

Avaliação do grau de conhecimento e de proteção de ginecologistas e obstetras do Rio Grande do Sul em relação à hepatite B

Evaluation of the level of hepatitis B knowledge and protection among obstetricians and gynecologists in Rio Grande do Sul

SINOPSE

A importância da hepatite B durante a gestação decorre do alto potencial de transmissão da mãe para o recém-nascido e da tendência deste à cronificação. Os profissionais da área da saúde estão em risco para hepatite B ocupacional e a vacinação é essencial na prevenção da doença.

Objetivos: Verificar o conhecimento dos ginecologistas e obstetras em relação à hepatite B na gestação, como está sendo sua prevenção nos recém-nascidos e nos familiares de gestantes infectadas, e verificar se os profissionais estão vacinados e protegidos contra hepatite B.

Material e métodos: Foram aplicados 262 questionários, com perguntas estruturais, semifechadas, pré-codificadas, a ginecologistas e obstetras contatados em eventos e Serviços de Ginecologia e Obstetrícia de Hospitais de Porto Alegre. Os profissionais foram classificados em subgrupos de acordo com o tempo de exercício profissional.

Resultados: Para 98,8% dos profissionais, a hepatite B pode ser transmitida verticalmente; 86,9% solicitaram o marcador correto para identificação das gestantes infectadas e, destes, 53,2% solicitaram no primeiro trimestre; 52% indicaram corretamente a conduta preventiva para o recém-nascido e 5,3% para seus familiares. O conhecimento sobre hepatite B foi inversamente proporcional ao tempo de exercício profissional. Cerca de 92% são vacinados e 58% deles realizaram anti-HBs.

Conclusões: O conhecimento dos ginecologistas e obstetras em relação à hepatite B mostrou-se inadequado em alguns aspectos. Há risco de infecção e cronificação para os recém-nascidos de mães infectadas pelo vírus da hepatite-B e insuficiente orientação preventiva aos seus familiares. Somente metade dos profissionais vacinados realizou o exame para avaliar imunidade pós-vacinal.

UNITERMOS: Hepatite B, Conhecimento Profissional, Grupos de Risco, Vacina, Imunoglobulina Humana da Hepatite B, Gestação, Perinatal, Transmissão, Prevenção, Risco Ocupacional.

ABSTRACT

The importance of hepatitis B during pregnancy derives from the high risk of transmission from mother to newborn, and the infant's subsequent risk of chronic infection. Health care professionals are at risk of occupational hepatitis B and vaccination is essential in its prevention.

Objectives: To evaluate obstetricians' and gynecologists' knowledge about hepatitis B in pregnancy and preventive measures adopted in relation to newborns and families of infected pregnant woman, and to verify whether these professionals are vaccinated and protected against hepatitis B.

Material and methods: A questionnaire with structured, semi-closed, pre-coded questions was distributed to 262 obstetricians and gynecologists contacted at professional events and at Obstetrics and Gynecology units at hospitals in Porto Alegre, Brazil. Professionals were classified in sub-groups according to length of time in medical practice.

Results: 98.8% of the professionals identified that hepatitis B can be transmitted vertically; 86.9% test for the correct marker to identify infection in pregnant women and 53.2% of these perform this test in the first trimester of pregnancy. 52.0% identified the correct preventive measures for the newborn and 5.3% for the family. Knowledge about hepatitis B was inversely related to time in the medical profession. Approximately 92% had been vaccinated and 58% had tested for anti-HBs.

Conclusions: The level of knowledge of obstetricians and gynecologists about hepatitis B was found to be inadequate in some aspects. Newborns of hepatitis B infected mothers are at risk of infection and development of chronic infection, and prior preventive guidance for mothers' relatives is inadequate. Only half of the vaccinated professionals had been tested for immunity after vaccination.

KEY WORDS: Hepatitis B, Professional Knowledge, Risk Groups, Vaccine, Hepatitis B Immune Globulin, Pregnancy, Perinatal, Transmission, Prevention, Occupational Risk.

THEMIS REVERBEL DA SILVEIRA – Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

JUAREZ CUNHA – Médico do Núcleo de Pesquisa em Vacinas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

LENITA SIMÕES KREBS – Médica do Núcleo de Pesquisa em Vacinas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

LAURINDA RAMALHO – Acadêmica do 6º semestre da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre.

Núcleo de Pesquisa em Vacinas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

✉ Endereço para correspondência

Themis Reverbel da Silveira
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, nº 2350
90035-903 – Porto Alegre – RS – Brasil
☐ nuclivac@hcpa.ufrgs.br

INTRODUÇÃO

A hepatite B é causada por um vírus DNA (VHB), o qual, estima-se, tenha contaminado mais de dois bilhões de pessoas ao redor do mundo, deixando 350 milhões de portadores crônicos (1). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) estima que 15% da população já tiveram contato com o VHB e que 1% apresenta hepatite crônica (2). Um estudo de soroprevalência para hepatite B realizado em quatro regiões do nosso país mostrou que 3,1% das crianças com 1 ano de idade eram soropositivas para o anti-HBc, sugerindo transmissão vertical. A soroprevalência aumentou significativamente na adolescência, indicando que a via sexual é importante nessa faixa etária (3).

O VHB se transmite pelo sangue e fluidos corporais contaminados, como sêmen, saliva e secreção vaginal, de pessoas com doença aguda ou crônica (4). Alguns grupos de indivíduos são particularmente expostos à doença, como, por exemplo, os receptores de transfusão de sangue ou derivados, as pessoas em hemodiálise crônica, os filhos de mães com doença aguda ou crônica, os parceiros sexuais de portadores do vírus, os viciados em drogas

injetáveis, os homossexuais masculinos ativos e os profissionais da área da saúde (PAS) (4,5,6).

