

Prevalência de soropositividade para hepatite B e C em gestantes

PREVALENCE OF SEROPOSITIVITY FOR HEPATITIS B AND C IN PREGNANT

PREVALENCIA DE SEROPOSITIVIDAD PARA HEPATITIS B Y C EN MUJERES EMBARAZADAS

Carla Natalina da Silva Fernandes¹, Michelly de Melo Alves², Michelly Lorrane de Souza², Gleyce Alves Machado³, Gleiber Couto⁴, Renata Alessandra Evangelista⁵

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar a prevalência de soropositividade para as hepatite B e C em gestantes atendidas em uma maternidade pública do município de Catalão-GO no período de 2005 a 2009. Estudo descritivo, exploratório, realizado por meio de consulta aos prontuários. Para a análise dos dados utilizou-se SPSS versão 18.0. O intervalo de confiança (IC) foi calculado por meio do teste de Person χ^2 , considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A taxa de prevalência de VHB foi de 5,64% e a de VHC, de 0,098%, predominantemente em gestantes jovens, com idade entre 20 e 30 anos, solteiras e primigestas.

DESCRIPTORIOS

Vírus da hepatite B
Hepacivirus
Transmissão vertical de doença infecciosa
Cuidado pré-natal
Enfermagem obstétrica

ABSTRACT

The aim of the study was to identify the prevalence of hepatitis B and C seropositivity in pregnant women attended in a public maternity hospital located in Catalao-GO from 2005 to 2009. Descriptive, exploratory study conducted through patients' hospital records. For data analysis, we used SPSS version 18.0. The confidence interval (CI) was calculated using the Person χ^2 test, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). The prevalence of HBV was 5.64% and HCV 0.098%, predominantly in young pregnant women aged between 20 and 30 years old, single and in their first pregnancy.

DESCRIPTORS

Hepatitis B virus
Hepacivirus
Infectious disease transmission vertical
Prenatal care
Obstetrical nursing

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de seropositividad para los virus de la hepatitis B y C en mujeres embarazadas atendidas en una maternidad pública de Catalão-GO entre los años 2005 y 2009. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio realizado a partir de la revisión de las fichas clínicas de las pacientes. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 18.0. El intervalo de confianza (IC) fue calculado por medio del test de Person χ^2 , considerando un nivel de significancia de 5% ($p < 0,05$). Las tasas de prevalencia de los virus de la hepatitis B y C fueron de 5,64% y 0,098% respectivamente. La mayor frecuencia de seropositividad de estos virus se observó en embarazadas entre 20 y 30 años, solteras y primigestas.

DESCRIPTORIOS

Virus de la hepatitis B
Hepacivirus
Transmisión vertical de enfermedad infecciosa
Atención prenatal
Enfermería obstétrica

¹ Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Campus Catalão, Catalão, GO, Brasil. carla_natalina@yahoo.com.br ² Graduanda de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás. michellymelo@hotmail.com ³ Doutora em Imunologia e Parasitologia Aplicadas. Docente do Curso de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Goiás. machadoga@gleyce.bio.br ⁴ Doutor em Psicologia. Coordenador do Laboratório de Avaliação, Medidas e Instrumentação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás. gleibercouto@yahoo.com.br ⁵ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás. revangel@bol.com.br

INTRODUÇÃO

As hepatites virais são consideradas um grave problema de saúde pública no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, existem aproximadamente dois milhões de portadores crônicos do vírus da hepatite B e três milhões de portadores da hepatite C⁽¹⁾. O fato de serem infecções silenciosas favorece o diagnóstico tardio, resultando no aparecimento de doenças crônicas ou agudas que acometem o fígado.

A identificação do agente etiológico por meio do exame sorológico possibilita adotar medidas de prevenção e controle adequadas. Por isso é necessário que as pessoas façam periodicamente exames com equipes de saúde da Atenção Básica, que têm um papel importante na prevenção, diagnóstico, triagem e acompanhamento de pessoas portadoras da doença.

O vírus da hepatite B (VHB) é a causa principal de hepatopatia crônica no mundo. Dados epidemiológicos estimam que cerca de 400 milhões de pessoas estejam infectadas por esse agente etiológico e que de 15 a 40% desses indivíduos irão desenvolver cirrose, insuficiência cardíaca ou carcinoma hepatocelular⁽²⁾. A transmissão vertical é responsável por 35 a 40% dos novos casos de hepatite B no mundo, pois é por meio dela que o vírus é mantido na população. A infecção crônica ocorre em 90% das crianças infectadas no período neonatal, sobretudo aquelas cujas mães apresentem HBsAg e HBeAg positivos no momento do parto⁽²⁾.

