os casos diagnosticados. Aos laboratórios hospitalares pela colaboração na disponibilização e envio de amostras biológicas dos doentes. Ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, na pessoa da Dra. Rita de Sousa, pela colaboração na sequenciação genética das estirpes de vírus da hepatite A. Às Organizações não governamentais e aos serviços de saúde que, de forma célere, colaboraram com o Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P. na vacinação de grupos populacionais de risco acrescido para a hepatite A.

ÍNDICE GERAL

	Página
1. Introdução	4
2. Metodologia da intervenção	5
3. Resultados	6
3.1. Descrição dos casos	6
3.2. Descrição das medidas de prevenção e controlo	12
4. Conclusões	14
5. Referências	16

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Distribuição dos casos de hepatite A em pessoas residentes na região de saúde do Norte, por concelho de residência, outubro 2016 a dezembro 2017	7
Quadro 2 – Distribuição dos resultados de biologia molecular (genótipo, subgenótipo e estirpe) nos casos de hepatite A em pessoas residentes na região de saúde do Norte, outubro de 2016 a dezembro de 2017 (n=42)	10
Quadro 3 – Vacinas contra a hepatite A fornecidas pela Direção-Geral da Saúde à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., situação em 17 de novembro de 2017	12
Quadro 4 – Vacinas contra a hepatite A aplicadas gratuitamente na região de saúde do Norte, de acordo com a indicação e o contexto de aplicação, situação em 17 de novembro de 2017	13

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Distribuição dos casos de hepatite A em pessoas residentes na região de saúde do Norte, por sexo e grupo etário, outubro 2016 a dezembro 2017 (n=95)	6
Figura 2 – Curva epidémica: distribuição dos casos de hepatite A em pessoas residentes na região de saúde do Norte, por data de início dos sintomas (períodos de 4 semanas), com identificação da via de transmissão sexual, genótipo, subgenótipo e estirpe, outubro de 2016 a dezembro de 2017 (n=95)	8
Figura 3 – Diagrama com a semana de início dos sintomas, período de incubação e período de infeciosidade de um <i>cluster</i> de casos de hepatite A, região de saúde do Norte, 2017	10

1. INTRODUÇÃO

Em 19 de dezembro de 2016, o Centro Europeu para a Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) publicou uma avaliação de risco, a propósito de um surto de hepatite A que estava a ocorrer em alguns países da União Europeia (UE) e que afetava, maioritariamente, homens que praticavam sexo com homens (HSH) (1). De acordo com o referido documento, desde fevereiro de 2016 que tinham sido notificados, por cinco países da EU, 24 casos de hepatite A, provocados por duas estirpes diferentes do subgenótipo IA do vírus da hepatite A (VHA). A maioria dos casos tinha-se registado em homens adultos que referiam ter tido relações sexuais com outros homens. Para além disso, alguns casos referiam ter viajado para Espanha, durante o período provável de ocorrência da infeção. O ECDC encorajava os estados membros a informar os profissionais de saúde, nomeadamente os que trabalhavam com homens que praticam sexo com homens, sobre a possibilidade de ocorrência da infeção por VHA. Para além disso, o ECDC sugeria que fosse partilhada, entre os países da EU, informação epidemiológica e microbiológica dos casos que viessem a ser conhecidos, através do sistema europeu existente para o efeito (*Epidemic Intelligence Information System for Food and Waterborne Diseases and Zoonoses*, EPIS-FWD). Os estudos microbiológicos efetuados nos casos notificados inicialmente, pelo Reino Unido, permitiram concluir que a estirpe envolvida estava filogeneticamente relacionada com isolados originários da América Central e do Sul.

Perante esta informação, em fevereiro de 2017 procedeu-se à análise retrospectiva dos casos de hepatite A notificados na região de saúde do Norte, com o objetivo de caracterizar a situação epidemiológica. Com base na análise dos dados disponíveis na plataforma do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), em fevereiro de 2017 foi elaborado um relatório sucinto, no qual se concluía que, durante o último trimestre de 2016 e o início de 2017, se tinha verificado um aumento do número de casos de hepatite A notificados na região, bem como um padrão demográfico dos casos e de transmissão diferente do esperado, com um predomínio de doentes do sexo masculino, adultos jovens e com referência a transmissão por via sexual (2). Numa atualização posterior do referido relatório, os resultados da sequenciação genética, então disponíveis, indicavam que três dos casos notificados tinham sido infetados pelo subgenótipo IA do VHA, com uma sequência idêntica a uma das estirpes que então circulava noutros países europeus, designada pelo ECDC como VRD_521_2016 (1). Face aos resultados encontrados, a Delegada de Saúde Regional do Norte e o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS Norte) decidiram alertar os serviços de saúde do sistema nacional de saúde da região para a ocorrência do surto, desencadeando um conjunto de atividades que de seguida se enumeram.