A doença pode se manifestar de forma variada, desde casos assintomáticos até hepatite fulminante. A maioria das infecções em adultos (94 a 98%) resulta em recuperação completa, entretanto se ocorrer em crianças, 30% daquelas menores de seis anos e 90% das menores de 1 ano poderão desenvolver infecção crônica (4,5). Esse quadro pode ser assintomático por 20 a 40 anos até que surjam, em 15-25% dos casos, sintomas de doença hepática (5).

Devido ao alto potencial de transmissão vertical do VHB, durante ou após o parto, e da propensão da criança infectada em se tornar portadora crônica, a detecção das gestantes portadoras do vírus é um dos passos fundamentais na prevenção dessa doença (7). A partir de um resultado positivo, haverá meios de interferir na transmissão do vírus e proteger os suscetíveis.

Os PAS suscetíveis estão em risco para hepatite B ocupacional, principalmente durante os anos de aprendizado. Promover a imunidade desses profissionais é parte essencial dos programas de prevenção e controle de doenças, salvaguardando sua saúde e protegendo também seus pacientes de uma possível exposição. Nos Estados Unidos da América (EUA), o Comitê Assessor em Práticas de Imunização, o Comitê Assessor em Práticas de Controle de Infecções Hospitalares e o Serviço de Saúde Pública orientam o uso da vacina contra hepatite B para esse grupo de profissionais, assim como a realização de sorologia pós-vacinal e revacinação, se necessário (8,9). No Brasil, o MS orienta e disponibiliza a vacina para todos os PAS (6), porém a realização da sorologia pós-vacinal não é uma conduta recomendada de rotina.

Sendo a hepatite B uma doença reconhecidamente grave, sua prevenção é de vital importância. Existem poucas opções de tratamento para a forma crônica e todas são muito dispendiosas. A recomendação atual da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA – é

a prática da imunização universal de crianças, de adolescentes e dos grupos de risco para a hepatite B. Essa é a estratégia mais adequada para o controle, a longo prazo, tanto da doença como das suas conseqüências (10).

Os objetivos deste estudo foram: verificar o conhecimento de ginecologistas e obstetras em relação à hepatite B e a prevenção da doença no recém-nascido (RN) e nos familiares de uma gestante infectada; verificar se os PAS estão vacinados contra a hepatite B e, quando vacinados, se realizaram o anti-HBs.

MATERIAIS E MÉTODOS

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário elaborado pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Federal da Bahia, com modificações (comunicação pessoal – Prof. Luciana Silva). Os questionários foram respondidos por ginecologistas e obstetras, entre agosto de 2001 e outubro de 2002. Este estudo faz parte de uma avaliação que também está sendo realizada em outros estados do país.

O questionário (anexo 1) é composto por perguntas estruturais, semifechadas e pré-codificadas a respeito de conhecimento geral sobre hepatites virais, prevenção da hepatite B no RN e

familiares e proteção dos PAS. Também foram solicitadas informações sobre as atividades profissionais dos entrevistados. Os profissionais foram contatados em dois eventos científicos e cinco hospitais. A pergunta considerada chave no estudo foi: “Deve ser tomada alguma conduta para com o RN de mãe portadora do vírus da hepatite B? Em caso positivo, qual seria a conduta?”. Os 262 questionários respondidos constituem uma amostra de conveniência, permitindo o cálculo com uma margem de erro de 6% com um intervalo de confiança de 95%. Foram consideradas inadequadas para o estudo as respostas de três questionários (1,1%).

Para que o estudo refletisse o conhecimento dos entrevistados, os questionários eram respondidos imediatamente após o recebimento, sem possibilidade de consulta. Os profissionais foram divididos em 3 grupos: grupo 1, formados entre 1966 e 1982, grupo 2, entre 1983 e 1992, e grupo 3, entre 1993 e 2002.

A Tabela 1 foi utilizada para a avaliação das respostas sobre os diferentes marcadores de hepatite B.

O estudo foi apoiado pela Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul e aprovado pelos Comitês de Ética dos Hospitais envolvidos. A garantia de anonimato dos par-

Tabela 1 – Marcadores sorológicos utilizados para a análise dos resultados (4)

Marcador	Uso
HBsAg – antígeno de superfície	Indica infecção aguda ou portadores.
Anti-HBs – anticorpo do antígeno de superfície	Indica imunidade após doença ou vacina.
HBeAg – antígeno “e”	Indica replicação viral, portanto alta infectividade, tanto na doença aguda como na crônica.
Anti-HBe – anticorpo do antígeno “e”	Identifica pessoas infectadas e com baixo risco de transmissão.
IgM anti-HBc – anticorpo IgM do antígeno central	Indica doença aguda ou infecção recente. Importante para o diagnóstico na fase de “janela”, quando o HBsAg já é negativo e o anti-HBs ainda não surgiu.
IgG anti-HBc – anticorpo IgG do antígeno central	Indica contato com o vírus. Surge na doença aguda, crônica ou doença resolvida; persiste em geral por toda a vida.

ticipantes foi evidenciada no cabeçalho do questionário através da informação de que não era necessário se identificar. O preenchimento e entrega do mesmo formalizavam a concordância do questionado em participar do estudo e na sua permissão para a utilização das respostas, aspectos também documentados no cabeçalho.

A entrada e análise de dados foram realizadas através do programa EPI-INFO. Para a análise descritiva foram utilizadas as frequências absolutas e relativas. As associações entre as variáveis categóricas foram verificadas com a utilização do teste de Qui-Quadrado para tendência linear. O nível de significância utilizado foi menor ou igual a 0,05.