A Organização Mundial de Saúde estima em 170 milhões o número de portadores crônicos da hepatite C. O vírus da hepatite C (VHC), que foi identificado em 1989⁽¹⁾, é o principal agente etiológico da hepatite crônica, anteriormente denominada não A e não B. Sua transmissão intrauterina é incomum e a infecção ocorre principalmente por via parenteral, acometendo usuários de drogas intravenosas ou inaladas, pessoas com tatuagens e *piercings* ou que apresentaram outras formas de exposição cutânea e também indivíduos que receberam transfusão sanguínea antes de 1993. Admite-se que o VHC seja o maior responsável por cirrose e transplante hepático no mundo ocidental⁽¹⁾.

Em abril de 2006, na Portaria nº 2.669, o Ministério da Saúde publicou o Pacto pela Saúde, cujas prioridades são a promoção da saúde, o fortalecimento da Atenção Básica, a saúde do idoso, a redução da mortalidade infantil e materna e o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes como as hepatites B e C confirmados por sorologia⁽³⁾. Neste último caso, propôs que sejam formuladas metas que retratem a realidade de cada estado brasileiro.

Em relação às metas propostas no Pacto pela Vida, que integra o Pacto pela Saúde, para o estado de Goiás verifica-se que as mesmas não foram atingidas, visto que apenas 77% dos casos notificados de hepatite B tiveram sorologia confirmada em 2011; dos 5.980 casos registrados no SINAN, 70% apresentam resultados inconclusivos ou não tem classificação etiológica, fazendo com que o

indicador não represente a realidade epidemiológica do estado. No estado de Goiás ainda verificou-se que a taxa de detecção para hepatite B (por 100.000 habitantes) nos anos de 2005 foi de 0,32; em 2009 de 0,28 e em 2011 de 0,34. O estado conta 246 municípios, e aproximadamente 6.154.996 habitantes⁽⁴⁻⁵⁾.

A vacina contra hepatite B é altamente imunogênica e induz a formação de anticorpos (anti-HBs) contra o antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg). Com o avançar da idade, a resposta à vacina diminui e, de 90% em adolescentes e adultos jovens, cai para 70% nas pessoas de 50 a 59 anos. Além disso, existem outros fatores que interferem na imunogenicidade da vacina como tabagismo, obesidade, diabetes mellitus e infecção pelo HIV⁽⁶⁾. Estudos têm verificado que a imunização da mãe contra a hepatite B durante a gravidez é segura e que a vacinação infantil primária com uma vacina recombinante confere proteção em longo prazo contra a doença clínica e a infecção crônica por⁽⁷⁾.

No Brasil, dentre os desafios existentes para prevenir a transmissão do vírus da hepatite B, no período entre 2011 a 2012 foi alcançar 100% de cobertura vacinal para gestantes, há cerca de dez anos essa cobertura era de 90,9%^(4,8). O *Centers for Disease Control and Prevention*, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* e o Ministério da Saúde brasileiro recomendam a imunoprofilaxia com aplicação da vacina nas primeiras 12 horas de vida, associada à imunoglobulina hiperimune específica para hepatite B (HBIG) para os recém-nascidos de gestantes portadoras do VHB⁽⁹⁾. Essa conduta previne a infecção em mais de 90% dos casos. Nos EUA, 81% dos médicos obstetras recomendam a vacina contra hepatite B⁽⁹⁾.

O período gestacional não está livre de infecções que colocam em risco a saúde materno-fetal. Mulheres grávidas, quando acometidas por infecções causadas por agentes etiológicos, a exemplo das hepatites virais B e C, podem transmiti-los verticalmente, e tal transmissão poderá ocorrer durante a gestação, no momento do parto ou durante o aleitamento materno⁽¹⁰⁾.

A transmissão vertical é de grande importância na epidemiologia das hepatites virais. Na população geral, as chances da infecção pelo vírus VHB evoluir para a forma crônica na idade adulta são de 5 a 10%, enquanto nos filhos de mães portadoras dos vírus esse risco é de aproximadamente 90%⁽¹¹⁾.

A infecção neonatal pelo VHB na maioria das vezes é assintomática e a doença evolui de forma insidiosa. O diagnóstico tardio da doença aumenta o risco de complicações e eleva a morbimortalidade. Em crianças infectadas por transmissão vertical pelo VHB o risco de desenvolvimento do carcinoma hepatocelular é cerca de 200 vezes maior que na população geral⁽⁹⁾.

A transmissão vertical pelo VHC é rara, em comparação à hepatite B. Gestantes com carga viral elevada do VHC ou co-infectadas pelo HIV apresentam maior risco de transmissão

vertical. Dados epidemiológicos demonstram que em 70 a 85% dos casos ocorre cronificação, sendo que um quarto a um terço deles, em média, evolui com padrão de comprometimento histológico moderado a grave, necessitando de tratamento. O restante evolui de forma mais lenta⁽¹⁾.