Com o presente relatório pretende-se proceder à atualização da informação relativa à situação epidemiológica do surto de hepatite A na região de saúde do Norte, bem como às medidas de prevenção e controlo aplicadas, reportando-se as mesmas aos casos notificados entre 1 outubro de 2016 e 31 de dezembro de 2017.

2. METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO

Considerando a situação epidemiológica da hepatite A registada em alguns países europeus, descrita pelo EDCD no relatório publicado em dezembro de 2016 (1), o alerta dado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em fevereiro de 2017 (3) e a análise da situação registada na região de saúde do Norte durante o ano de 2016 e os primeiros meses de 2017 (2), foi decidido implementar uma estratégia de investigação e controlo da situação baseada nas seguintes atividades:

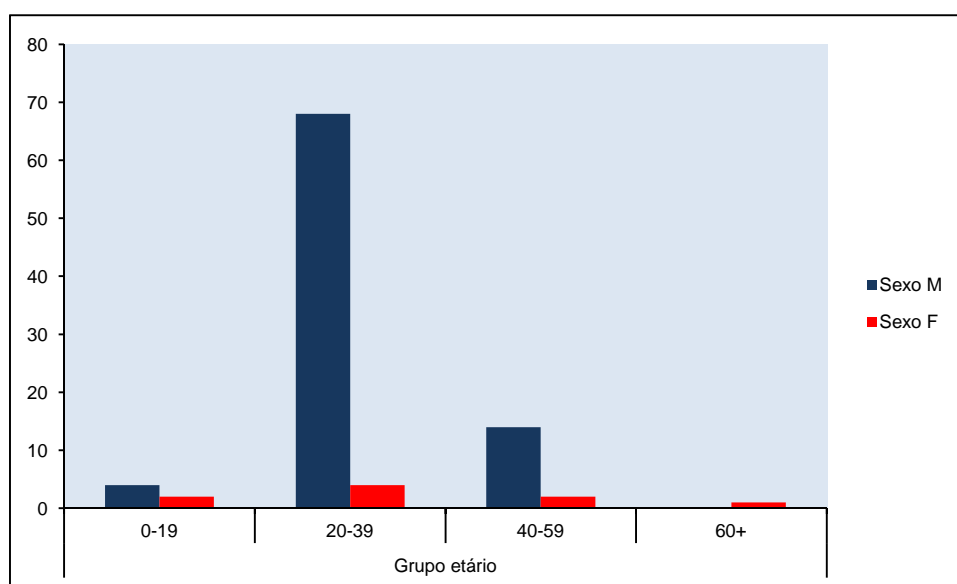
- 1 – Promover a busca ativa de casos de doença, diagnosticados tanto nos serviços dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), como nos serviços Hospitalares, do sistema nacional de saúde, através do envio de informação sobre a ocorrência do surto;
- 2 – Incentivar a notificação clínica na plataforma SINAVE dos casos diagnosticados, através do envio de informação sobre a doença e a ocorrência do surto;
- 3 – Incentivar a investigação epidemiológica aprofundada dos casos notificados na plataforma SINAVE, através do reforço do envolvimento dos Delegados de Saúde Coordenadores da região;
- 4 – Disponibilizar e organizar a aplicação das medidas de prevenção e controlo, nomeadamente, a vacinação, tanto no contexto de pré como de pós exposição;
- 5 – Promover a vacinação dos viajantes, de acordo com as orientações da Direção-Geral da Saúde (4, 5, 6 e 7), nos 7 Centros de Vacinação Internacional regionais;
- 6 – Promover a vacinação comunitária de grupos de risco, nomeadamente HSH, através da colaboração estabelecida com Organizações de Base Comunitária (OBC) que trabalham com aqueles grupos de pessoas na cidade do Porto;
- 7 – Promover a vacinação hospitalar de grupos de risco, nomeadamente das pessoas infetadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), através da colaboração com o Centro Hospitalar de São João - Consulta de VIH -, com o Centro Hospitalar do Porto - Consulta de VIH e Centro de Terapêutica Combinada - e com o Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH do Porto;
- 8 – Promover o estudo molecular das estirpes do VHA circulantes, efetuado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, através da colaboração estabelecida com os Serviços de Imunohemoterapia dos hospitais e centros hospitalares da região de saúde do Norte.

