

ANÁLISE DA SITUAÇÃO VACINAL CONTRA HEPATITE B EM MULHERES QUE SE PROSTITUEM EM GOIÂNIA-GOIÁS – RESULTADOS PRELIMINARES

Raquel Silva Pinheiro, Sheila Araújo Teles
Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem
CEP 74605-080, Goiânia, GO, Brasil
e-mail: raquel_jujubapinheiro@hotmail.com
sheila.fen@gmail.com, sheila@fen.ufg.br

PALAVRAS-CHAVE: vírus da hepatite B, vacinação, profissionais do sexo.

1. INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) tem sido apontada como um grave problema de saúde pública no mundo (Baars et al., 2009). Estima-se em cerca de 400 milhões o número de portadores crônicos do HBV, que apresentam ainda o risco de desenvolver cirrose e carcinoma, conferindo a essa infecção importante causa de morbimortalidade (Liaw and Chu, 2009, Shepard et al., 2006).

O HBV é um vírus DNA hepatotrópico pertencente a família *Hepadnaviridae* (Liaw and Chu, 2009). Esse vírus pode ser transmitido pelo contato com sangue ou outros fluidos corporais por meio das vias parenteral, sexual e vertical (Alter, 2003). Assim, recém-nascidos de mães HBsAg positivas, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo são grupos em risco elevado para hepatite B (Romano et al., 2011).

Estudos conduzidos em profissionais do sexo têm mostrado taxas de prevalência elevada para hepatite B. Na Índia, um estudo encontrou em 79 profissionais do sexo, uma prevalência de 87,3% (Risbud et al., 2002). E nos Estados Unidos da América, foi relatado uma prevalência de 53,4% em 586 mulheres que se prostituíam em ruas de Miami (Inciardi et al., 2006). No Brasil, um estudo conduzido em Ribeirão Preto encontrou em 106 profissionais do sexo, uma prevalência para os marcadores de exposição ao HBV de 23,6% (Passos et al., 2007).

A vacina contra hepatite B é a forma mais eficaz para prevenção dessa virose, possuindo, alto potencial para reduzir as taxas de incidência e mortalidade do câncer hepatocelular e ainda, é uma opção economicamente atrativa, tanto em termos de custo-eficácia e relação custo-benefício para os países (Fitzsimons et al., 2005, Romano et al.,

2011). No Brasil, a mesma tem sido oferecida gratuitamente desde o início da década de 90 e, mais recentemente, estendida a indivíduos com idade entre 20-24 anos em todas as regiões do país (Brasil, 2010).

Atualmente a vacina contra hepatite B é produzida por engenharia genética. Em indivíduos adultos e saudáveis, deve ser administrada por via intramuscular (IM), em três doses de 20 µg, nos meses 0, 1 e 6. Os efeitos colaterais após a vacinação são pequenos e transitórios, e limitados ao local da vacina (eritema, inchaço, endurecimento). Os efeitos secundários gerais como fadiga, cefaléia, febre, náusea e dor abdominal são raros e auto-limitados (Romano et al., 2011). A detecção de títulos de anticorpos anti-HBs ≥ 10 mUI/mL, cerca de um a dois meses após a última dose, indica imunidade contra o vírus em mais de 90% das pessoas saudáveis (Assad and Francis, 1999, Zanetti et al., 2008, Nguyen and Tran, 2009).

A vacinação contra hepatite B tem sido recomendada principalmente a grupos em elevado risco para essa infecção, aqueles com histórico de doenças sexualmente transmissíveis (DST), múltiplos parceiros sexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH) e profissionais do sexo; no entanto, tem sido observada uma baixa cobertura vacinal nesse grupo (Atkins and Nolan, 2005).

A vacinação contra hepatite B em grupos de alto risco como as profissionais do sexo é muito difícil. No Brasil, em um estudo realizado em 449 profissionais do sexo na cidade de Ribeirão Preto, SP, somente oito mulheres relataram vacinação prévia contra hepatite B, sendo que todas referiram esquema incompleto (Passos et al., 2007). Alguns fatores como elevada mobilidade (Baars et al., 2009), situação ilegal, não conscientização dos riscos ocupacionais (Wouters et al., 2007), exclusão social pelos serviços de saúde e alto custo da vacina em alguns países (Mak et al., 2003) estão fortemente associados ao abandono do esquema vacinal e conseqüentemente maior vulnerabilidade a infecção pelo HBV. Acredita-se que o uso de esquemas acelerados com intervalos curtos entre doses seja melhor para o cumprimento da vacinação nesse grupo em particular (Atkins and Nolan, 2005, Mak et al., 2003).