No estado do Mato Grosso do Sul, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Campo Grande implantou o Programa de Proteção à Gestante, conhecido popularmente por Teste da Mamãe ou Triagem Pré-natal, que favorece a adesão de gestantes ao serviço por ter início imediatamente após a confirmação da gestação. Devido ao sucesso alcançado, em setembro de 2003 o programa foi implantado no Estado de Goiás⁽¹²⁾.

O Ministério da Saúde, por meio da portaria GM/MS nº569/GM de 2002⁽⁸⁾, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) devido à necessidade de melhoria do acompanhamento pré-natal. O Programa tem como objetivo reduzir as taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso da gestante ao pré-natal, investindo na assistência obstétrica e neonatal⁽⁸⁾.

Os profissionais de saúde exercem o papel de cuidadores e por isso devem refletir sobre a humanização da assistência pré-natal e estabelecer uma relação de confiança com a clientela de modo a prevenir e controlar agravos à mulher na gestação e ao puerpério, garantindo seu direito a uma maternidade segura⁽⁸⁾. Uma triagem pré-natal ampla, que inclua exames sorológicos, possibilita a prevenção e o tratamento precoce de doenças transmissíveis verticalmente ao conceito. A falta de conhecimento e a indisponibilidade de medidas preventivas contra a infecção pelos vírus das hepatites B e C são um grave problema de saúde pública, principalmente por se tratar de doenças silenciosas.

Diante do exposto, os objetivos deste estudo foram identificar a prevalência de soropositividade para o VHB e o VHC em gestantes atendidas em uma maternidade pública do município de Catalão-GO no período de 2005 a 2009, a partir dos resultados de sorologia obtidos nos registros de prontuários, e caracterizar as gestantes VHB e VHC positivas.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, com gestantes atendidas no período de 2005 a 2009 em uma maternidade pública no município de Catalão-GO que atende mulheres de procedência urbana e rural do próprio Município e de cidades vizinhas, além dos distritos adjacentes.

A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2010 a novembro de 2011 a partir dos registros dos prontuários, por meio de instrumento de coleta de dados previamente validado, contendo dados de identificação (idade, procedência, profissão, estado civil) e dados gestacionais (idade gestacional, número de gestações, tipo de parto, realização ou não do pré-natal, número de consultas, resultados de exames realizados na atenção pré-natal).

No pré-natal nos centros de saúde em Goiás, são realizados testes de detecção de doenças maternas e testes sorológicos que diagnosticam nove tipos de doenças de transmissão vertical, entre elas as hepatites B e C. A coleta é realizada em fases, com intervalo mínimo de 60 dias. Na primeira, preferencialmente até 12 semanas de idade gestacional, o objetivo é detectar toxoplasmose (IGG e IGM), rubéola (IGG e IGM), citomegalovírus (IGG e IGM), sífilis, HIV 1 e 2, doença de Chagas, Hepatites B e C e HTLV 1 e 2. A segunda, entre 28 e 30 semanas de gestação, destina-se à detecção de sífilis e HIV.

Antecedendo a coleta é necessário o preenchimento da ficha para cadastro da gestante no SISPRENATAL. Em seguida, realiza-se a coleta em papel filtro do sangue periférico obtido por punção com lanceta estéril, geralmente no dedo anelar da gestante, ou ainda por punção venosa. O material fica acondicionado para secagem por 1 hora, em seguida é colocado em envelope e enviado pelo correio ao Laboratório da APAE de Goiânia, onde serão realizados os testes, cujos resultados retornam para a unidade coletora em 15 a 20 dias. Se o resultado for positivo ou duvidoso para um ou mais agravos nessa triagem inicial, a gestante é submetida a outro exame para confirmar o diagnóstico. Em caso positivo, é encaminhada para acompanhamento com a equipe multidisciplinar da APAE de Goiânia, se o município não contar com profissional especializado para o atendimento a essa gestante.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob parecer nº 043/2009. O estudo pautou-se nas diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos, que constam Resolução CNS 466/2012. Os representantes legais da maternidade pública, da Secretaria Municipal de Saúde e do Instituto de Diagnósticos e Prevenção da APAE de Goiânia foram informados dos objetivos da investigação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após terem sido esclarecidos sobre os possíveis riscos e benefícios do estudo.