3. RESULTADOS

3.1. Descrição dos casos

Entre 1 de outubro de 2016 e 31 de dezembro de 2017, a Delegada de Saúde Regional do Norte tomou conhecimento da ocorrência de 95 casos de hepatite A em pessoas residentes na região de saúde do Norte. Em 94 dos casos houve lugar a notificação clínica na plataforma SINAVE. A grande maioria dos casos registou-se em indivíduos do sexo masculino: 86 em 95, representando 90,5% do total de casos e uma razão de masculinidade de 9,6. A idade dos doentes variou entre os 3 e os 68 anos (média=30,3 e mediana=28). A distribuição dos casos por sexo e grupo etário encontra-se na figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos casos de hepatite A em pessoas residentes na região de saúde do Norte, por sexo e grupo etário, outubro de 2016 a dezembro de 2017



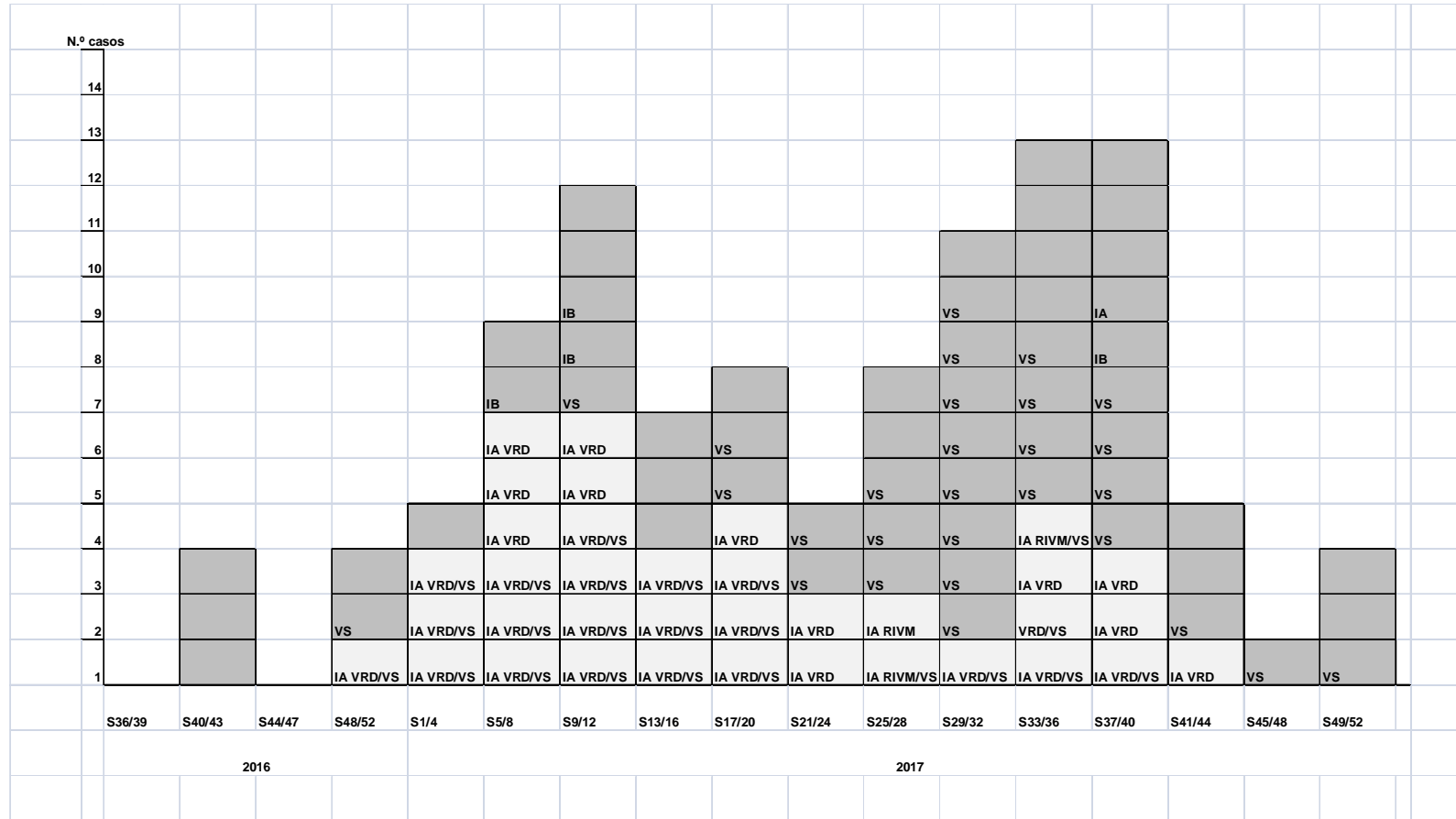
Dois dos casos de doença ocorridos em crianças, eram de nacionalidade búlgara. Registaram-se ainda outros casos em cidadãos de nacionalidade estrangeira: 1 caso num cidadão de nacionalidade marroquina, 1 num cidadão do Reino Unido, 1 num cidadão de nacionalidade venezuelana e 3 de nacionalidade brasileira, todos com residência atual na região de saúde do Norte. O concelho de residência dos casos, reportado de acordo com os dados existentes no Registo Nacional de Utentes (RNU), encontra-se no quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos casos de hepatite A em pessoas residentes na região de saúde do Norte, por concelho de residência, outubro de 2016 a dezembro de 2017