RESULTADOS

Dos 262 profissionais de ambos os sexos entrevistados, 62,0% tiveram sua formação em Faculdades de Medicina de Porto Alegre, 35,2% em faculdades do interior do estado do Rio Grande

do Sul e 2,8% em outros estados. O ano de graduação variou de 1966 a 2002. 74,9% fizeram residência médica na área, 40,5% tem o título de especialista em ginecologia e obstetrícia (TEGO) e 8,8%, pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado).

A Figura 1 demonstra que a quase totalidade dos profissionais conhecem as hepatites A (252/259), B (256/259) e C (253/259). Em torno de 60% reconhecem a existência dos tipos D e E, e 27,8%, de outras (vírus G e TTV, por exemplo). Cerca de 99% (250/253) sabem que a hepatite B se transmite de forma vertical, mas apenas 17,4% (44/253) reconhecem a transmissão do vírus D por essa forma. Em relação aos demais tipos, 67,6% (171/253) relatam a transmissão vertical do tipo C, 8,3% (21/253) do tipo A, 6,7% do E (17/253), e 3,9% (10/253) de outros tipos. A experiência clínica dos ginecologistas e obstetras em relação as hepatites se mostrou da seguinte forma: 23,5% (57/242) não tiveram experiência com pacientes com hepatites virais; 30,5% (74/242) acompanharam pacientes

com hepatite A, 64% (155/242), hepatite B; 42% (102/242), hepatite C; 0,4% (1/242), hepatites D e E. Cerca de 45% (108/242) dos ginecologistas e obstetras relatam ter experiência clínica em diversos tipos de hepatites virais.

A grande maioria dos profissionais entrevistados, 94,6% (246/260) solicita exames para hepatite B no pré-natal. Cerca de 87% (159/183) responderam corretamente que o teste a ser solicitado é o HBsAg e, novamente, 87% (207/238) sabem que este marcador é usado para identificar o estado de portador do VHB. Em relação ao marcador sorológico que indica cura da infecção (anti-HBs), 52,5% (95/181) responderam corretamente. Quanto à época de solicitação do HBsAg, 29,5% (70/237) solicitam em dois momentos (1º ou 2º trimestres e 3º trimestre), 53,2% somente no 1º trimestre, 1,7% apenas no 2º e 15,6% no 3º.

Dos entrevistados, 98,8% (241/244) e 86,4% (216/250), respectivamente, responderam que seriam necessárias medidas preventivas para o RN

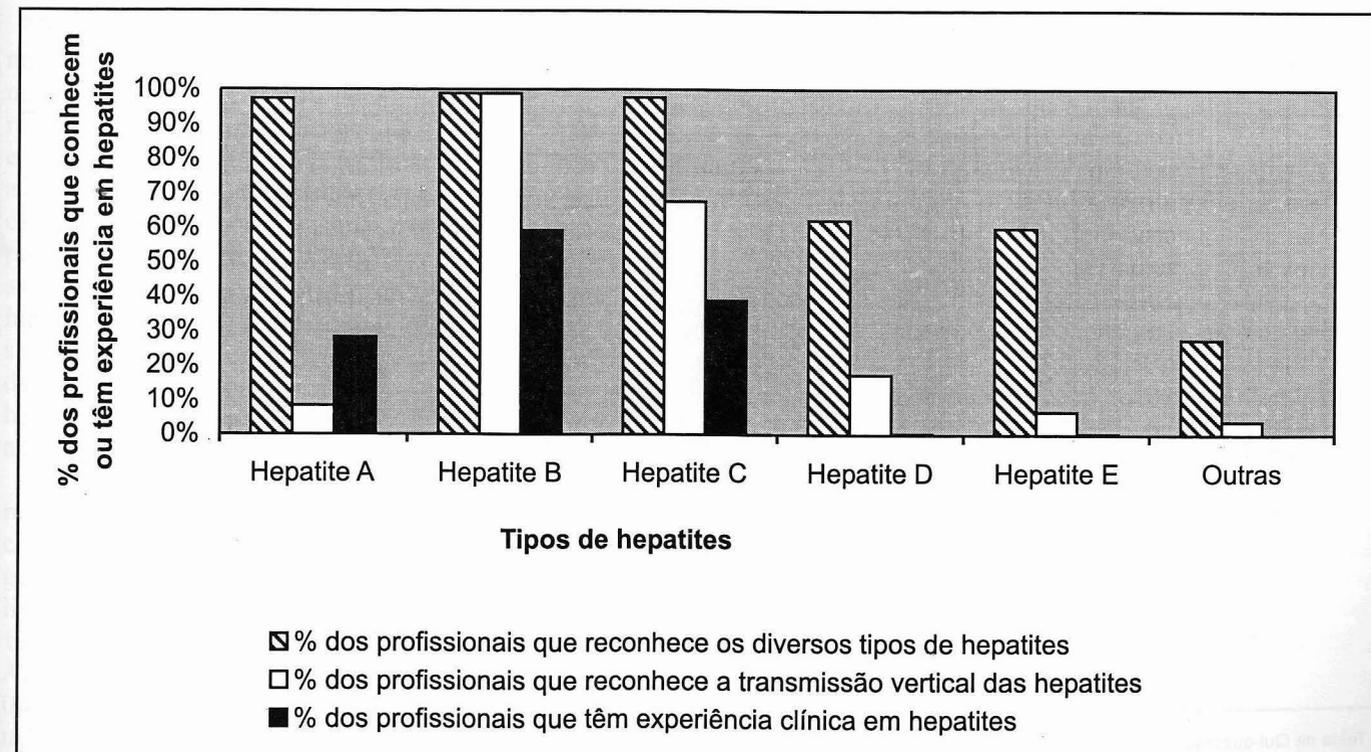


Figura 1 – Conhecimento de ginecologistas e obstetras sobre aspectos clínicos das hepatites virais.

e familiares de mães portadoras do HBsAg. As condutas que os profissionais recomendaram nas duas situações podem ser observadas nas Figuras 2 e 3:

- Em relação às condutas para a prevenção da doença no RN de uma gestante portadora de HBsAg

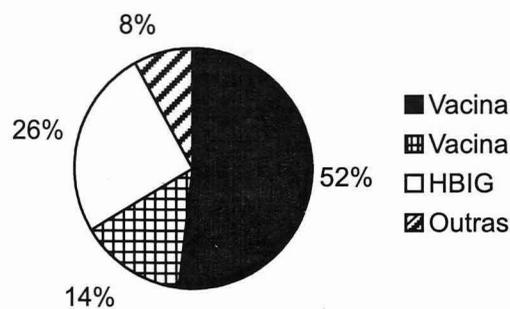


Figura 2 – Condutas recomendadas para a prevenção da doença no RN de uma gestante portadora de HBsAg.