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica e utilizou-se a versão 18.0 do Statistical Package of Social Science (SPSS) para as análises. O intervalo de confiança (IC) foi calculado por meio do Teste de Person χ^2 , considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram consultados os prontuários de 2.037 mulheres, cujas idades variaram de 13 a 40 anos. A Tabela 1 reúne as características das gestantes dos 105 casos positivos para anti-HBc ($p=0,41$) encontrados entre as 1.303 mulheres grávidas que realizaram o exame, das quais 720 possuíam idade entre 21 a 30 anos, faixa etária em que houve maior frequência de casos positivos ($n=56$; 7,8%). Foram encontrados ainda 10 casos positivos para o HBsAg ($p=0,36$) dentre as 1.643 mulheres que realizaram o exame. Nele também foi observada maior

frequência (n=6; 0,7%) dos 21 aos 30 anos, dentre as 909 gestantes dessa faixa etária. Das 1.641 mulheres que realizaram exame o anti-HCV, foram identificados dois casos positivos: em um deles, a gestante tinha menos de 20 anos e, no outro, entre 21 e 30 anos. No período estudado, de 2005 a 2009, taxa de prevalência (TP) foi de 5,64% para o VHB e de 0,098% para o VHC.

Das 1.641 mulheres que realizaram exame o anti-HCV, foram identificados dois casos positivos: em um deles, a gestante tinha menos de 20 anos e, no outro, entre

21 e 30 anos. No período estudado, de 2005 a 2009, taxa de prevalência (TP) foi de 5,64% para o VHB e de 0,098% para o VHC.

Dentre as 105 mulheres soropositivas para anti-HBc, 41 casos positivos (p=0,09) eram de solteiras. Das 09 mulheres divorciadas, 02 (22,0%) eram soropositivas e, das 04 separadas, 01 (25,0%) era soropositiva. Já para HBsAg o maior número de casos ocorreu em mulheres casadas: 6 em 10 (p=0,86). Foram relatados dois casos positivos para anti-HCV (p=0,67) entre as solteiras.

Tabela 1 - Caracterização das gestantes atendidas no período de agosto de 2005 a dezembro de 2009, com resultados positivos para anti-HBc, HBsAg e anti-HCV - Catalão, GO, Brasil, 2012

	Anti- HBc				HBsAg				Anti-HCV			
	N	n positivo	(%)	P	N	n positivo	(%)	P	N	n positivo	(%)	p
Idade				0.41				0.36				0.89
<20	382	27	7.1		475	1	0.2		475	1	0.2	
21-30	720	56	7.8		909	6	0.7		910	1	0.1	
31-39	184	20	10.9		235	3	1.3		232	0	0.0	
>40	17	2	11.8		24	0	0		24	0	0.0	
Total	1.303	105	37.6		1.643	10	2.2		1641	2	0.3	
Estado civil				0.09				0.86				0.67
Casado	469	31	6.6		659	6	0.9		658	0	0.0	
Solteiro	522	41	7.8		623	2	0.3		622	2	0.3	
Divorciado	9	2	22.2		11	0	0.0		11	0	0.0	
Separado	4	1	25.0		4	0	0.0		4	0	0.0	
União estável	279	30	10.7		319	2	0.6		319	0	0.0	
Total	1.283	105	72.3		1616	10	1.8		1614	2	0.3	
Tipo parto				0.34				0.33				0.73
Operatório	615	53	8.6		777	6	0.7		776	1	0.1	
Não operatório	651	51	7.8		829	4	0.4		828	1	0.1	
Total	1.266	104	16.4		1606	10	1.1		1604	2	0.2	

Quanto à profissão, dentre as 899 mulheres que se dedicavam aos serviços do lar, houve 72 casos positivos para anti-HBc (p=0,78). Foram observados 8 casos positivos para HBsAg dentre as 1.117 mulheres testadas (p=0,00). Não foi registrado nenhum caso entre as 1.113 mulheres testadas para o anti-HCV (p=1,00). Dentre as mulheres que exerciam atividades fora do lar, foram observados 25 casos positivos para anti-HBc entre 325 mulheres; dois casos positivos para HBsAg dentre aos 430 exames e um caso para anti-HCV das 430 gestantes analisadas.

Em relação ao número de abortos, a maior incidência foi em gestantes com menos de 20 anos, registrando 10 casos positivos de um total de 179 para anti-HBc (p=0,57) e 1 caso positivo para HBsAg (p=0,99).

Não houve diferença significativa na associação entre faixa etária, profissão, estado civil e ser positivo para anti-HBc, HBsAg e anti-HCV (p>0,05). Das 105 mulheres soropositivas para anti-HBc, 100 realizaram acompanhamento

pré-natal, assim como todas as 10 soropositivas para o HBsAg, revelando grande adesão dessas gestantes ao serviço (Figuras 1 e 2).

As duas gestantes soropositivas para anti-HCV realizaram o acompanhamento pré-natal (p=0,98). Quando foi considerado o número de gestações, o maior número de casos positivos para anti-HBc envolveu primigestas, totalizando 36 das 105 mulheres soropositivas (p=0,72). O mesmo ocorreu com as gestantes positivas para HBsAg, com 4 casos de primigestas dentre as 10 soropositivas (p=0,99). Nas gestantes positivas para anti-HCV (p=0,99) observou-se taxa de 50% de primigestas.