Concelho de residência	Número de casos
Alfândega da Fé	1
Amarante	2
Amares	1
Baião	1
Barcelos	2
Braga	5
Cabeceiras de Basto	1
Caminha	1
Chaves	1
Cinfães	1
Fafe	1
Famalicão	2
Guimarães	6
Gondomar	1
Maia	6
Macedo de Cavaleiros	1
Marco de Canaveses	3
Matosinhos	6
Oliveira de Azeméis	1
Penafiel	1
Porto	15
Póvoa de Varzim	6
Santa Maria da Feira	4
Santo Tirso	2
Vale de Cambra	1
Vila do Conde	4
Vila Nova de Gaia	17
Vila Pouca de Aguiar	1
Vila Real	1
Total	95

Dada a grande mobilidade da população adulta jovem, grupo particularmente atingido no presente surto, constatámos que 13 dos casos com residência na região de saúde do Norte (de acordo com o RNU), residiam, mais de 8 semanas antes do início dos sintomas, na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), e 3 tinham transitado para o Grande Porto, vindos de concelhos do interior da região Norte. Os casos ocorreram entre 5 de outubro de 2016 (semana 40 de 2016) e 22 de dezembro de 2017 (semana 51 de 2017), podendo observar-se, na figura 2, a sua evolução de acordo com a data do início dos sintomas. A curva epidémica, com uma duração de 64 semanas, tem um padrão ascendente entre os períodos correspondentes às semanas 40/43 de 2016 e às semanas 9/12 de 2017, desce até ao período entre as semanas 21/24 de 2017, para voltar a subir até às semanas 33/40 de 2017, descendo novamente a partir dessa data. A curva epidémica apresenta, assim, dois picos: o primeiro entre as semanas 9 e 12 de 2017 (27 de fevereiro e 26 de março), com 11 casos e o segundo entre as semanas 33 e 40 de 2017 (14 de agosto a 8 de outubro), com 24 casos.

Figura 2 – Curva epidémica: distribuição dos casos de hepatite A em pessoas residentes na região de saúde do Norte, por data de início dos sintomas (períodos de 4 semanas), com identificação da via de transmissão sexual, genótipo, subgenótipo e estirpe, outubro 2016 a dezembro de 2017 (n=95)



Legenda: **VS** – via sexual; **IA** – Genótipo I e subgenótipo A; **IB** – Genótipo I, subgenótipo B; **IA VRD** – Genótipo I, subgenótipo A, identificação da estirpe do vírus da hepatite A de acordo com o ECDC; **IA RIVM** – Genótipo I, subgenótipo A, identificação da estirpe do vírus da hepatite A de acordo com o ECDC

