

# Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos

*Hepatitis B in pregnant women assisted by the Prenatal Program of the Municipal Health Department of Ribeirão Preto, Brazil: prevalence of infection and care provided to newborns*

## Resumo

**Objetivos.** Estimar a prevalência do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) entre as gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil, e avaliar os cuidados prestados no pós-parto imediato aos recém-nascidos filhos de mães portadoras deste antígeno. **Métodos.** Foi realizado um estudo descritivo com 5.191 gestantes atendidas na rotina do pré-natal, através de dados provenientes do Laboratório Municipal de Patologia Clínica de Ribeirão Preto. As gestantes detectadas como portadoras do HBsAg tiveram o parto avaliado em termos da realização dos procedimentos preconizados de imunoprofilaxia para a hepatite B em recém nascidos (aplicação de vacina e de imunoglobulina). **Resultados.** Foi encontrada uma prevalência de 0,5% (IC<sub>95%</sub>: 0,3 – 0,7) de portadoras do HBsAg. Em 66,6 % dos partos de recém-nascidos de mães portadoras do antígeno foram realizados os procedimentos de imunoprofilaxia preconizados. A conduta foi inadequada em 25,0 % dos partos e não pôde ter a sua adequação definida nos 8,4% restantes. **Conclusões.** O grupo de gestantes estudado apresentou baixa endemicidade ao vírus da hepatite B. Embora com cobertura de 100% das gestantes atendidas, o *screening* para hepatite B não tem garantido assistência ideal aos recém-nascidos no que diz respeito à prevenção da transmissão vertical da doença.

**Palavras Chaves:** Hepatite B. Gestantes. Prevalência. Imunoprofilaxia. Avaliação de programas de saúde.

Eduardo Brás Perim\*<sup>1</sup>

Afonso Dinis Costa Passos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

<sup>2</sup>Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

\*Correspondência: Eduardo Brás Perim. Rua Dr. João Palma Travassos, 637 - apto. 13 - 14091-180 Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: edperim@uol.com.br

## Abstract

**Objectives:** To estimate the prevalence of the surface antigen of the hepatitis B virus among pregnant women assisted by the Prenatal Program of the Municipal Health Department of Ribeirão Preto, Brazil, and to evaluate immediate post-delivery care to the newborn babies of positive mothers. **Methods:** A descriptive study was carried out with 5,191 pregnant women in routine prenatal care, using data of the Clinical Pathology Municipal Laboratory of Ribeirão Preto. Pregnant women found to be HBsAg carriers had their deliveries evaluated according to the recommended hepatitis B immunoprophylaxis procedures for newborn babies. **Results:** An overall prevalence of 0.5% (CI<sub>95%</sub>: 0.3 – 0.7) of HBsAg carriers was found. In 66.6% of deliveries the recommended immunoprophylaxis procedures were adequately performed. Partial adequacy was observed in 25.0% of babies; in 8.4% it was not possible to assess the quality of procedures. **Conclusions:** The group of pregnant women studied showed a low endemicity of the hepatitis B virus. Although it included 100% of the pregnant women enrolled, hepatitis B screening has not provided ideal care to newborn babies when it comes to prevention of the vertical transmission of the disease.

**Key Words:** Hepatitis B. Pregnant women. Prevalence. Immunoprophylaxis. Assessment of health programs.

## Introdução

A hepatite B representa um grave problema de saúde pública mundial, não apenas pela elevada prevalência, mas também por ser uma das principais causas de doença hepática crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular<sup>1</sup>.

A transmissão da hepatite B ocorre principalmente através de exposição percutânea ou de mucosas a sangue ou fluidos corpóreos contaminados com o vírus. As formas de contágio mais importantes são através das vias vertical, sexual e por inoculação percutânea<sup>2,3</sup>, com o padrão de transmissão sendo fortemente associado à prevalência do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) numa população<sup>4,5</sup>.

A transmissão vertical, definida como contágio da mãe para o filho desde a concepção até os cinco anos de idade, assume grande importância na epidemiologia da doença. Enquanto apenas 5 a 10% dos que adquirem a infecção na idade adulta evoluem para a forma crônica, em neonatos, filhos de mães portadoras do vírus da hepatite B (VHB), o risco de isso ocorrer atinge aproximadamente 90%. Alguns pesquisadores consideram, dentro da transmissão vertical, a transmissão perinatal, que ocorreria da 20ª semana de gestação até o primeiro mês da vida extra-uterina<sup>6-8</sup>.