Quanto ao tipo de parto, das 105 mulheres positivas para Anti-HBc (p=0,34) 53 realizaram parto operatório e 51, não operatório. Das 10 mulheres positivas para HBsAg (p=0,33) 6 realizaram parto operatório e 4, parto não operatório e, as duas mulheres positivas para o anti-HCV, uma realizou parto operatório e a outra, não operatório (p= 0,73).

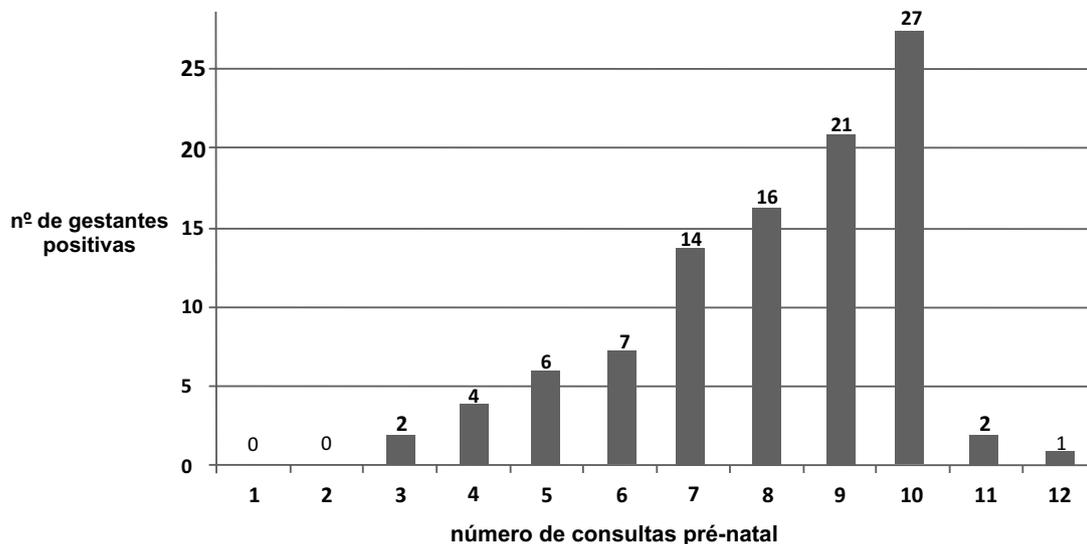


Figura 1 – Número de consultas de pré-natal realizadas por gestantes soropositivas para o anti-HBc, no período de agosto de 2005 a dezembro de 2009 - Catalão, GO, Brasil, 2012.

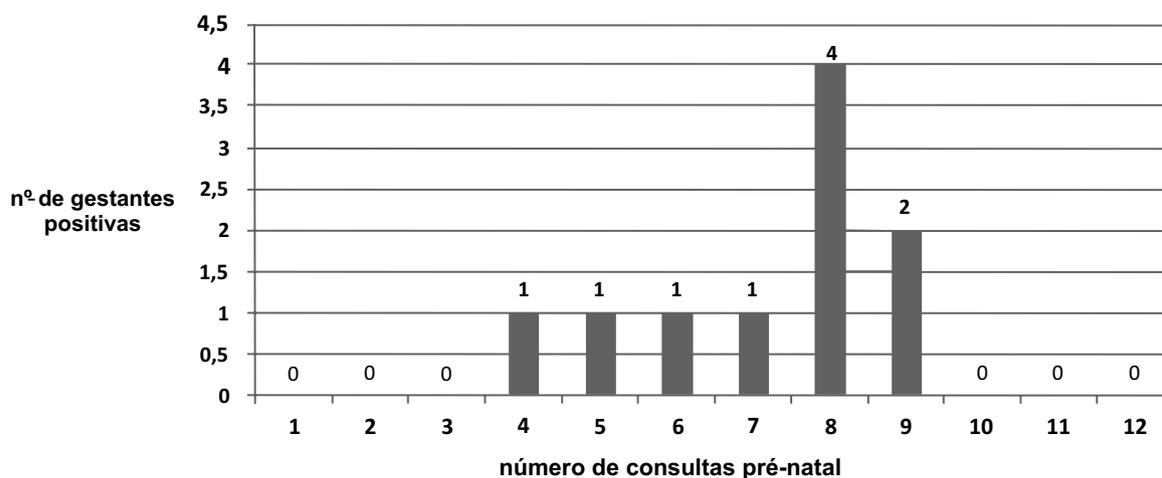


Figura 2 – Número de consultas pré-natal realizadas por gestantes soropositivas para HBsAg, no período de agosto de 2005 a dezembro de 2009 - Catalão, GO, Brasil, 2012

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram maiores índices de soropositividade gestantes jovens, com idade entre 21 e 30 anos: 4,75% de casos positivos para o VHB e 0,3% para o VHC. Situação semelhante foi observada em estudo realizado em Ribeirão Preto no qual foram avaliadas 5.191 gestantes, com idade média de 24,6 anos, com uma amplitude de variação de 12 a 51 anos, das quais 30% eram gestantes jovens com até 20 anos e 78,5%, até 29 anos. Foram detectadas 26 portadoras do antígeno HBsAg, com taxa de prevalência de 0,5%. A transmissão vertical não foi a principal fator de transmissão da hepatite B na comunidade, embora não tenha sido descartada sua participação como importante fator de perpetuação viral⁽¹¹⁾.