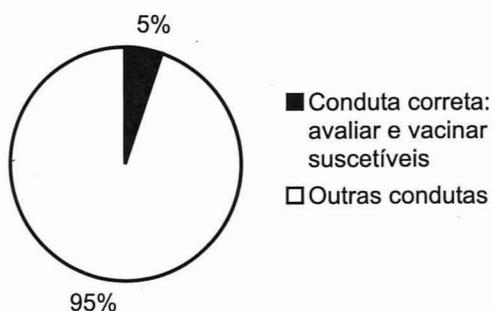
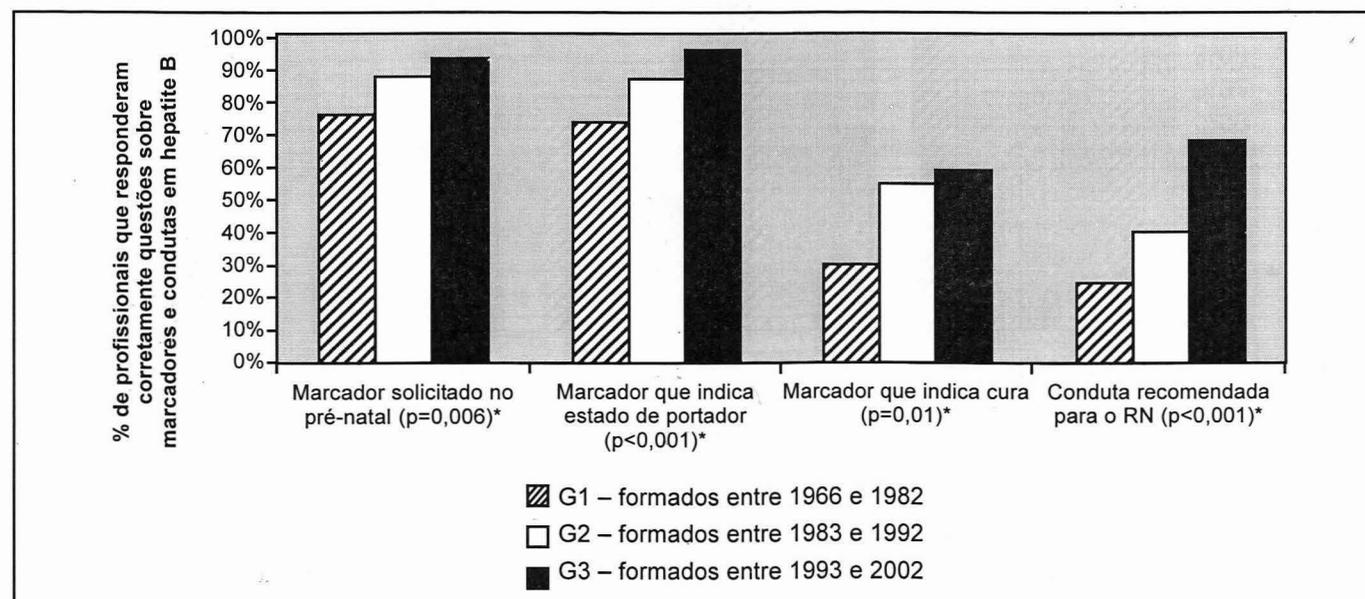


Figura 3 – Condutas recomendadas para a prevenção da doença nos familiares de uma gestante portadora de HBsAg.



* Teste de Qui-quadrado para tendência linear

Figura 4 – Comparação entre tempo de exercício profissional e conhecimento sobre hepatite B.

(Figura 2), 52% (116/223) indicaram corretamente vacina e imunoglobulina hiperimune da hepatite B (HBIG) e 14,3% recomendaram somente a vacina. Cerca de 26% (57/223) recomendaram apenas a HBIG e 8,1%, outras condutas.

- Ao analisarmos as respostas dos profissionais que sabem ser a hepatite B de transmissão vertical, com conhecimento do marcador a ser solicitado na gestação e com a conduta a ser indicada para o RN de mãe portadora, observamos que, dos 162 que responderam estas três questões, 50% indicaram corretamente o marcador e a conduta a ser tomada.
- Em relação às condutas para a prevenção da doença nos familiares de uma gestante portadora de HBsAg (Figura 3), 5,3% (11/208) indicaram corretamente a avaliação laboratorial e a vacinação para os suscetíveis. Esta questão não foi respondida em 20% da totalidade dos questionários (54/262).

Já em relação à possibilidade de uso da vacina durante a gravidez, 47,9% (112/234) dos profissionais responderam que pode ser utilizada.