Embora a transmissão vertical do VHB esteja mais associada às regiões de alta endemicidade do HBsAg, dados epidemiológicos mostram que 30 a 40% dos portadores deste marcador em países industrializados, regiões consideradas de baixa endemicidade, adquiriram a infecção antes dos 5 anos de idade<sup>9-11</sup>. Existem no Brasil poucos estudos epidemiológicos sobre a prevalência do marcador HBsAg em gestantes<sup>12-17</sup>, o que é fundamental para a implementação de medidas que visem evitar a transmissão vertical.

Além da vacinação de rotina das crianças, adotada oficialmente em todo o Brasil, o Programa de Imunização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) recomenda, para todo recém-nascido de mãe

portadora do HBsAg, a administração concomitante de imunoglobulina humana contra hepatite B (IGHB) e da primeira dose de vacina, ambas nas primeiras 12 horas após o parto. Em caráter excepcional, é aceitável a administração da IGHB até 7 dias após o nascimento<sup>18</sup>.

No município de Ribeirão Preto, um programa de *screening* para a infecção pelo VHB de todas as gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal (PPN) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS-RP) foi implementado em meados de 1999, com vistas à aplicação dos imunobiológicos adequados tão logo ocorra o parto das mães detectadas como infectadas. Embora a cobertura atinja 100% das gestantes acompanhadas em qualquer uma das 28 unidades de saúde da rede pública municipal, este programa nunca havia sido objeto de uma avaliação sistematizada sobre os seus resultados, tanto em termos de prevalência da infecção como dos cuidados ministrados aos recém-nascidos. O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) entre as gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil e estudar os cuidados prestados no pós-parto imediato aos recém-nascidos filhos de mães portadoras deste antígeno.

## Materiais e Métodos

Este trabalho foi realizado, primariamente, com dados provenientes do Laboratório Municipal de Patologia Clínica de Ribeirão Preto, onde são realizados os exames sorológicos das gestantes atendidas pelo PPN.

Estes dados correspondem à população de gestantes que executaram a primeira avaliação sorológica do pré-natal, testes para o HIV, sífilis, toxoplasmose e hepatite B, da presente gravidez, no período de 01 de novembro de 2001 a 31 de outubro de 2002.

Como rotina, as amostras de sangue das gestantes, obtidas através de punção venosa, são coletadas na própria unidade de

atendimento da paciente, sendo encaminhadas diariamente para o laboratório, acompanhadas de uma Ficha de Requisição de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT). As amostras são centrifugadas a 3.000 rpm durante 5 minutos. Após a centrifugação, uma fração do soro é separada em um tubo tipo Eppendorf, armazenado em freezer convencional (20°C negativos) durante um período médio de 1 ano. Os tubos originais das amostras são armazenados em geladeira (2 a 8°C) até a execução dos testes. No período deste estudo, o *screening* para o HBsAg foi realizado utilizando-se kits de dois fabricantes: ORTHO® Antibody to HBsAg ELISA Test System 3, produzido pela Ortho-Clinical Diagnostics, Inc., e Enzygnost® HBsAg 5.0, produzido pela Dade Behring Marburg GmbH. Para a interpretação dos resultados, foram seguidos os critérios definidos pelos fabricantes. Toda amostra que se apresenta reagente ou inconclusiva é submetida a um novo teste para confirmação do resultado. Nos casos de amostra com resultado seguidamente inconclusivo, é feita a solicitação de coleta de uma segunda amostra.

Os resultados destes exames são transcritos para a ficha obstétrica que permanece no prontuário da paciente; para o cartão da gestante, um documento que permanece com a paciente e funciona como fonte das informações gestacionais para a maternidade onde será realizado o parto, e também para um sistema informatizado, que possui o registro de todos os indivíduos cadastrados na rede municipal de saúde.

Por definição do PPN, todas as gestantes portadoras do HBsAg devem ser encaminhadas através de guia de referência própria para ter o seu parto realizado preferencialmente em uma instituição hospitalar (Hospital A) ou, excepcionalmente, em uma segunda (Hospital B).