Na presente investigação, dentre as mulheres soropositivas para Anti-HBc, o percentual de solteiras e casadas foi relativamente próximo (6,6% e 7,8%, respectivamente).

Observou-se maior frequência de HBsAg positivo entre as casadas (0,09%). Esses dados devem ser tomados com cautela, uma vez que o estudo não verificou se as mulheres que se identificaram como solteiras viviam em união consensual estável, pois esse dado não estava disponível nos prontuários, nos quais se observou falta de padronização das informações registradas e ausência de informações sobre aspectos relevantes da história sexual da mulher.

A literatura científica vem mostrando que ser casada ou manter união consensual estável não é fator de proteção contra as DST, uma vez que a mulher pode ser monogâmica e seu parceiro não. O relacionamento estável em geral está associado a sentimentos de segurança e as mulheres e seus parceiros podem não adotar medidas de proteção contra as DST⁽¹³⁾. Outro aspecto que deve ser considerado é a influência cultural, evidenciando um comportamento sexual distinto antes e depois do diagnóstico de uma DST, como a adoção de medidas de proteção e o pensamento

mais crítico em relação à própria a condição de saúde e à submissão aos desejos do parceiro nas relações sexuais⁽¹⁴⁾.

Outro fator que foi evidenciado é referente a não comunicação do diagnóstico de DST ao parceiro sexual⁽¹³⁾. Esse comportamento pode ser justificado pela baixa compreensão acerca do mecanismo de transmissão das doenças, pelo medo de perder o parceiro ou ainda pela dependência financeira que se estabelece em algumas relações. Essa situação representa um dos maiores desafios à quebra da cadeia de transmissão. Assim, é imprescindível levar em consideração os aspectos culturais, as crenças e as relações de gênero e poder na abordagem e no acompanhamento de gestantes, especialmente as portadoras de DST.

Ainda sobre dados relacionados a caracterização do estado civil e a soropositividade, deve-se atentar para a soropositividade elevada para o anti-HBc entre mulheres divorciadas (22,2%) ou separadas (25,0%). Esses dados são significativos, pois podem sinalizar a necessidade de elaboração de estratégias específicas para a orientação dessas gestantes nos serviços de saúde, referentes a prevenção, proteção e transmissão de DST.

Como o estudo não avaliou os hábitos sexuais das gestantes, não é possível realizar nenhuma inferência sobre a relação causal entre os dados obtidos e a adoção ou não de medidas de proteção sexual, número de parceiros, contaminação antes ou após o divórcio ou separação e via de contaminação pelo vírus das hepatites B e C. Estudo realizado no estado do Ceará, com gestantes das cidades de Fortaleza e Aracati, verificou que, dentre os fatores de risco associados as DST, ser solteira, viúva ou divorciada tornou as mulheres de ambas as cidades mais propensas a contrair uma DST ($p < 0,001$)⁽¹⁵⁾.

Na presente investigação, foi identificada taxa de prevalência 5,64% para o VHB e 0,098% para o VHC. Em estudo realizado no Sudão com 728 mulheres grávidas, cerca de 5% eram HBsAg e menos de 1%, HCV positivas, nenhum dos fatores de risco⁽¹⁶⁾.

Houve predominância de casos positivos entre as primigestas. O mesmo ocorreu na investigação desenvolvida em Mato Grosso do Sul com 32.512 gestantes⁽¹⁰⁾. A frequência de HBsAg foi de 0,3%, em gestantes com idade entre 11 e 49 anos, a média de idade ao diagnóstico foi de 24,2+-4,8 anos, a maioria das gestantes soropositivas era primigesta, sendo o 1º trimestre da gestação o período predominante para a realização do diagnóstico da hepatite B (38,6%). Para o anti-HCV, a frequência observada foi de 0,1% e a faixa etária das gestantes soropositivas variou de 17 a 34 anos, com média de 25 ± 4,1 anos.

Não houve diferença significativa entre a idade das gestantes e a presença de infecção pelos vírus das hepatites B e C⁽¹⁰⁾. Resultados semelhantes foram obtidos em um estudo em que a prevalência de anti-HCV foi de 0,15% e metade das mulheres soropositivas eram primigestas e 11% relataram quatro ou mais gestações⁽¹⁷⁾.