Encontramos valores significativos quando cruzamos as respostas às perguntas que avaliavam o conhecimento sobre hepatite B e o tempo de exercício profissional (Figura 4). Os profissionais foram divididos em 3 grupos: G1, formados entre os anos de 1966 e

1982, G2, entre 1983 e 1992 e G3, entre 1993 e 2002. Quando questionados em relação ao marcador a ser solicitado no pré-natal para pesquisar o VHB, um percentual significativamente maior do G3 respondeu corretamente quando comparado aos G1 e G2 (p=0,006). Ao compararmos as respostas sobre marcadores que indicam estado de portador e aqueles que sugerem cura do processo, um percentual significativamente maior dos profissionais que constituem o G3 respondeu corretamente (p<0,001 e p=0,01, respectivamente). Em relação à conduta recomendada para o RN, novamente se verificou uma predominância de acertos entre os integrantes do G3 (p<0,001).

Entre os profissionais entrevistados, a grande maioria, 240/260 (92,3%), é vacinada contra hepatite B e 58,2% deles avaliaram a resposta à vacina.

DISCUSSÃO

Transmissão da hepatite B para RN e familiares de gestantes HBsAg positivo

Todas as hepatites virais, potencialmente, podem ser transmitidas de maneira vertical. A hepatite B, pelo alto risco de transmissão da mãe para o RN e de este se tornar portador crônico, é a de maior importância epidemiológica no período perinatal. A transmissão perinatal do vírus da hepatite D tem sido relatada, mas por ser um vírus incompleto necessita do VHB para sua transmissão. Portanto, as medidas de controle e prevenção para a hepatite B são eficazes também para a hepatite D (4).

Nos EUA, a hepatite B aguda ocorre em 1-2/1.000 gestações e infecção crônica é diagnosticada em 5-15/1.000 gestações (11). Em 407 gestantes avaliadas em pré-natal nos anos de 1998 e 1999 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a prevalência de HBsAg foi de 0,73% (dados não publicados). RN de mães com marcador HBsAg e HBeAg positivos apresentam 90% de risco de

infecção; destes, 65 a 90% se tornarão portadores crônicos, dos quais 25% poderão desenvolver cirrose/câncer de fígado (Figura 5) (4,5,6). Se apenas o HBsAg for positivo, ou ocorrer a positividade do anti-HBe, a possibilidade de infecção no RN diminui para 10 a 25% (6).

O parto é o momento de maior risco de contaminação, mas sabe-se que em 5% dos casos, a transmissão já pode ter ocorrido intra-útero (12). Se a contaminação com o VHB não ocorrer no período perinatal e a imunoprofilaxia não for feita, o risco de infecção permanece importante durante os cinco primeiros anos de vida (4). Vários estudos evidenciam a presença do vírus no leite materno (13,14). Apesar disso, segundo alguns autores, parece não haver um aumento significativo do risco de transmissão da hepatite B por essa via (15,16,17). A possibilidade da exposição do RN ao VHB ser ocasionada não propriamente pelo leite materno, mas sim através de fissuras nos mamilos, sangramentos e exsudatos em lesões das mamas, é aceita por muitos autores, sendo esta a razão para não aconselharem o aleitamento, apesar da sua importância, na ausência da imu-

noprofilaxia (18,19). Para os países do terceiro mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNICEF recomendam o LM como alimento infantil exclusivo. Essa recomendação é feita mesmo em regiões onde a hepatite B é altamente endêmica, independente da imunoprofilaxia, pelo aumento importante de morbidade e mortalidade entre as crianças não amamentadas (19).

A detecção precoce das gestantes infectadas pelo VHB possibilita o seu acompanhamento ou tratamento, a prevenção da transmissão perinatal e a identificação dos familiares infectados ou suscetíveis (4,5,12). Para isso, o conhecimento dos marcadores do vírus da hepatite B é fundamental para a correta interpretação dos resultados (ver "Tabela 1").

A estratégia desenvolvida em 1984 para prevenir a transmissão perinatal da hepatite B era de pesquisar o HBsAg somente em gestantes consideradas de risco. Uma avaliação posterior mostrou que esta recomendação era ineficaz em identificar as portadoras. Os PAS envolvidos no atendimento do pré-natal tinham dificuldade em obter a história sexual ou de uso de drogas de suas pacientes e, às vezes, não reconheci-

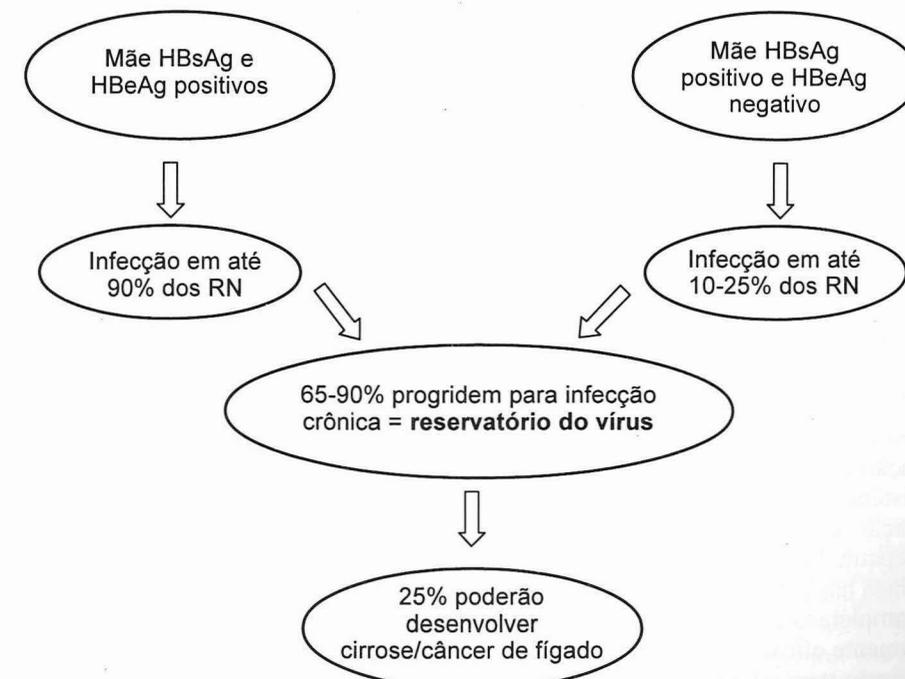


Figura 5 – Representação esquemática da transmissão perinatal da hepatite B.