Para o estudo dos cuidados prestados no pós-parto imediato aos recém-nascidos foram definidos dois indicadores: 1. frequência de solicitação ao Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medi-

cina de Ribeirão Preto – USP (HC FMRP-USP) da vacina e IGHB contra hepatite B no próprio dia do parto; 2. frequência de aplicação da vacina e IGHB nas primeiras 12 horas após o parto. Estas duas informações foram obtidas nos prontuários das pacientes atendidas em ambos os hospitais de referência. As gestantes que não foram atendidas nestes hospitais tiveram o local de realização do parto rastreado a partir dos dados do Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais (SICA EV) do Departamento de Informática da SMS-RP. Nestes casos, a averiguação dos cuidados prestados foi realizada nos prontuários dos recém-nascidos e/ou a partir das informações do CRIE. Quando necessário, foram solicitados dados à Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE) da SMS-RP.

As informações foram coletadas em formulário próprio, a partir do qual foram codificadas e digitadas em um banco de dados. Para testar possível associação entre as variáveis idade e positividade à infecção foi empregado o teste exato de Fisher, adotando-se o valor de “p” = 0,05 como limite de significância.

Pelo fato de a investigação ter sido realizada a partir de dados coletados majoritariamente no passado, como parte da rotina do PPN, e em situação na qual não existiu possibilidade de contato entre a participante e os pesquisadores, não foi utilizado um

termo de consentimento. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC FMRP-USP.

## Resultados

Foram avaliadas neste trabalho 5.191 gestantes em primeira avaliação sorológica do pré-natal da presente gravidez. Ocorreu um predomínio de gestantes jovens, com quase 30% delas situando-se até o limite superior de 20 anos e 78,5% até a idade de 29 anos (Tabela 1). Foram detectadas 26 gestantes portadoras do antígeno HBsAg, resultando em uma taxa de prevalência de 0,5% (IC<sub>95%</sub>: 0,3 – 0,7). A positividade a este marcador ocorreu em todas as faixas etárias, com exceção das situadas acima de 40 anos de idade. Agrupando-se as participantes em duas categorias – até 29 anos e 30 ou mais, e desconsiderando-se a categoria “desconhecida” – não se observou associação entre as variáveis idade e positividade ao HBsAg (teste exato de Fisher: p = 0,336).

Das 26 gestantes portadoras do HBsAg, 24 (92,4%) constavam da relação de nascidos vivos de 2002-2003 do SICA EV e 1 (3,8%) constava da relação de natimortos, do mesmo Sistema e no mesmo período. Todavia, não foi possível obter informações relativas a uma das gestações (3,8%), uma vez que inexistiam referências a ela em ambas as listagens acima mencionadas, fato este

**Tabela 1** – Gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal no município de Ribeirão Preto, segundo a faixa etária e a positividade ao HBsAg

**Table 1** – Pregnant women assisted by the Ribeirão Preto Prenatal Program according to age groups and positive HBsAg result

| Faixa etária(anos) | HBsAg    |     |          |       | Total |       |
|--------------------|----------|-----|----------|-------|-------|-------|
|                    | Positivo |     | Negativo |       | n     | %     |
| n                  | %        | n   | %        | n     |       |       |
| Até 20             | 9        | 0,6 | 1523     | 99,4  | 1532  | 100,0 |
| 21 – 24            | 6        | 0,4 | 1347     | 99,6  | 1353  | 100,0 |
| 25 – 29            | 8        | 0,7 | 1182     | 99,3  | 1190  | 100,0 |
| 30 – 34            | 1        | 0,1 | 666      | 99,9  | 667   | 100,0 |
| 35 – 39            | 2        | 0,6 | 327      | 99,4  | 329   | 100,0 |
| 40 – 49            | -        | -   | 117      | 100,0 | 117   | 100,0 |
| 50 ou mais         | -        | -   | 1        | 100,0 | 1     | 100,0 |
| Desconhecida       | -        | -   | 2        | 100,0 | 2     | 100,0 |
| Total              | 26       | 0,5 | 5165     | 99,5  | 5191  | 100,0 |

indicativo de que este parto ocorreu, provavelmente, em outro município.

A Tabela 2 evidencia que 2/3 das gestantes (16) tiveram os partos realizados no Hospital A, sendo 16,6% no Hospital B (4). Embora não sejam instituições de referência, os Hospitais C e D também realizaram partos (2 e 1, respectivamente). Um outro ocorreu no domicílio, tendo a recepção do recém-nascido se processado no Hospital A.