No Brasil, ainda são poucos os estudos sobre a situação vacinal contra hepatite B em profissionais do sexo, sendo o existente restrito a uma cidade da Região Sudeste. Assim, o objetivo deste estudo é verificar a situação vacinal contra hepatite B em mulheres que se prostituem em Goiânia, Goiás. Este será o primeiro estudo sobre a vacinação contra hepatite B em mulheres que apresentam vulnerabilidade individual, programática e social para essa infecção na Região Centro-Oeste.

2. METODOLOGIA

O presente estudo observacional de corte transversal foi realizado em Goiânia, Estado de Goiás (1.256.514 habitantes), no período de maio de 2009 a outubro de 2010. Este estudo faz parte do projeto “Infecções pelos Vírus das Hepatites B e C: Aspectos Epidemiológicos, Moleculares e da Vacina contra Hepatite B em Mulheres que se Prostituem em Capitais do Brasil Central”, financiado pelo CNPq, processo n. MCT/CNPq/SPM-PR/MDA nº 57/2008.

A população de estudo constituiu-se de mulheres profissionais do sexo (MPS), que se prostituíam em locais públicos (praças, parques, jardins, ruas, avenidas, etc.) e privados (saunas, boates, bordéis, etc.) em Goiânia-Go. Foram consideradas mulheres profissionais do sexo aquelas que recebem dinheiro em troca de serviços sexuais (UNAIDS, 2002).

Foram elegíveis para o estudo as mulheres que possuíam idade igual ou superior a 18 anos; que se prostituíam em locais públicos e/ou privados no perímetro urbano de Goiânia. Foi critério de exclusão ser transgênero feminino.

Mulheres que se prostituíam em locais públicos (ruas, praças) e privados (bares, casa de show, cinema erótico e boates) de Goiânia foram convidadas a participar do estudo. As que aceitaram, antes do início da entrevista, recebiam informações sobre a importância, objetivos, riscos e benefícios da participação no estudo, assim como a liberdade de sair do mesmo a qualquer momento, sendo garantido o sigilo das informações obtidas. A seguir, assinavam, após leitura e esclarecimentos de dúvidas, o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após, eram entrevistadas em um local reservado, próximo ao local de trabalho, utilizando-se um roteiro estruturado contendo perguntas sobre antecedentes vacinais, fatores de risco para não resposta a vacina contra hepatite B e comportamentos sexuais de risco.

Variável de desfecho: positividade isolada para o marcador anti-HBs.

Variáveis de predição: dados sociodemográficos (sexo, idade, raça, escolaridade, estado civil, religião e renda familiar), história de vacinação prévia contra hepatite B, número de doses e comportamentos de risco para infecção pelo HBV, como idade da sexarca, número de clientes por dia, tipo de local de prostituição (rua, casa noturna, bar, etc), uso de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas.

Após a entrevista, uma amostra de 10 mL de sangue de veia periférica foi coletada de cada participante, utilizando-se agulhas e seringas descartáveis. As amostras obtidas foram transferidas para os respectivos tubos de ensaios, identificados com as iniciais das participantes. Os tubos foram acondicionados em caixa de isopor e transportados para o Laboratório de Virologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG) para processamento imediato.

Todas as amostras sanguíneas serão testadas pelo ensaio imunoenzimático para os marcadores sorológicos do HBV: antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg), anticorpos anti-HBc e anti-HBs, usando kits comerciais.

A análise dos dados das entrevistas e os resultados dos testes sorológicos está sendo realizada utilizando-se o pacote estatístico “Epiinfo 6”, desenvolvido pelo “Centers for Disease Control and Prevention”, Estados Unidos da América. Prevalência será calculada com intervalo de 95% de confiança. Os fatores que apresentarem associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) serão submetidos a análise multivariada por regressão logística (SPSS versão 15.1.0 for Windows). Os testes de χ^2 , χ^2 para tendência, exato de Fisher e t de student serão utilizados quando apropriados.

3. RESULTADOS PRELIMINARES

As características sociodemográficas das MPS que participaram do estudo são apresentadas na tabela 1. A idade da população estudada variou de 18 a 59 anos, com média de 30 anos. A maioria era solteira (69,9%), parda (59,2%) e quase um terço referiu renda mínima diária entre R\$ 15,00 a R\$ 99,00.

Em relação à escolaridade, mais de um terço possuía no máximo nove anos de estudo. Do total de participantes, 53 (16,6%) afirmaram não ter religião.