am outras situações de risco para a infecção (20). Além disso, sabe-se que cerca de 1/3 das pessoas infectadas não apresentam fatores de risco facilmente identificáveis (4). Estudos realizados em hospitais americanos, onde todas as gestantes foram testadas para o HBsAg, mostrou que somente 35 a 65% daquelas HBsAg positivas teriam sido identificadas pela estratégia vigente. Por essas razões, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) passou a recomendar que o teste fosse realizado em todas as gestantes no início da gestação e repetido no 3º trimestre naquelas mulheres com risco aumentado para a doença (20). Parece-nos que essa recomendação de repetir o HBsAg somente nas gestantes de risco é discutível, pois, pelas mesmas causas apontadas anteriormente, algumas pacientes em risco poderão deixar de ser identificadas. No caso de ser possível solicitar apenas uma dosagem de HBsAg, acreditamos que esta deva ser realizada no 3º trimestre, para aumentar a chance de identificar as gestantes infectadas tardiamente. Um estudo feito em Ribeirão Preto analisando 7992 com mulheres grávidas, com o objetivo de determinar a positividade dos marcadores do VHB e, ainda, avaliar os fatores de risco, mostrou que estes só puderam ser identificados em 27,6% delas. Os autores concluíram que é necessário um estudo sorológico específico ao final da gestação para oferecer o máximo benefício na imunoprofilaxia neonatal (21). Recentemente, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia recomendou, em seu protocolo de Assistência Pré-Natal, solicitar o HBsAg no início da gestação e fazer novo rastreio com 36 semanas naquelas mães com primeiro teste negativo (22).

Embora, até o momento, o Ministério da Saúde não preconize a solicitação rotineira desse marcador na assistência pré-natal, recomenda a vacinação universal das crianças contra hepatite B e salienta que a vacina iniciada nas primeiras 12 horas de vida e completada com mais duas doses é altamente eficaz na prevenção da transmissão vertical do VHB (6,23).

É importante salientar que o pediatra deve estar ciente da situação da mãe em relação ao vírus B, seja através da carteira de pré-natal, onde o resultado do teste deve estar corretamente documentado, ou através da informação fornecida pelo colega obstetra.

Condutas recomendadas para RN e familiares de gestantes HBsAg positivo

A imunoprofilaxia para o RN de mãe HBsAg positivo consiste na administração de vacina e HBIG, preferencialmente aplicados nas primeiras 12 horas de vida. Essas medidas previnem de 85 a 95% das infecções perinatais (4,11,20,21). Alguns estudos demonstraram que somente a vacina da hepatite B, se iniciada nas primeiras 12 horas de vida e completada até os seis meses de idade, levaria a uma proteção de 70 a 85% (20). Mas, recentemente têm surgido dados preocupantes. Entre outros, em pesquisa feita no Japão, foi observada baixa resposta à vacina naqueles RNs cujas mães apresentavam o VHB DNA no colostro (13). Um dado interessante de observar em nosso estudo foi que alguns dos profissionais entrevistados recomendaram apenas a utilização de HBIG para o RN, e não da vacina, conferindo uma proteção apenas transitória.

Os RNs de mães com o teste positivo devem ser avaliados laboratorialmente entre os 9-15 meses de idade, através de anti-HBs e de HBsAg, para verificar o surgimento do anticorpo ou a presença do antígeno (4,7). Anti-HBs ≥10 UI/ml é considerado protetor. Os imunobiológicos administrados ao RN e o planejamento das doses posteriores devem ser adequadamente registrados na Carteira de Imunizações da criança. Os pais devem estar devidamente orientados sobre os riscos da doença e da importância da realização da vacina no prazo indicado e dos testes pós-vacinais.

O MS e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam a vacinação contra a hepatite B de todas as

crianças ao nascer, independente do resultado do HBsAg materno (10,24). A OMS recomenda a vacinação precoce do RN, dentro das primeiras 24 horas do nascimento, nos países de alta endemicidade (1).

Uma das metas do MS, através do Programa Nacional de Hepatites Virais, é de que seja garantida a vacinação de 100% dos RN nas primeiras 12 horas de vida (2). Mas essa conduta, que pode proteger o RN no caso de falhas na solicitação do teste ou na interpretação do resultado, não é colocada em prática pela maioria das maternidades. Nos EUA, o Comitê Assessor em Práticas de Imunização aprovou, em outubro de 2001, a rotina de administrar a primeira dose da vacina para hepatite B ainda no hospital, para todos os RNs. Uma avaliação posterior realizada pelo Immunization Action Coalition demonstrou que, mesmo lá, existem dificuldades na implementação dessa estratégia, permanecendo, portanto, RN de mães HBsAg positivo sem receber a profilaxia adequada (25).

A vacina faz parte do calendário de imunizações e está disponível nos serviços de saúde para crianças e adolescentes até os 19 anos (10). Dados preliminares de 2002 do MS mostram que a taxa de cobertura da vacina contra hepatite B em crianças menores de 1 ano é de 91,64%. O Programa Nacional de Hepatites Virais relata que a cobertura vacinal de pessoas entre 1 e 19 anos foi de 19,14% em 2001 e de 52,19% até outubro de 2002. A faixa etária de menor adesão é a de adolescentes, de 12 a 19 anos, que representa hoje uma população de cerca de 30 milhões, concentrados principalmente na região sudeste (26).