**Tabela 2** – Gestantes portadoras de HBsAg segundo o local de realização do parto

**Table 2** – HBsAg pregnant carriers, according to the site of delivery

| Local de realização | n  | %     |
|---------------------|----|-------|
| Hospital A          | 16 | 66,6  |
| Hospital B          | 4  | 16,6  |
| Hospital C          | 2  | 8,4   |
| Hospital D          | 1  | 4,2   |
| Domicílio*          | 1  | 4,2   |
| Total               | 24 | 100,0 |

\* Recepção do recém-nascido efetuada no Hospital A.

\*Reception of the newborn in Hospital A

A Tabela 3 mostra a frequência da solicitação dos imunobiológicos (IGHB e vacina contra a hepatite B) no mesmo dia de realização do parto, de acordo com o hospital onde ele foi realizado. Observou-se que em 18 situações (75,0%) houve solicitação no mesmo dia da realização do parto, e em 6 situações (25,0%) o procedimento não foi realizado. A adequação do procedimento variou de modo acentuado nos quatro hos-

pitais onde os partos foram realizados e/ou o recém-nascido recebeu o seu primeiro atendimento. Assim, dos 17 recém-nascidos atendidos no Hospital A, aí incluído o que teve parto domiciliar, em 16 (94,1%) houve solicitação dos imunobiológicos no mesmo dia. Em contraste, isso não ocorreu no único parto realizado no Hospital D, em 3 (75,0%) dos 4 partos realizados no Hospital B e em 1 (50%) dos dois partos ocorridos no Hospital C.

A Tabela 4 complementa as informações relativas aos 6 recém-nascidos em que não houve solicitação dos imunobiológicos no mesmo dia de ocorrência do parto, mostrando as datas de solicitação para cada um dos recém-nascidos. Percebeu-se que ocorreu atraso de um dia para a solicitação de ambos os imunobiológicos no único parto realizado no Hospital D (caso 6). O atraso verificado no Hospital C ocorreu apenas em relação à solicitação de vacina, correspondendo a um dia (caso 5), enquanto no parto do Hospital A o atraso atingiu 2 dias para ambos os produtos (caso 3). Os três recém-nascidos atendidos no Hospital B não tiveram registro de solicitação de IGHB e de vacina.

A Tabela 5 mostra a frequência da administração dos imunobiológicos nas primeiras 12 horas pós-parto, de acordo com o hospital onde ele foi realizado. Observou-se que em 16 situações (66,6%) a administração destes produtos foi realizada dentro das primeiras 12 horas, restando 2 situações (8,4%) em que não foi possível determinar o tempo decorrido entre o nascimento e a

**Tabela 3** – Frequência de solicitação dos imunobiológicos no dia de ocorrência do parto, segundo o seu local de realização

**Table 3** – Request for immunobiological products on the day of delivery, according to the site of delivery

| Local de realização | Solicitação de imunobiológicos no dia do parto |      |     |       | Total |       |
|---------------------|--|------|-----|-------|-------|-------|
|                     | Sim  |      | Não |       | n     | %     |
|                     | n  | %    | n   | %     |       |       |
| Hospital A          | 16   | 94,1 | 1   | 5,9   | 17    | 100,0 |
| Hospital B          | 1  | 25,0 | 3   | 75,0  | 4     | 100,0 |
| Hospital C          | 1  | 50,0 | 1   | 50,0  | 2     | 100,0 |
| Hospital D          | -  | -    | 1   | 100,0 | 1     | 100,0 |
| Total               | 18   | 75,0 | 6   | 25,0  | 24    | 100,0 |

**Tabela 4** – Casos em que ocorreu atraso na solicitação dos imunobiológicos, segundo o hospital e as datas do parto e de solicitação

**Table 4** – *Cases in which there was a delay in the request for immunobiological products, according to the hospital and request dates*

|        | Local do parto | Data do parto | Data de solicitação da IGHB | Data de solicitação da vacina |
|--------|----------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Caso 1 | Hospital B     | 14/10/2002    | a                           | a                             |
| Caso 2 | Hospital B     | 14/08/2002    | a                           | a                             |
| Caso 3 | Hospital A     | 01/07/2002    | 03/07/2002                  | 03/07/2002                    |
| Caso 4 | Hospital B     | 07/12/2002    | a                           | a                             |
| Caso 5 | Hospital C     | 09/01/2003    | 09/01/2003                  | 10/01/2003                    |
| Caso 6 | Hospital D     | 16/08/2002    | 17/08/2002                  | 17/08/2002                    |