Do total de 94 doentes com informação sobre internamento hospitalar, em 61 houve lugar a internamento, representando 65% do total de casos. Em 25 dos 95 casos não foi possível apurar a forma de transmissão do VHA (26%). Nos restantes, o modo de transmissão indicado na notificação e no inquérito epidemiológico distribuiu-se da seguinte forma: em 14 casos havia referência à transmissão através da ingestão de alimentos (incluindo a água), em 5 casos a transmissão terá ocorrido por contacto pessoa a pessoa, excluída a via sexual e em 51 casos havia referência à transmissão pessoa a pessoa, por via sexual, o que perfaz 73% do total de casos com informação disponível. Em 19 dos casos havia informação sobre viagem ou residência recente fora de Portugal e dentro das 8 semanas antes do início dos sintomas, com a seguinte distribuição: Angola em 3 casos, Bélgica 1 caso, Espanha 6 casos, Estados Unidos da América 1 caso, França 2 casos, Itália 2 casos, Marrocos 1 caso, Moçambique 2 casos e Reino Unido 1 caso. Neste contexto, a análise da informação existente permitiu classificar 3 casos como importados de Angola, 1 caso como importado de Moçambique e 1 caso como importado de Marrocos.

Os primeiros casos registados em pessoas residentes na região de saúde do Norte, ainda durante o último trimestre de 2016, referiram, no inquérito epidemiológico, ter viajado para Itália nas 8 semanas antes do início dos sintomas. Não havia, nem na notificação, nem no inquérito epidemiológico, qualquer indicação da forma de transmissão da infeção. Para os casos ocorridos já no início de 2017, a informação disponível indicava tratar-se de pessoas que não estavam presentes na região de saúde do Norte durante o período de incubação da doença, residindo na região de LVT. No entanto, alguns deles tinham-se juntado temporariamente à família, na região de saúde do Norte, durante as festas do final de 2016.

Em 19 dos casos havia registo de antecedentes de outras infeções sexualmente transmissíveis, nomeadamente: 16 doentes com infeção pelo VIH, 8 doentes com registo de sífilis, 2 doentes com registo de gonorreia e 1 com registo de infeção por *Chlamydia trachomatis*, sendo que em 6 doentes havia registo de mais do que uma daquelas infeções.

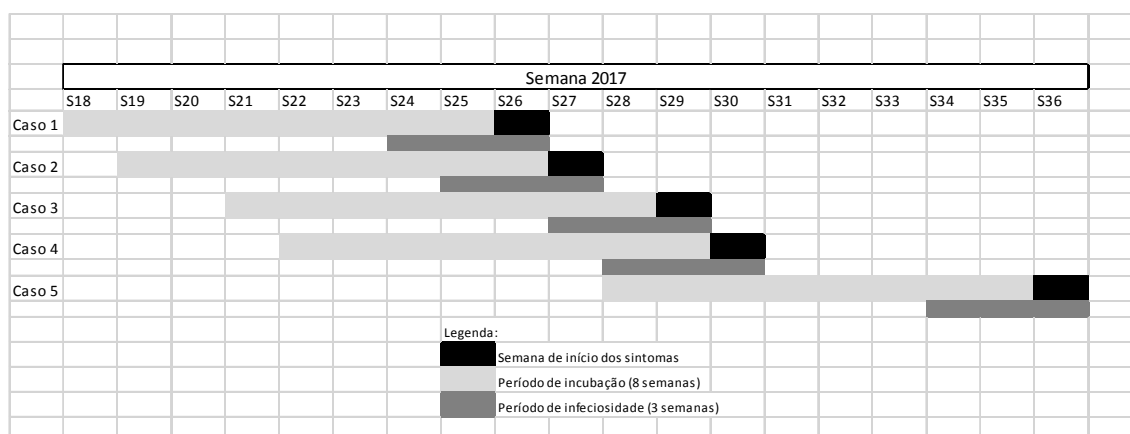
À data de elaboração do presente relatório ainda se aguarda resultados da sequenciação de 9 casos. Do total de casos em que foi pedida a identificação e sequenciação do VHA, em 3 não foi possível obter resultados, face à eventual baixa concentração ou degradação do RNA do VHA nas amostras processadas. Dos 42 casos com resultado de biologia molecular conhecido, apresenta-se a sua distribuição por genótipo, subgenótipo e estirpe no quadro 2 e na figura 2. A maioria dos casos com resultados laboratoriais de biologia molecular foi identificada como pertencendo ao subgenótipo IA. Desses casos, dois não foram enquadrados como pertencendo ao surto, uma vez que não correspondiam às estirpes identificadas pelo ECDC como fazendo parte do surto registado em HSH em diversos países da Europa (1): 1 desses casos foi importado de Marrocos. Nos restantes 36 casos pertencentes ao subgenótipo IA, a maioria pertencia à estirpe VRD_521_2016 (33/36) e apenas 3 à estirpe RIVM-HAV16-090, ambas identificadas pelo ECDC. Dos 4 casos com subgenótipo IB, dois foram importados de Angola e 1 importado de Moçambique. Em relação ao quarto daqueles casos, tratava-se de uma criança de nacionalidade búlgara, cuja informação epidemiológica não permitiu identificar a origem da infeção e, portanto, classificá-lo como eventualmente importado da Bulgária.