Tabela 1. Características sociodemográficas das 319 profissionais do sexo investigadas em Goiânia-GO, 2011

Variáveis	n	%
Faixa etária		
< 25 anos	106	33,2
26 – 30 anos	92	28,8
31 – 35 anos	50	15,7
36 – 40 anos	26	8,2
> 40 anos	45	14,1
Raça		
Branca	84	26,3
Negra	40	12,5
Parda	189	59,2
Outra	6	2,0
Escolaridade		
< 5 anos	38	11,9
5 – 9 anos	123	38,6
10 – 12 anos	150	47,0
> 12 anos	8	2,5
Estado Civil		
Solteira	223	69,9
Casada	43	13,5
Separada	47	14,7
Viúva	6	1,9
Religião		
Sem religião	53	16,6
Possui religião	266	83,4
Renda Mínima^a		
15 – 50 reais	49	15,4
51 – 99 reais	54	16,9
100 – 199 reais	80	25,1
200 – 1500 reais	126	39,5

^a Sem informação para 10 participantes.

Quanto aos comportamentos e práticas sexuais de risco, 36,4% das MPS relataram trabalhar no período diurno e noturno, um terço se prostituía nas ruas e quase a metade afirmou ter trabalhado em outra cidade como profissional do sexo.

Praticamente a metade das mulheres referiu que a primeira relação sexual ocorreu entre 15-17 anos. Em relação ao tempo de prostituição, 42,6% referiram mais de cinco anos de trabalho. Mais da metade (57,4%) referiu dois ou mais clientes no dia da entrevista, e 53,3% antecedentes de DST.

As prostitutas mostraram-se precavidas quanto a utilização do preservativo pelo cliente, pois 98,1% citaram o uso pelo parceiro. Porém, do total de participantes, 68,9% relataram relações sexuais com parceiro fixo sem preservativo. O uso de bebidas alcoólicas foi observado em 79% das profissionais do sexo e mais de um terço eram usuárias de algum tipo de droga ilícita.

Tabela 2. Comportamentos e práticas sexuais de risco relatadas por 319 profissionais do sexo em Goiânia-GO, 2011

Variáveis	n	%
Horário de trabalho como profissional do sexo		
Diurno	114	35,7
Noturno	89	27,9
Ambos	116	36,4
Local de prostituição		
Rua	109	34,2
Casa fechada	20	6,3
Boate	79	24,7
Bar	74	23,2
Casa de espetáculo	37	11,6
Trabalhou como profissional do sexo em outra cidade		
Não	174	54,5
Sim	145	45,5
Idade da sexarca		
7 – 14 anos	92	28,8
15 – 17 anos	167	52,4
> 18 anos	60	18,8
Tempo de prostituição		
≤ 1 ano	83	26,1
2 – 5 anos	100	31,3
> 5 anos	136	42,6
Antecedentes de DST		
Não	149	46,7
Sim	170	53,3
Número de clientes no dia		
Um	136	42,6
Dois	143	44,8
Três	40	12,6
Uso do preservativo com cliente^a		
Sim	313	98,1
Não	3	0,9
Não lembra	1	0,3
Uso do preservativo com parceiro fixo^a		
Sim	97	30,4
Não	220	68,9
Uso de bebida alcoólica nos últimos 30 dias		
Não bebe	67	21,0
Bebe pelo menos 1x/semana	145	45,5
Bebe diariamente	107	33,5
Uso de drogas ilícitas		
Não	203	63,6
Sim	116	36,4

^a Sem informação para 2 participantes

Das 319 MPS, 43,0% afirmaram nunca ter sido vacinada contra hepatite B, 31,7% não souberam informar se já tinham sido vacinadas e o número de doses recebidas, e apenas 10,9% relataram esquema vacinal completo (Tabela 3).

Tabela 3. Autorelato de vacinação contra hepatite B em profissionais do sexo em Goiânia, Goiás

Situação vacinal	n	%
1 dose	30	9,4
2 doses	16	5,0
3 doses	35	10,9
Não sabe o nº de doses	38	11,9
Não sabe informar se foi vacinada	63	19,8
Não é vacinada	137	43,0

4. CONCLUSÕES PRELIMINARES

Os resultados preliminares ratificam a grande vulnerabilidade das profissionais do sexo as doenças de transmissão sexual, principalmente a hepatite B, que possui há quase praticamente 30 anos vacina para sua prevenção. A baixa frequência de relato de vacinação prévia contra hepatite B sugere uma baixa cobertura vacinal nesta população, e isso poderá ser ratificado pelos resultados sorológicos que ainda será realizado neste estudo.

REFERÊNCIAS

ALTER, M.J. Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide. **J Hepatol**, v 39, Suppl 1, p. S64-69, 2003.

ASSAD, S., FRANCIS, A. Over a decade of experience with a yeast recombinant hepatitis B vaccine. **Vaccine**, v 18, n. 1-2, p.57-67, 1999.

ATKINS, M.; NOLAN, M. Sexual transmission of hepatitis B. **Curr Opin Infect Dis**, v 18, p.67–72, 2005.