Os familiares de gestantes HBsAg positivo devem ser avaliados para identificar sua condição de suscetível ou de infectado. Todos os suscetíveis devem ser vacinados. A associação de vacina com HBIG é recomendada para os parceiros sexuais de gestantes com doença aguda e para os contatos domiciliares menores de 1 ano de idade

(4,6). Os infectados devem ser encaminhados para acompanhamento ou tratamento. Os Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE) fornecem a vacina, para os maiores de 19 anos, e a HBIG, em qualquer idade, para casos selecionados (6,10). Os intervalos mais comumente utilizados entre as três doses da vacina para a hepatite B, em qualquer idade, são de 0, 1-2, e 6 meses (10). Como regra geral, evita-se a utilização de vacinas durante a gestação, exceto tétano, difteria e influenza; porém, se a gestante estiver em risco de contaminação com o VHB, a imunização está indicada (4,9).

Proteção dos profissionais de saúde

Os PAS suscetíveis podem se contaminar com o VHB através de exposição percutânea ou de mucosas e o risco dependerá da frequência com que se expõe a sangue ou fluidos corporais (4,9,12). Sêmen e secreção vaginal não têm sido implicados na transmissão ocupacional. Além do sangue, os líquidos cérebro-espinhal, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico são considerados de risco para os profissionais (9).

Estudos sorológicos conduzidos nos EUA nos anos 70 mostraram que a prevalência de infecção pelo HBV era dez vezes mais alta nos PAS do que na população em geral (9). Acompanhamentos feitos após exposição percutânea onde a fonte era HBsAg e HBeAg positivos mostraram evidências sorológicas de infecção em até 62% dos casos e doença clínica em até 31% (9). Também tem sido documentada a transmissão da doença de profissionais para seus pacientes (27).

Testes sorológicos pré-vacinais não estão indicados de rotina para pessoas com risco ocupacional (8). Já a avaliação pós-vacinal está recomendada, através da dosagem do anti-HBs, 1 a 2 meses após o término do esquema, pois dependendo da imunocompetência, idade, peso, entre outros, a resposta

pode não ser adequada (4,8,9,28). O conhecimento dessa resposta é fundamental para avaliar a necessidade de doses adicionais da vacina e da conduta na pós-exposição a sangue e fluidos corporais. Os anticorpos formados após a vacina declinam gradualmente com o tempo e, em 60% das pessoas, se tornam indetectáveis após 12 anos, mas a imunidade permanece, evitando a infecção (8). Portanto, naqueles que apresentaram resposta adequada pós-vacinal, não é necessário realizar doses adicionais da vacina, dosagens de anti-HBs periódicos e imunoprofilaxia na pós-exposição (9).

CONCLUSÕES

Este estudo mostrou que a maioria dos profissionais não está atualizada para o adequado atendimento de uma gestante HBsAg positivo:

- os RN de mães infectadas pelo VHB estão em risco de contaminação e de se tornarem portadores crônicos;
- os familiares de uma gestante infectada estão correndo risco de serem infectados;
- existe a necessidade de atualização constante dos ginecologistas e obstetras sobre hepatite viral;
- a grande maioria dos profissionais está vacinada para hepatite B, mas apenas pouco mais da metade sabe se a vacina foi eficaz.

AGRADECIMENTOS

Dra. Suzana Arenhart Pessini – Presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul.
 Dra. Luciana Silva – Professora Titular de Pediatria da Universidade Federal da Bahia.
 Ao Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
 À Gerência de Ensino e Pesquisa e ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa dos Hospitais envolvidos no estudo.
 À Coordenadora da Política da Saúde da Mulher e do Pré-Natal da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.
 À Coordenadoria do Centro de Saúde Escola do Murialdo.
 A todos os médicos que aceitaram participar deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Hepatitis B vaccine. [consultado em 01 de dezembro de 2002]. Disponível em: URL: <http://www.who.int/vaccines/en/hepatitisb.shtm>.
2. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Hepatites Virais. Avaliação da assistência às hepatites virais no Brasil. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.
3. CLEMENS SAC, FONSECA JC, AZEVEDO T, et al. Soroprevalência para hepatite A e B em quatro centros no Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2000; 33(1):1-10.
4. Committee on Infectious Diseases of American Academy of Pediatrics. Hepatitis B. In: Pickering LK, editor. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 25ª ed. Elk Grove Village (IL). American Academy of Pediatrics, 2000. p.289-302.
5. MARGOLIS HS. TESTIMONY OF HAROLD S. MARGOLIS, M.D. Chief Hepatitis Branch, Division of Viral and Rickettsial Diseases, National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention before the U.S. House of Representatives Committee on Government Reform Subcommittee on Criminal Justice, Drug Policy, and Human Resources – May 18, 1999. [consultado em 26 de dezembro de 1999]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/margolis.htm>.
6. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Vacina e imunoglobulina contra a hepatite B. In: Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.p.59-63.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in Public Health: Hepatitis B Vaccination – United States, 1982-2002. Morbidity and Mortality Weekly Report 2002; 51(25):549-52, 563.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Immunization of Health-Care

Workers – Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1997; 46(18):1-42.

9. Centers for Disease Control and Prevention. Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2001; 50(11):1-42.

10. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Calendário Básico de Vacinação. [consultado em 20 de fevereiro de 2003]. Disponível em: URL: <http://www.funasa.gov.br/imu/imu02.htm>.

11. Atlanta Maternal-Fetal Medicine. Clinical Discussions: Hepatitis and Other Liver Diseases During Pregnancy. [consultado em 01 de outubro de 2002]. Disponível em: URL: <http://www.atlantamfm.com/clindisc/vol4no1.html>.

12. KRUGMAN S, STEVENS CE. Hepatitis B Vaccine. In: Plotkin S, Mortimer E. *Vaccines*. 2ª ed. Philadelphia. Saunders, 1994. p.419-37.