Quadro 2 – Distribuição dos resultados de biologia molecular (genótipo, subgenótipo e estirpe) em casos de hepatite A em pessoas residentes na região de saúde do Norte, outubro de 2016 a dezembro de 2017 (n=42)

Genótipo	Subgenótipo Estirpe	N.º casos
I	A	38
	VRD_521_2016	33
	RIVM-HAV16-090	3
	Outra	2
I	B	4

Em 19 casos, foi possível obter informação, quer através da notificação, quer do inquérito epidemiológico, sobre a existência de ligação epidemiológica com outros casos conhecidos de doença. Esta situação registou-se em relação a 2 dos casos importados de Angola, nos quais havia conhecimento sobre a existência de um caso num manipulador de alimentos residente em Angola e ao caso importado de Moçambique, que referiu conhecer casos adicionais de doença em residentes em Moçambique. Em 2 outros casos registados em doentes do sexo masculino houve referência a contacto sexual de risco ocorrido na região de saúde de LVT. Ocorreram 2 casos de doença em indivíduos do sexo feminino, que identificaram contacto com doentes com hepatite A no contexto laboral e social, tendo sido identificada, num destes casos secundários, a estirpe IA VRD_521_2016. Foi ainda identificado um *cluster* de 5 casos relacionados entre si, 4 infetados por via sexual, com data de início dos sintomas entre 28 de junho e 4 de setembro de 2017, sendo que o último dos primeiros 4 casos originou um caso secundário numa criança de 6 anos de idade, sua familiar (casos 4 e 5 da Figura 3).

Figura 3 – Diagrama da semana de início dos sintomas, período de incubação e período de infeciosidade de um *cluster* de casos de hepatite A, região de saúde do Norte, 2017.



Foi identificada relação entre 2 outros casos, sendo que, para o primeiro caso, foi sinalizada a via de transmissão sexual e identificada a estirpe VRD_521_2016, aguardando-se o resultado da sequenciação da estirpe do segundo caso, para o qual não foi identificada a via de transmissão sexual.

Não foi possível identificar qualquer ligação epidemiológica entre os 3 casos para os quais se identificou a estirpe RIVM-HAV16-090, nem referência a viagens a países europeus durante o período de incubação da doença.

3.2. Descrição das medidas de prevenção e controlo

De acordo com a informação disponibilizada nos inquéritos epidemiológicos e/ou solicitada aos Delegados de Saúde Coordenadores, à data de realização deste relatório, tinha sido feita vacinação pós exposição em 57 contactos próximos dos doentes notificados na região, maioritariamente coabitantes familiares. Dada a sensibilidade da informação sobre a atividade sexual, foram muito raras as situações em que os doentes identificaram os seus contactos sexuais, para efeitos de vacinação pós exposição. Nalgumas situações, a notificação demasiado tardia dos casos inviabilizou a vacinação dos contactos, uma vez que já tinha sido ultrapassado o prazo para a indicação da mesma.

A aplicação das medidas de proteção, nomeadamente a vacinação pré e pós exposição, foi efetuada na região, de acordo com as orientações da DGS (4, 5, 6 e 7) e a vacinação gratuita foi feita de acordo com as vacinas distribuídas pela DGS. Foram fornecidas à ARS Norte as vacinas que constam do quadro 3.