<sup>a</sup> Sem solicitação de imunobiológicos

<sup>a</sup> *(Without the request of immunobiologicals)*

administração destes produtos e 6 situações (25,0%) em que este intervalo foi superior a 12 horas. Assim, dos 17 recém-nascidos atendidos no Hospital A, aí incluído o que teve parto domiciliar, 16 (94,1%) receberam os imunobiológicos nas primeiras 12 horas após o parto. Em contraste, isso não ocorreu em 3 (75,0%) dos partos realizados no Hospital B, em 1 (50,0%) dos partos realizados no Hospital C e no único parto realizado no Hospital D.

## Discussão

A realização de um trabalho baseado na coleta de dados obtidos na rotina dos programas de saúde apresenta a vantagem de ter um custo reduzido, já que são mínimos os gastos com recursos materiais ou humanos. Entretanto, a sua execução pressupõe que o sistema que produz estes dados esteja plenamente organizado, tornando possível a exis-

tência de informações de boa qualidade. Mesmo sabendo-se que nem sempre isto ocorre, a sua realização constitui um meio valioso de submeter as rotinas dos programas a uma avaliação crítica, que se faz necessária com vistas a identificar pontos falhos porventura existentes. A presente pesquisa pretendeu não apenas estudar algumas características da população atendida pelo PPN da SMS-RP, mas, em especial, compreender melhor a dinâmica deste Programa, com vistas à identificação de suas virtudes e defeitos no que diz respeito à profilaxia da hepatite B. Isto é particularmente importante no momento em que o Ministério da Saúde do Brasil planeja para breve implementar em todo o país a realização do teste para o marcador HBsAg em gestantes, atividade esta que Ribeirão Preto foi uma das primeiras cidades brasileiras a utilizar como rotina.

Uma constatação relevante em todas as fases da pesquisa foi a existência de discre-

**Tabela 5** – Administração dos imunobiológicos nas primeiras 12 horas pós-parto, segundo o seu local de ocorrência

**Table 5** – *Administration of immunobiological products within the first 12 hours after delivery, according to the site of delivery*

| Local do parto | Administração nas primeiras 12 horas |      |     |       |              |      | Total |       |
|----------------|--------------------------------------|------|-----|-------|--------------|------|-------|-------|
|                | Sim                                  |      | Não |       | Desconhecida |      | n     | %     |
|                | n                                    | %    | n   | %     | n            | %    | n     | %     |
| Hospital A     | 16                                   | 94,1 | 1   | 5,9   | -            | -    | 17    | 100,0 |
| Hospital B     | -                                    | -    | 3   | 75,0  | 1            | 25,0 | 4     | 100,0 |
| Hospital C     | -                                    | -    | 1   | 50,0  | 1            | 50,0 | 2     | 100,0 |
| Hospital D     | -                                    | -    | 1   | 100,0 | -            | -    | 1     | 100,0 |
| Total          | 16                                   | 66,6 | 6   | 25,0  | 2            | 8,4  | 24    | 100,0 |

pâncias entre os nomes das pacientes nos registros da rede municipal e nos prontuários hospitalares, em especial em relação aos nomes de migrantes. Em algumas situações já constava no prontuário o nome do recém-nascido, enquanto em outras constava o termo "RN de..." seguido do nome da mãe, que por vezes correspondia ao nome de registro de casada, enquanto os dados existentes nos registros da rede municipal correspondiam ao nome de registro de solteira. Apesar da rápida localização do documento de solicitação dos imunobiológicos, em 4 dos prontuários pesquisados houve dificuldade na determinação da hora em que ocorreu a administração destes produtos, devido a discrepâncias nas informações registradas.

A idade média das gestantes foi de 24,6 anos, com uma amplitude de variação de 12 a 51 anos. Chama a atenção o fato de praticamente um terço delas ter até 20 anos de idade (1.532 participantes, ou 29,5%). Esta elevada proporção de gestantes muito jovens é relatada por outros pesquisadores em locais diversos. Em um estudo retrospectivo no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná, em Londrina, foram encontrados 25,8% de gestantes com até 20 anos de idade, dentre aquelas no primeiro atendimento ambulatorial<sup>15</sup>. No município de Goiânia, entre gestantes e parturientes em dois hospitais públicos, 38,1% tinham idade inferior a 20 anos<sup>12</sup>. Em Vitória (ES), entre gestantes na primeira visita ao serviço público de saúde, 65,4% tinham até 25 anos<sup>14</sup>.

