

VACINAÇÃO CONTRA A HEPATITE B

Comentários a propósito de uma estratégia

MIGUEL CARNEIRO DE MOURA

Serviço de Medicina 2. Hospital de Santa Maria. Faculdade de Medicina de Lisboa.

A hepatite B é uma das doenças infecciosas mais importantes do nosso tempo que não foi ainda controlada. O conhecimento sobre o vírus da hepatite B (VHB) e das consequências da infecção pelo VHB tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. É uma causa importante de doença hepática crónica progressiva, cirrose e carcinoma do fígado em muitos países.

As vacinas actualmente existentes e comercializadas são imunogénicas, eficazes e seguras. Contém partículas do AgHBs, mas não têm AgHBc, AgHBe nem sequências pré-S. A evidência de trabalhos recentes aponta que não existem diferenças em termos de eficácia protectora entre as vacinas derivadas do plasma e as vacinas recombinadas a partir de leveduras. A protecção conferida pela vacina parece ultrapassar os 5-7 anos na maioria dos adultos saudáveis correctamente vacinados, mesmo que em cerca de um terço se assista a uma diminuição do título do anti-HBs passados cinco anos¹. Embora a administração de um reforço não seja ainda recomendada pelos organismos internacionais, este deve ser considerado em todos os indivíduos que se mantenham em categorias de alto risco. É nossa opinião que os indivíduos que responderam à vacina devem ser re-testados entre o quarto e o quinto ano pós-vacinação. Os que apresentem níveis de anti-HBs abaixo do limiar protector (arbitrariamente definido em = ou > 10 mUI/ml) e nos quais a re-infecção pelo VHB é provável, aconselha-se uma dose de reforço.

As várias estratégias da vacinação contra a hepatite B que têm sido propostas assentam numa caracterização das condições epidemiológicas do país em causa. Os dados epidemiológicos disponíveis colocam Portugal numa situação semelhante à da maioria dos países da Europa Mediterrânica, com níveis intermédios de endemicidade da hepatite B.

Em nossa opinião a estimativa do impacto da hepatite B em Portugal é a seguinte:

Prevalência global	20-35%
	(todos os marcadores do VHB)
Estado de portador	1.4-2%
Incidência da hepatite aguda B (sintomática):	
20 casos/100.000 população; aproximadamente 2000/ano (estimativa feita com base nos estudos italianos dado que os dados oficiais traduzem a reconhecida não notificação da doença — notificados 337 casos em 1988, considerando os prováveis casos de hepatite B incluídos na hepatite não classificada sobem para cerca de 600).	

Sendo aceite que a relação entre a hepatite aguda sintomática e hepatite inaparente é de 1 para 9, pode admitir-se que por ano ocorrem em Portugal cerca de 20.000 novos casos de infecção pelo VHB. Destes 10% evolucionarão para a cronicidade, o que totaliza 2.000 casos de hepatite crónica e cirrose hepática por ano. O número total de portadores crónicos do AgHBs oscila entre 140.000 a 200.000. Admitindo que cerca de 10% tem hepatite crónica este dado aponta para cerca de 14.000 a 20.000 casos de hepatite crónica B em Portugal. Cerca de metade podem evoluir para cirrose hepática, o que dá uma estimativa de 7.000 a 10.000 doentes com cirrose hepática associada ao VHB. É difícil obter dados sobre o carcinoma hepatocelular, mas é de admitir que 5% dos portadores com cirrose hepática possam ter essa evolução, o que dá 350 a 500 casos de tumor primitivo do fígado.

Estes números que se baseiam na experiência do Núcleo de Estudos de Hepatite Víricas (INIC) da Faculdade de Medicina de Lisboa afastam-se um pouco dos apontados por Machado Caetano. São necessários estudos prospectivos de populações de risco, em especial das áreas urbanas, que muito provavelmente vão ser diferentes dos resultados iniciais de Lecour e colaboradores, que usaram os primeiros métodos radio-imunológicos comercializados.

É urgente a definição de um programa nacional de vacinação contra a hepatite B. Um grupo de trabalho, nomeado pelo Ministério da Saúde, em 1989, e coordenado pelo Dr. Bandeira Costa (Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários), tem já concluída uma proposta a ser considerada superiormente. A vacina da hepatite B é proposta para os recém-nascidos, filhos de mães AgHBs positivas, os contactos familiares e sexuais das grávidas AgHBs positivas e os grupos de alto-risco (pessoal de Serviços de Saúde, hemodializados, toxicómanos, homossexuais). São aspectos a ponderar a testagem prévia (anti-HBs ou anti-HBc e anti-HBs), a necessidade de um reforço passados 5-7 anos e a atitude a tomar perante os indivíduos que não respondem à vacina.

De particular interesse são as observações mais recentes quanto à possibilidade da imunização com a vacina da hepatite B ser suficiente para a protecção contra a infecção materna-neonatal^{2,3}. Esta estratégia seria mais simples e mais barata do que a imunização activa-passiva com a vacina e a imunoglobulina específica.

Uma das razões apontadas para a dificuldade de implementar a vacinação nos países da Europa Mediterrânica deve-se ao relativo desconhecimento sobre a gravidade da doença e as consequências do estado de portador crónico. Neste contexto, como primeira medida para um controle eficaz da hepatite B em Portugal, adquirem grande importância os programas de educação sanitária em geral. Um dos objectivos do programa da vacinação nacional é o de iniciar uma campanha de educação, dirigida ao pessoal de saúde, aos grupos de alto risco e à população em geral. Algumas instituições hospitalares, como o Hospital de Santa Maria, já iniciaram, com assinalável êxito, programas deste tipo.

De registar, a grande adesão manifestada pelos estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa, actualmente a colaborar num ensaio de vacinação contra a hepatite B, nos quais encontramos uma diferença significativa em termos de marcadores do VHB entre os alunos das cadeiras básicas e os que já iniciaram a actividade clínica. Decorre desta observação preliminar uma conclusão importante: a de que o ensino prático na nossa Escola implica o contacto real com os doentes... e um risco aumentado para a infecção pelo VHB. A vacinação contra a hepatite B deve ser oferecida aos alunos dos cursos de Medicina antes de iniciarem as suas actividades clínicas, o que corresponde ao actual 4.º ano do curriculum médico.

1. HADLER S.C.: Are booster doses of hepatitis B vaccine necessary? *Ann Intern Med* 1988; 108: 457-8.
2. SUN T.T.; CHU Y.R.; NI Z.Q. et al: A pilot study on universal immunization of newborn infants in an area of hepatitis B virus and primary hepatocellular carcinoma with a low dose of hepatitis B vaccine. *J Cellular Physiology Supplement* 1986; 4: 83-90.
3. ALISJAHABANA A.; VRANCKX R.; NGANTUNG W. et al: Immune response of recombinant DNA hepatitis B vaccine in newborns. In: Zuckerman A., ed. *Viral Hepatitis and Liver Disease*. New York, Alan Riss, 1988; 1059-61.

M. Carneiro de Moura