Na presente investigação, verificou-se o maior número de casos positivos para anti-HBc e HBsAg em mulheres jovens, primigestas. Tal fato pode ser explicado pela insuficiência de vacinação de adolescentes e adultos com alto risco para a infecção e falta de informações, cuidados, prevenção e implementação de estratégias para melhor acolher essas gestantes. Embora o conhecimento sobre a hepatite B venha apresentando progressos, ainda existem muitas dúvidas, sempre exigindo novos estudos e novas abordagens para as medidas educativas.

Pesquisa realizada em serviço pré-natal de São Paulo, em que foram analisadas 47 gestantes assistidas por enfermeiras obstetras, todas mostraram-se susceptíveis ao vírus da hepatite B. Dentre elas, 19 (40,5%) eram primigestas⁽¹⁸⁾.

Neste estudo, das 1.303 gestantes que realizaram exame para anti-HBc, 17% tinham mais que 40 anos de idade. Das 1.643 gestantes que realizaram exame para o HBsAg, 24% tinham mais que 40 anos e, para o anti-HCV, 24% gestantes também tinham mais que 40 anos. Essa faixa etária apresentou menor frequência de mulheres grávidas no período analisado.

Estudo realizado em um hospital metropolitano de Sarandi-PR revelou que a gestação em mulheres com mais 35 anos é realidade cada vez mais frequente na prática obstétrica, pois os níveis educacionais mais elevados podem representar um estímulo para postergar a gestação e a relação sexual desprotegida não acontece tão precocemente. Em contrapartida, em gestantes com mais de 35 anos, observa-se maior frequência de resultados perinatais adversos, como RN de baixo peso, prematuro ou pós-termo. Assim, os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento dessas mulheres precisam estar atentos para as características de uma gravidez nessa fase da vida⁽¹⁹⁾.

Em 1986, o percentual de grávidas que nunca consultaram um médico era de 26%, já em 2006, na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), esse percentual diminuiu para 1,3% e pelo menos 61% das gestantes havia passado por sete ou mais consultas, inclusive com a realização de exames. Constatou-se, portanto, que além do aumento no número de mulheres atendidas, houve aumento da oferta de serviços prestados pelas unidades de saúde em relação à saúde da mulher⁽²⁰⁾.

No presente estudo, a maioria das gestantes realizou pelo menos 6 consultas pré-natal, o que demonstra elevada adesão ao serviço. Quanto à taxa de prevalência para o HBV (5,64%), essa revelou-se inferior ao achado de estudo que encontrou taxa média de prevalência de 15,5% para a hepatite B entre mulheres de Taiwan e de 8,9% entre as do sudeste asiático⁽²¹⁾.

Entre as gestantes de Catalão-GO, a frequência de soropositividade para o anti-HCV foi de 0,3%, resultado compatível com estudo realizado na cidade de Lorestan, no oeste do Irã, que identificou a frequência de 0,2% de soropositividade para anti-HCV em gestantes⁽²²⁾.

Dos casos positivos para VHB analisados neste estudo, verificou-se pequena diferença entre o número de partos operatórios (n=59) e não operatórios (n=55). Entre os casos positivos para o VHC, não houve diferença entre o número de partos operatórios (n=1) e não operatórios (n=1).

O parto cesáreo apresenta risco semelhante ao do parto natural na transmissão da infecção e, apesar da presença do VHB no leite materno, parece não haver aumento significativo da transmissão por essa via, na ausência de fissuras e lesões mamárias; o aleitamento materno não mostrou aumento da frequência de infecção pelo vírus, mesmo em recém-nascidos não vacinados; apesar de o leite de mães portadoras conter HBsAg, acredita-se, contudo, na possibilidade de contaminação quando o leite materno é oferecido a lactentes não vacinados⁽⁹⁾.