Esses elevados percentuais de gestantes jovens, muitas delas ainda em fase de adolescência, são indicativos da iniciação precoce da atividade sexual das adolescentes que, devido à carência de orientações, encontram-se sujeitas à gravidez em fase crítica do seu desenvolvimento físico e emocional. Neste sentido, é crucial uma atuação mais incisiva dos programas de saúde voltados aos adolescentes, para proporcionar a essas populações um maior acesso às informações necessárias a uma iniciação sexual mais consciente e responsável, preferentemente não tão precoce<sup>19, 20</sup>.

A taxa de prevalência do HBsAg encontrada permitiu concluir que a população de gestantes atendidas pelo PPN da SMS-RP apresenta baixa endemicidade ao vírus B. A transmissão vertical não representou ser o principal modo de transmissão da hepatite B na comunidade, embora não deva ser desconsiderada a possibilidade de que possa ter funcionado como importante mecanismo de perpetuação viral<sup>9-11</sup>. Dados de dois estudos realizados no município reforçam a baixa endemicidade do vírus B na área, ao mostrarem prevalências de HBsAg iguais a 0,3%, entre a clientela de unidades de saúde<sup>21</sup>, e 1,0% entre os usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento<sup>22</sup>.

Já entre as gestantes admitidas no HC FMRP-USP, no período de 01/03/1991 a 31/12/1993, observou-se uma prevalência de 0,95%<sup>13</sup>, o que talvez se deva à própria natureza diferenciada da população atendida pela referida instituição. Estes dados não diferem substancialmente daqueles obtidos em gestantes estudadas em outras cidades brasileiras, exemplificados pelo valor de 0,4% em Centros de Saúde na região oeste do município de São Paulo<sup>16</sup>, 0,6% em serviço público de Salvador<sup>17</sup>, 0,5% em dois hospitais públicos de Goiânia<sup>12</sup>, 0,8% em primeiro atendimento ambulatorial em hospital universitário de Londrina<sup>15</sup> e 1,1% em gestantes na primeira visita a um serviço público de saúde de Vitória<sup>14</sup>. Embora com variações, em todos estes diferentes estudos a prevalência estimada permite classificar as gestantes como de baixo risco em relação à transmissão do vírus B, segundo critérios internacionalmente aceitos.

A não obtenção de informações sobre duas participantes deveu-se à interrupção espontânea de uma das gestações e à ocorrência de um dos partos em outro município. O encaminhamento de acordo com o preconizado pelo PPN ocorreu em 20 das 24 gestantes estudadas, às quais se acrescenta uma outra cujo parto aconteceu em domicílio, mas com o atendimento do recém-nascido realizado no Hospital A. Uma possível explicação para a ocorrência de partos fora dos hospitais de referência seria a realização

do procedimento através de planos de saúde contratados pela família.

Segundo as orientações da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, todo recém-nascido de mãe portadora do HBsAg deve receber a IGHB e a vacina contra a hepatite B nas primeiras 12 horas pós-parto, sendo aceitável, em caráter excepcional, a administração da IGHB até no máximo 7 dias após o nascimento<sup>18</sup>. Como já foi referido, os critérios para avaliar a adequação dos cuidados prestados no pós-parto imediato basearam-se na solicitação dos imunobiológicos no próprio dia do parto e na sua administração nas primeiras 12 horas após o nascimento.