BAARS, J. E.; BOON, B. J. F.; GARRETSEN, H. F.; VAN MHEEN, D. Vaccination uptake and awareness of a free Hepatitis b vaccination program among female commercial sex workers. **Women's Health Issues**, v 19, p. 61–69, 2009.

BRASIL, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Nota técnica N°. 89/2010OCGPNI/DEVEP/SVS/MS. Assunto: **Ampliação da oferta da vacina hepatite B para faixa etária de 20 a 24 anos de idade em 2011 e de 25 a 29 anos de idade em 2012**. 2010. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1295522899888NT89-2010.pdf>

FITZSIMONS, D., FRANCOIS, G., HALL, A., MCMAHON, B., MEHEUS, A., ZANETTI, A., DUVAL, B., JILG, W., BOCHER, W.O., LU, S.N., AKARCA, U., LAVANCHY, D., GOLDSTEIN, S., BANATVALA, J., DAMME, P.V. Long-term efficacy of hepatitis B vaccine, booster policy, and impact of hepatitis B virus mutants. **Vaccine**, v 23, n 32, p.4158-4166, 2005.

INCIARDI, J.A., SURRATT, H.L., KURTZ, S.P. HIV, HBV, and HCV infections among drug-involved, inner-city, street sex workers in Miami, Florida. **AIDS Behav**, v 10, p.139-147, 2006.

LIAW, Y.-F., CHU, C.-M., 2009. Hepatitis B virus infection. **The Lancet**, v 373, p. 582-592, 2009.

MAK, R.; TRAEEN, A.; CLAEYSSSENS, M.; VAN RENTERGHEM, L.; Leroux-Roels, G; Van Damme, P. Hepatitis B vaccination for sex workers: do outreach programmes perform better? **Sex Transm Infect**, v 79, p.157–159, 2003.

NGUYEN, C. T.; TRAN, T. T. Hepatitis Vaccination and Prophylaxis. **Clin Liver Dis**, v 13, p.317–329, 2009.

PASSOS, A.D.C., FIGUEIREDO, J.F.C., MARTINELLI, A.L.C., VILLANOVA, M.G., NASCIMENTO, M.P., GASPAR, A.M.C., YOSHIDA, C.F.T. Hepatitis B among female sex workers in Ribeirão Preto-São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v 10, p. 517-524, 2007.

PEREIRA, L. M. M. B.; MARTELLI, C. M. T.; MERCHÁN-HAMANN, E.; MONTARROYOS, U. R.; BRAGA, M. C.; LIMA, M. L. C.; CARDOSO, M. R. A.; TURCHI, M. D.; COSTA, M. A.; ALENCAR, L. C. A.; MOREIRA, R. C.; FIGUEIREDO, G. M.; XIMENES, R. A.A. Population-based multicentric survey of Hepatitis B infection and risk factor differences among three regions in Brazil. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v 81, n 2, p. 240–247, 2009.

RISBUD, A., MEHENDALE, S., BASU, S., KULKARNI, S., WALIMBE, A., ARANKALLE, V., GANGAKHEDKAR, R., DIVEKAR, A., BOLLINGER, R., GADKARI, D., PARANJAPE, R. Prevalence and incidence of hepatitis B virus infection in STD clinic attendees in Pune, India. **Sex Transm Infect**, v 78, n 3, p.169-173, 2002.

ROMANO, L.; PALADINI, S.; VAN DAMME, P.; ZANETTI, A. R. The worldwide impact of vaccination on the control and protection of viral hepatitis B. **Digestive and Liver Disease**, v 43, Suppl. 1, p.S2–S7, 2011.

SHEPARD, C.W., SIMARD, E.P., FINELLI, L., FIORE, A.E., BELL, B.P. Hepatitis B virus infection: epidemiology and vaccination. **Epidemiol Rev**, v 28, p. 112-125, 2006.

TE, H. S.; JENSEN, D. M. Epidemiology of Hepatitis B and C Viruses: A Global Overview. **Clin Liver Dis**, v 14, p. 1-21, 2010.

ZANETTI, A.R., VAN DAMME, P., SHOIVAL, D. The global impact of vaccination against hepatitis B: a historical overview. **Vaccine**, v 26, n 49, p.6266-6273, 2008.

World Health Organization UNAIDS: **Report on the global AIDS epidemic**, table of country-specific HIV/AIDS estimates and data, May 2006. Disponível em: http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp

WOUTERS, K., LEURIDAN, E., VAN HERCK, K., VAN ARDENNE, N., ROELOFS, I., MAK, R., PREVOST, C., GUERIN, P., DENIS, B., VAN DAMME, P. Compliance and immunogenicity of two hepatitis B vaccination schedules in sex workers in Belgium. **Vaccine**, v 25, n 10, p.1893-1900, 2007.