Quadro 3 – Vacinas contra a hepatite A fornecidas pela Direção-Geral da Saúde à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., situação em 17 de novembro de 2017

Vacina	Formulação	N.º doses recebidas	N.º doses/frascos administrados
Adulto	Unidose	100	57
Pediátrica	Unidose	1090	1031*
Pediátrica	Multidose	950 (190 Frascos)	190 Frascos**

*59 fora de prazo de validade, para inutilizar

**Não é possível quantificar as doses administradas, uma vez que, nalgumas situações, se assumiu que 1 ml seria a dose para administrar a adultos

A vacinação contra a hepatite A na região de saúde do Norte decorreu de acordo com as orientações da DGS e com a estratégia definida na região, em situações e contextos diversos, indicados no quadro 4. Quatro dos utentes vacinados na campanha desenvolvida na comunidade, adoeceram entre 9 a 17 dias após a administração da vacina.

Quadro 4 – Vacinas contra a hepatite A aplicadas gratuitamente na região de saúde do Norte, de acordo com a indicação e o contexto de aplicação, situação em 17 de novembro de 2017

Indicação	Local de aplicação	N.º doses
Pós exposição (contactos de casos de doença)	Unidades de Saúde dos CSP	61
Pré exposição (viajantes e HSH)	Centros de Vacinação Internacional /Unidades de Saúde	1449
Pré exposição (grupos de risco)	Organizações de Base Comunitária	330
Campanha na comunidade	Serviços de saúde	180
Campanha consulta VIH, CTC, CAD		
	Total	2020

CTC – Centro de Terapêutica Combinada

CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção VIH

4. CONCLUSÕES

Os dados do presente relatório indicam a ocorrência de um surto de hepatite A na região de saúde do Norte, durante o fim de 2016 e todo o ano de 2017, acompanhando a situação registada em Portugal (3) e em diversos países Europeus. O surto, provocado maioritariamente pela estirpe VRD_521_2016, atingiu preferencialmente HSH. Esta estirpe, reportada ao ECDC pelo Reino Unido, em dezembro de 2016, está filogeneticamente relacionada com estirpes isoladas na América Central e do Sul (1). No entanto, ocorreram cadeias de transmissão daquela estirpe em crianças e em pessoas do sexo feminino. Concomitantemente, verificou-se a circulação de uma outra estirpe do subgenótipo IA, integrada igualmente no surto que decorre na Europa, RIVM-HAV16-090. De acordo com a informação do ECDC, aquela estirpe foi isolada em outubro de 2016 na Holanda, tendo-se disseminado posteriormente a diferentes países europeus (8).

O surto registado na região de saúde do Norte parece ter-se iniciado no final de 2016, com alguns casos com história de viagem a Itália, país que reportou um aumento do número de casos de hepatite A em novembro de 2016 (1). Seguiu-se um conjunto de casos de doença em pessoas muito provavelmente infetadas em Lisboa. Posteriormente, ambos os grupos terão gerado cadeias de transmissão regionais, essencialmente entre HSH, mas com atingimento de outros grupos populacionais. Paralelamente, ocorreram alguns casos importados de países de África.

Comparativamente com o contexto nacional (9), o primeiro pico registado na região de saúde do Norte ocorreu uma a duas semanas antes do pico verificado em Portugal. Por outro lado, na região de saúde do Norte ocorreu um segundo pico no número de casos de hepatite A, em setembro de 2017, situação que não se verificou no país. No contexto europeu, o pico do surto registado em março de 2017 na região de saúde do Norte, é coincidente com o pico descrito para os países europeus (10). No entanto, contrariamente ao que sucedeu nos países europeus afetados, nos quais o pico se manteve estável até julho de 2017, na região de saúde do Norte ocorreu um novo pico mais tardio, em setembro de 2017.

Na região de saúde do Norte verificou-se um maior predomínio de casos de doença em indivíduos do sexo masculino quando comparado com o país (90,5% *versus* 86%). A distribuição por idades indica que, genericamente e de acordo com a informação disponibilizada pela DGS, os doentes da região de saúde do Norte eram mais jovens (76% dos casos com 20-39 anos *versus* 67% dos casos com 18-39 anos). Quanto à forma de transmissão, a proporção de casos em que a forma de transmissão foi considerada desconhecida na região de saúde do Norte foi sobreponível ao valor nacional (26% *versus* 25%). Já em relação à via de transmissão sexual, na região de saúde do Norte, a sua importância relativa foi superior à do país (73% *versus* 50%).