13. MITSUDA T, YOKOTA S, MORI T, et al. Demonstration of mother-to-infant transmission of hepatitis B by means of polymerase chain reaction. *Lancet* 1989; 2(8668):886-8.

14. YANG X, CUI MX, LIU BG. Breast-feeding by mothers with positive serum hepatitis B virus test. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1994; 29(10):586-8. resumo.

15. MICHIELSEN PP, VAN DAMME P. Viral hepatitis and pregnancy. *Acta Gastroenterol Belg* 1999; 62(1):21-9.

16. GHAFAR YA, ELSOBKY MK, RAOUF AA, DORGHAM LS. Mother to child transmission of hepatitis B virus in a semirural population in Egypt. *J trop Med Hyg* 1989; 92(1):20-6.

17. BEASLEY RP, STEVENS CE, SHIAO IS, MENG HC. Evidence against breast-feeding as a mechanism for vertical transmission of hepatitis B. *Lancet* 1975; 2(7938):740-1.

18. SILVEIRA TR, CUNHA J, KREBS LS. Hepatites virais e aleitamento materno. In: Focaccia R, editor. *Tratado das Hepatites Virais*. São Paulo. Atheneu, 2003. p.811-14.

19. World Health Organization. Division of Child Health and Development Update. Hepatitis B and breastfeeding. [consultado em 26 de dezembro de 2002]. Disponível em: URL: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/updt-22.htm.

20. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee Prevention of Perinatal Transmission of Hepatitis B Virus: Prenatal Screening of all Pregnant Women for Hepatitis B Surface Antigen. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1988; 37(22):341-6,351.

21. DUARTE G, MUSSI-PINHATA MM, MARTINEZ R, LEMOS C, LEITE FIGUEIREDO EM, QUINTANA SM. Frequency of pregnant HBsAg carriers in a Brazilian Community. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 120(3):189-97.

22. ALENCAR JR. CA. Assistência Pré-Natal. In: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria. *Projeto Diretrizes*. [consultado em 25 de fevereiro de 2003]. Disponível em: URL: www.amb.org.br/projeto_diretrizes/100_diretrizes/ASSISTEN.PDF.

23. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência de Pré-natal – Manual Técnico. 3ª edição. Brasília. Ministério da Saúde, 2000.

24. Sociedade Brasileira de Pediatria. Calendário vacinal 2003. [consultado em 20 de fevereiro de 2003]. Disponível em: URL: http://www.sbp.com.br/img/documentos/calendario_vacinal2003.htm.

25. Immunization Action Coalition. Results from IAC's 2002 Hepatitis B Vaccine Birth Dose Survey. [consultado em 10 de fevereiro de 2003]. Disponível em: URL: <http://www.immunize.org/birthdose/survey02.htm>.

26. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Saúde intensifica prevenção da hepatite B em grupos de risco. [consultado em 25 de fevereiro de 2003]. Disponível em: URL: <http://www.funasa.gov.br/not/not385.htm>.

27. The Incident Investigation Team and Others. Transmission of hepatitis B to patients from four infected surgeons without hepatitis B e antigen. *New Engl J Med* 1997; 336:178-84.

28. AVERHOFF F, MAHONEY F, COLEMAN P, SCHATZ G, HURWITZ E, MARGOLIS H. Immunogenicity of hepatitis B vaccines – Implications for persons at occupation risk of hepatitis B virus infection. *Am J Prev Med* 1998; 15(1):1-8.

ANEXO 1 – HEPATITE B

A hepatite B é uma doença causada por um vírus DNA (VHB), o qual, estima-se, tenha contaminado mais de 2 bilhões de pessoas ao redor do mundo, deixando 350 milhões de portadores crônicos (dados da Organização Mundial de Saúde – Julho 2001).

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de verificar o conhecimento dos colegas em relação à hepatite B e sua prevenção. Além disso, queremos verificar se os médicos estão vacinados e protegidos contra a hepatite B.

Não é necessário identificar-se. O fato de preencher este questionário implica seu consentimento para a utilização dos dados.

QUESTIONÁRIO

- Quais as hepatites virais que você conhece?
A () B () C () D () E () OUTRAS ()
- Qual(is) a(s) hepatite(s) que pode(m) ser transmitida(s) de maneira vertical (mãe-feto)?
A () B () C () D () E () OUTRAS ()
- Você já diagnosticou ou acompanhou algum caso de hepatite?
SIM () NÃO () Que tipo? _____
- Você solicita testes sorológicos durante o pré-natal?
SIM () NÃO () Quais? _____
- Em que época da gestação você solicita esses testes?
R: _____
- Quais os marcadores sorológicos que indicam que uma mãe é portadora do vírus da hepatite B?
R: _____
- Deve ser tomada alguma conduta para com o RN de mãe portadora do vírus da hepatite B?
SIM () NÃO () Em caso positivo, qual seria a conduta?
R: _____
- Deve ser tomada alguma conduta em relação à família de uma pessoa portadora do vírus da hepatite B?
SIM () NÃO () Em caso positivo, qual seria a conduta?
R: _____
- Qual marcador sorológico que indica a cura da hepatite por vírus B?
R: _____
- Qual o esquema de vacinação para a hepatite B?
R: _____
- A gestante pode ser vacinada contra a hepatite B?
SIM () NÃO ()
- Você é vacinado contra a hepatite B?
SIM () NÃO ()
- Você avaliou laboratorialmente a resposta à vacina?
SIM () NÃO ()

Informações adicionais:

Cidade de realização do questionário: _____

Faculdade em que estudou: _____

Ano de formatura: _____

Pós-graduação: residência () estágio () especialização () mestrado () doutorado ()

Possui TEGO? SIM () NÃO ()

Tem contato com estudantes? SIM () NÃO ()

Exerce a profissão de maneira continuada nos últimos 12 meses? SIM () NÃO ()