Plena adequação ao primeiro critério foi verificada em 18 partos (75,0%), não tendo ocorrido por diferentes razões nos 6 restantes (25,0%). Nos casos correspondentes aos Hospitais C e D, o atraso na solicitação possivelmente ocorreu em função de problemas internos das instituições, ao passo que a ocorrência no Hospital A deveu-se ao fato de que uma primeira pesquisa de HBsAg realizada nesta Instituição, logo após o início de acompanhamento da gestante no pré-natal, havia resultado negativa. A condição de portadora crônica do VHB, nessa paciente, só foi confirmada dois dias após o parto, momento em que a solicitação dos produtos foi providenciada. Nos outros 3 casos, todos atendidos no Hospital B, a investigação subsequente mostrou que o resultado positivo emitido pelo Laboratório constava dos prontuários das pacientes; todavia, sua transcrição para o cartão da gestante – feita nas Unidades de Saúde em que eram acompanhadas – acusava resultados negativos. Este erro fez com que não houvesse solicitação da IGHB e da vacina, acarretando uma falha grave na atenção a recém-nascidos que deles tinham absoluta necessidade. Tão logo este foi fato foi apurado, as 3 mães e seus filhos foram encaminhados para acompanhamento em ambulatório especializado em Hepatites Virais, com as crianças mostrando resultados sorológicos negativos para o HBsAg e positivos para o anti-HBs. Também foi verificado que todas já haviam completado o esquema vacinal de rotina contra a

hepatite B, embora a primeira dose tenha sido aplicada, em média, 10 dias após o nascimento. Paralelamente, a DVE implantou uma rotina para otimizar a comunicação com as Maternidades Referência, de maneira que erros desta natureza não voltem a ocorrer.

Em relação ao segundo critério de avaliação dos cuidados, foram consideradas adequadas as condutas adotadas em 16 partos (66,6%), todos ocorridos no Hospital A. Esta é uma instituição universitária ligada a uma Faculdade de Medicina, de onde se espera realmente um grande rigor nas condutas. Todavia, merece registro que em 4 atendimentos neste Hospital foram observadas deficiências em algumas anotações em diferentes partes do prontuário. Essas deficiências traduziram-se, em 3 casos, por ausência de qualquer menção à administração dos produtos no relatório de evolução da enfermagem. No outro caso, a deficiência manifestou-se por erro na transcrição da data de administração dos produtos na ficha de vacinação da criança. Uma investigação extensa e cuidadosa desses 4 casos permitiu concluir, com razoável margem de segurança, que as condutas haviam sido tomadas de modo adequado, muito embora as anotações de prontuário não se mostrassem plenamente satisfatórias. Além dos 6 partos (25,0%) em que não houve adequação do procedimento, em 2 outros (8,4%), ocorridos nos Hospitais B e C, as deficiências de anotação não permitiram determinar o intervalo entre o nascimento e a administração dos imunobiológicos. Em consequência disso, em um terço dos partos de gestantes positivas para o vírus da hepatite B detectadas na cidade de Ribeirão Preto, a atenção ao recém-nascido foi inadequada ou não pôde ter a sua qualidade devidamente avaliada.

Anualmente, o PPN da SMS-RP atende de 5.000 a 6.000 gestantes, considerando-se apenas aquelas em primeira avaliação sorológica da sua gestação atual. Esse grande número de pacientes reflete-se em elevados custos financeiros diretos, traduzidos por gasto com pessoal e insumos laboratoriais, dentre os quais os *kits* para reações



sorológicas. A eles se acrescentam todos os custos indiretos, especialmente aqueles referentes aos serviços contratados. Apesar da baixa prevalência de portadoras crônicas do vírus da hepatite B na população de estudo, a realização de testes de rotina para a sua detecção encontra justificativa em alguns dos clássicos parâmetros preconizados pela Organização Mundial da Saúde para recomendar tais procedimentos: a gravidade do problema representado pela doença, a disponibilidade de testes confiáveis, acessíveis e aceitáveis pela população, e a existência de meios preventivos de alta eficácia a serem aplicados naqueles diagnosticados como posi-

vos<sup>23</sup>. Além disso, pode ser acrescentada a evidência de que mesmo em regiões de baixa endemicidade do HBsAg, a transmissão vertical responde por 30 a 40% dos casos crônicos da doença<sup>9-11</sup>.

Todavia, a simples implementação de uma rotina não garante o esperado retorno, uma vez que problemas operacionais podem comprometer a eficácia e a eficiência de um programa que, em teoria, encontra justificativas para sua realização. Daí a relevância de avaliações periódicas, tal como a referida nesta investigação, capazes de detectar prontamente as deficiências e fornecer subsídios para a sua correção.