O facto de a forma de transmissão predominante neste surto ter sido a via sexual, meio muito pouco expressivo no contexto anteriormente conhecido da hepatite A, pode ter dificultado a rápida implementação de medidas de prevenção e controlo. Por outro lado, os números apresentados para a vacinação pós exposição estão, muito provavelmente, subavaliados, uma vez que não dispúnhamos de informação atualizada num número não desprezível de casos.

A vacinação gratuita contra a hepatite A foi iniciada em abril/maio de 2017, o que poderá ter permitido a ocorrência de casos potencialmente evitáveis. Em alguns casos, a notificação demasiado tardia inviabilizou a vacinação pós exposição. Por outro lado, dada a escassez de informação fornecida pela maioria dos doentes sobre contactos de risco, registada tanto pela falta de informação sobre a doença, como pela elevada sensibilidade da informação sobre comportamentos sexuais, dificultou a identificação e vacinação de contactos. De realçar que, em 4 casos, a vacinação foi efetuada durante o período de incubação da doença, não a tendo evitado. A colaboração das OBC que trabalham com HSH e com outros grupos de risco, foi fundamental para ultrapassar o difícil acesso àqueles grupos populacionais. A colaboração de dois grandes hospitais da cidade do Porto e do Centro de Aconselhamento e Detecção VIH (CAD) permitiu vacinar pessoas infetadas pelo VIH e pessoas com comportamentos de risco. A dimensão de ambas as estratégias apenas foi limitada pela escassez de vacinas contra a hepatite A existente em Portugal, e transversal a diferentes países europeus (11).

As estratégias de prevenção e controlo da transmissão da hepatite A implementadas na região de saúde do Norte não evitaram a ocorrência de um segundo pico de casos de doença, nem a ocorrência de cadeias de transmissão fora da comunidade dos HSH. Estudos serológicos realizados em Portugal, depois de 1999, indicavam que cerca de 50% das pessoas com 30 anos de idade tinham anticorpos protetores contra a hepatite A (12, 13). Os resultados do último Inquérito Serológico Nacional, divulgados pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge em outubro de 2017, mas ainda não publicados (14), indicam que a suscetibilidade à doença abaixo dos 45 anos de idade, particularmente no grupo com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos, é elevada. Face a estes resultados, os serviços de saúde deverão permanecer atentos à evolução do surto de hepatite A e à possibilidade de ocorrência de casos de doença na população em geral.

5. REFERÊNCIAS

- 1 – European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid Risk Assessment. Hepatitis A outbreaks in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men, Stockholm, December 2016.
- 2 – Correia, AM. Administração Regional de Saúde do Norte, Departamento de Saúde Pública. Breve descrição dos casos de Hepatite A notificados na região de saúde do Norte-Janeiro de 2016 a fevereiro de 2017, 22 de fevereiro de 2017 (não publicado).
- 3 – Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Centro de Emergências em Saúde Pública. RONDA n.º 6, de 08/02/2017.
- 4 - Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Orientação n.º 4/2017, de 29/03/2017.
- 5 – Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Orientação n.º 5/2017, de 02/04/2017.
- 6 – Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 3/2017, de 09/04/2017.
- 7 – Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 16/2017, de 14/08/2017.
- 8 - European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid Risk Assessment. Hepatitis A outbreaks in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men. First update. Stockholm, 23 February 2017.
- 9 – Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Boletim Epidemiológico – Hepatite A em Portugal – Situação a 17 de dezembro de 2017: Semana 50 (11 – 17 dezembro 2017). Disponível em www.dgs.pt
- 10 - European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological update: hepatitis A outbreaks in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men, Stockholm, 22 December 2017.
- 11 - European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid Risk Assessment. Hepatitis A outbreaks in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men. Second update, Stockholm, 19 May 2017.
- 12 – Antunes H, Neiva F, Estrada A. Learn more in preventing infants’ hepatitis A. The prevalence of hepatitis A virus in Portuguese pregnant women population. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009;48:E65-E6.
- 13 – Pereira S, Linhares I, Neves AF, Almeida A. Hepatitis A immunity in the district of Aveiro (Portugal): An Eleven-year surveillance study (2002-2012). Viruses. 2014;6(3):1336-45.
- 14 – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016. Doenças Evitáveis pela Vacinação. Documento distribuído na reunião de apresentação dos resultados do Inquérito Serológico Nacional 2015-2016, Lisboa, outubro de 2017.