O momento principal da contaminação do RN é o parto, cesáreo ou vaginal. A transmissão de mãe para filho ocorre em 90% dos casos em que a gestante é soropositiva para o HBsAg e o HBeAg, e em 10% dos casos de soropositividade apenas para o HBsAg⁽²³⁾. Assim, a Organização Mundial de Saúde e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo, mesmo em regiões de alta endemicidade, independente da imunoprofilaxia, em razão da morbidade e da mortalidade elevadas em crianças não amamentadas⁽⁹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, Hepatites e outras DST [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2011 ago. 12]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>
2. Machado Filho AC, Sardinha JFJ, Ponte RL, Costa EP, Silva SS, Espinoza FEM. Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [citado 2011 ago. 14];32(4):176-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n4/v32n4a05.pdf>
3. Machado RR, Costa E, Erdmann AL, Albuquerque GL, Ortiga AM. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2009 [citado 2011 jul. 10];11(1): 81-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a23.pdf>
4. Goiás. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015 [Internet]. Goiânia; 2012 [citado 2013 nov. 23]. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_944_planoestadualdesaude2012-2015.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde; Portal da Saúde, Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Situação de Saúde [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 nov. 24]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
6. Moraes JC, Luna EJA, Grimaldi RA. Imunogenicidade da vacina brasileira contra hepatite B em adultos. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):353-9.
7. Poovorawan Y, ChongsrisawatV, Theamboonlers A, Leroux-Roels G, Kuriyakose S, Leyssen M, et al. Evidence of protection against clinical and chronic hepatitis B infection 20 years after infant vaccination in a high endemicity region. *J Viral Hepat*. 2011;18 (5):369-75.
8. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):105-11.
9. Conceição JS, Diniz Santos DR, Ferreira CD, Paes FN, Melo CN, Silva LR. Conhecimento dos obstetras sobre a transmissão vertical da hepatite B. *Arq Gastroenterol*. 2009;46(1):57-61.
10. Figueiró Filho EAF, Senefonte FRA, Lopes AHA, Morais OO, Souza Júnior VG, Maia TL, et al. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV-I / II em gestantes, do Estado de Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007;40(2):181-7.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar e caracterizar gestantes soropositivas para o VHB e o VHC e divulgou pela primeira vez dados sobre a prevalência da soropositividade entre gestantes atendidas no município de Catalão-GO, Com isso, oferece subsídios para o planejamento de ações de acompanhamento das mulheres portadoras do vírus das hepatites B e C, bem como ações de prevenção da transmissão.

O fato das informações contidas nos prontuários não estarem descritas de modo padronizado dificultou a elucidação dos aspectos relevantes para o estudo, o que ressalta a importância dos profissionais de saúde realizarem o registro claro dos dados da gestante no prontuário.

Para aumentar a qualidade dos serviços prestados à saúde das gestantes, existe um longo caminho a percorrer, que inclui investimentos na formação continuada dos profissionais de saúde, valorização dos aspectos relacionados às crenças e à cultura sobre saúde e doença das gestantes atendidas, seja no acolhimento ou no acompanhamento, a busca ativa de gestantes, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, a fim de evitar a transmissão vertical de doenças infecciosas como as hepatites B e C.

11. Perim EB, Passos ADC. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa Pré-natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2005 [citado 2011 nov. 5];8(3):272-81 Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v8n3/09.pdf>
12. Quege GE, Brito JJ, Oliveira AQ, Costa MS. Participação da Enfermagem junto ao Programa de Proteção a Gestante [Internet]. 2005 [citado 2012 nov. 16]. Disponível em: [//bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/838.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/838.htm)
13. Guedes TG, Moura ERF, Paula NA, Oliveira NC, Vieira RPR. Mulheres Monogâmicas e suas Percepções quanto à vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2009; 21(3):118-23.
14. Sousa LB, Barroso MGT. DST no âmbito da relação estável: uma análise cultural com base na perspectiva da mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [internet]. 2009 [citado 2013 ago 25];13(1):123-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a17.pdf>
15. Martins TA, Y-Bello P, Bello MD, Pontes LRSK, Costa LV, Miralles IS, et al. As Doenças Sexualmente Transmissíveis são problemas entre gestantes no Ceará? *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2004;16(3):50-58.
16. Elsheikh RM, Daak AA, Elsheikh MA, Karsany MS, Adam I. Hepatitis B virus and hepatitis C virus in pregnant Sudanese women. *Virology*. 2007;4:104.
17. Costa ZB, Machado GC, Avelino MM, Gomes Filho C, Macedo Filho JV, Minuzzi AL, et al. Prevalence and risk factors for Hepatitis C and HIV-1 infections among pregnant women in Central Brazil. *BMC Infect Dis*. 2009;9:116.
18. Queiroz RI, Barros SMO. Prevalência do marcador sorológico para hepatite B entre gestantes e ações de enfermagem para a prevenção. *Acta Paul Enferm*. 2000;13(3):11-3.
19. Gravena AAF, Sass A, Marcon SS, Pelloso SM. Outcomes in late-age pregnancies. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 20];46(1):18-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a02.pdf
20. Brasil. Ministério da Saúde; Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2012 nov. 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_sau-de_go_5ed.pdf
21. Lin CC, Hsieh HS, Huang YJ, Huang YL, Ku MK, Hung HC. Hepatitis B virus infection among pregnant women in Taiwan: comparison between women born in Taiwan and other southeast countries. *BMC Public Health*. 2008;8:49.
22. Mohebbi SR, Sanati A, Cheraghipour K, Nejad MR, Shalmani HM, Zali MR. Hepatitis C and hepatitis B virus infection: epidemiology and risk factors in a large cohort of pregnant women in Lorestan, West of Iran. *Hepat Mon*. 2011;11(9):736-9.
23. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2012 jul. 19]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_cries_3ed.pdf