---

## Referências

1. Maddrey WC. Hepatitis B: an important public health issue. *J Med Virol* 2000; 61(3): 362-6.
2. Alter HJ. Epidemiology and prevention of hepatitis B. *Semin Liver Dis* 2003; 23(1): 39-46.
3. Brook MG. Sexually acquired hepatitis. *Sex Transm Infect* 2002; 78(4): 235-40.
4. Alter HJ. The unexpected outcomes of medical research: serendipity and the Australia antigen. *J Hepatol* 2003; 39(2): 149-52.
5. Mahoney FJ. Update on diagnosis, management, and prevention of hepatitis B virus infection. *Clin Microbiol Rev* 1999; 12(2): 351-66.
6. Holcomb SS. An update on hepatitis. *Dimension of Critical Care Nursing* 2002; 21(5): 170-7.
7. Gonçalves FL Jr. História natural da infecção. Apresentação clínica. Complicações. In: Focaccia R. *Tratado de Hepatites Virais*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003: 141-50.
8. Moreno MR, Leal A, Millán A. HBV e gravidez. In: Focaccia R. *Tratado de Hepatites Virais*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003: 155-65.
9. Lee WM. Hepatitis B virus infection. *New Eng J Med* 1997; 337(24): 1733-45.
10. Poovorawan Y, Chatchatee P, Chongsrisawat V. Epidemiology and prophylaxis of viral hepatitis: A global perspective. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17(S): S155-66.
11. Van Damme P, Vorters A. Hepatitis B control in Europe by universal vaccination Programmes: The situation in 2001. *J Med Virol* 2002; 67(3): 433-9.
12. Cardoso DDP, Faria EL, Azevedo MSP, Queiroz DAO, Martins RMB, Souza TT, et al. Soroepidemiologia para o vírus da hepatite B (VBH) em gestantes/parturientes e sua transmissão para recém-nascidos em Goiânia-GO. *Rev Soc Brasil Med Trop* 1996; 29(4): 349-53.
13. Duarte G, Mussi-Pinhata MM, Martinez R, Lemos C, Figueiredo EML, Quintana SM. Frequency of pregnant women with HBsAg in a Brazilian community. *Pan Am J Public Health* 1997; 1(1): 35-40.
14. Miranda AE, Alves MC, Neto RL, Areal KR, Gerbase AC. Seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and syphilis in women at their first visit to public antenatal clinics in Vitória, Brazil. *Sex Trans Dis* 2001; 28(12): 710-13.
15. Reiche EMV, Morimoto HK, Farias GN, Hisatsugu KR, Geller L, Gomes ACLF, et al. Prevalência de tripanossomiase americana, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, hepatite C e da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, avaliada por intermédio de testes sorológicos, em gestantes atendidas no período de 1996 a 1998 no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil). *Rev Soc Brasil Med Trop* 2000; 33(6): 519-27.
16. Sabino EC, Guerra EM, Oba IT, Spina AMM, Vaz AJ. Frequência de marcadores de hepatite B em gestantes de primeira consulta em centros de saúde de área metropolitana, São Paulo, Brasil. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 1992; 34(6): 535-41.
17. Santos JID, Lopes MADA, Deliége-Vasconcelos E, Couto-Fernandez JC, Patel BN, Barreto ML, et al. Seroprevalence of HIV, HTLV-1/II and other perinatally-transmitted pathogens in Salvador, Bahia. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 1995; 37(4): 343-8.
18. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Guia de Orientações Técnicas Hepatites B e C*. São Paulo. 2002.

19. Ferraz EA, Ferreira IQ. *Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida*. In: *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Brasil. São Paulo: Associação Saúde da Família; 1998: 47-54.
20. Souza MMC. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Brasil. São Paulo: Associação Saúde da Família; 1998: 74-91.
21. Miranda LVG, Passos ADC, Figueiredo JFC, Gaspar AMC, Yoshida CFT. Marcadores sorológicos de hepatite B em indivíduos submetidos a exames de sangue em unidades de saúde. *Rev Saúde Públ* 2000; 34(3): 286-91.
22. Monteiro MRCC, Passos ADC, Figueiredo JFC, Gaspar AMC, Yoshida CFT. Marcadores sorológicos da hepatite B em usuários de um Centro de Testagem para o HIV. *Rev Soc Brasil Medicina Trop* 2001; 34(1): 53-9.
23. Wilson JM, Jungner YG. Principios y metodos del examem colectivo para identificar enfermedades. *Bol Oficina Sanit Panam* 1968; 65(4): 281-393.

recebido em: 04/11/04  
versão final reapresentada em: 13/07/05  
aprovado em: 27/07/05