

ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE HEPATITE ENTRE CIRURGIÕES-DENTISTAS, ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA E SEUS FAMILIARES.

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF HEPATITIS AMONG DENTISTS, DENTISTRY STUDENTS AND THEIR RELATIVES

*Célio Natal dos Santos

** Jamil Haddad Júnior

*** Walgney Alves Gomes Santos

SINOPSE

Com a crescente preocupação das autoridades na área da saúde frente as várias doenças infecto-contagiosas, este trabalho se propôs a fazer uma análise da hepatite entre profissionais e acadêmicos de Odontologia e sua correlação direta com seus familiares.

Foram elaborados questionários que subsidiaram a análise e conclusões do mesmo.

Ficou evidente que existe um risco potencial do Cirurgião-Dentista e acadêmico de serem portadores.

Quanto mais tempo o estudante avança na graduação, maior é a probabilidade de contrair a doença. O mesmo acontece quando é considerado o tempo de formado do Cirurgião-Dentista.

UNITERMOS:

Hepatites; Grupo de risco; Odontologia.

INTRODUÇÃO

A hepatite possui uma incidência mundial progressiva e uma prevalência de média intensidade na América do Sul. É uma doença infecciosa que aparece principalmente no fígado, sendo causada por pelo menos cinco tipos diferentes de vírus: A, B, C, Delta e E¹⁰.

Suas repercussões clínicas variam desde os sintomas que promovem incapacidade temporária para o trabalho até doenças hepáticas graves como a cirrose e o hepatocarcinoma, conseqüentes de formas crônicas de hepatite.

Pelo fato dessa doença ser transmitida por via oral-fecal e sérica o Cirurgião-Dentista é enquadrado no grupo de risco, motivo este que caracterizou a necessidade premente dessa análise, uma vez que, a cavidade bucal é rotineiramente, o local de trabalho desse profissional da área de saúde.

Sabe-se que a caneta de alta rotação na formação de aerossóis pode disseminar este vírus, e esse por sua vez se alojar nas roupas, relógios, óculos ou mesmo na pele do profissional, fazendo com que o agente viral seja exposto a seus familiares.

A prevenção de maneira efetiva contra a transmissão da hepatite são pontos essenciais na rotina diária do Cirurgião-Dentista. A conscientização do profissional ao atender seus pacientes usando indumentária apropriada, mantendo um padrão ideal de esterilização e ainda, procurando estar imunizado através da vacinação, oferecem segurança não só a este profissional, como também a seus pacientes e familiares. A observação destes parâmetros minimizaria a condição de portador do Cirurgião-Dentista.

Se todo profissional tivesse consciência das sequelas da doença, uma evasão de 35,8% de Cirurgiões-Dentistas não teria ocorrido durante a aplicação da 2ª dose da vacina na 2ª etapa da Campanha Nacional de Vacinação em agosto de 1995 em Goiânia, segundo dados apresentados¹³.

Uma ênfase nas sequelas, assim como uma melhor conscientização seriam pontos básicos a serem trabalhados dentro da classe Odontológica. Conseqüências graves podem advir a partir da condição de portador do vírus, o que sem dúvida nenhuma, situa o presente trabalho num momento de importância incontestável.

* Especialista em Pediatria

Especialista em Saúde Pública (CEDAS - São Paulo-SP)

** Especialista em Endodontia (UNESP/APCD de Araraquara)

Professor Titular de Endodontia da FOJOP

*** Professora Assistente de Endodontia da FOJOP

Diretora de Clínicas da ABO-Goiás

Mestranda em Endodontia (UNB)

REVISÃO DA LITERATURA

A hepatite virótica é uma doença que acomete principalmente o fígado. Essa moléstia infecciosa tem como causa no mínimo cinco diferentes tipos de vírus: o vírus A, B, C, Delta e E¹⁰.

O vírus da hepatite A (VHA) é um RNA vírus de 27 nm de diâmetro. Pertence a família dos Picornavirus. É transmitido por via oral fecal, através da água e alimentos contaminados. É raro a transmissão por via parenteral por apresentar um curto período de viremia¹⁵.

O acometimento maior da hepatite A é em crianças de 6 a 15 anos. Porém, em condições sócio-econômicas desfavoráveis, pode atingir faixas etárias mais baixas.

A hepatite A é endêmica em populações desfavorecidas. Foi demonstrado por QUEIROZ²⁰ uma prevalência aumentada do VHA em crianças de creche e meninos de rua em Goiânia. Observou-se nas crianças de creche, com permanência de 1 ano, um risco 4,7 vezes maior que em crianças com permanência até 1 mês.

A hepatite pelo vírus B (VHB) é causada por um DNA vírus de 42nm de diâmetro. Pertence a família Hepadnavirus. As principais vias de transmissão são a parenteral, a sexual e a vertical, onde o vírus é transmitido pela mãe ao recém-nascido no momento do parto. Atinge todas as faixas etárias mas predomina entre os 20 a 40 anos^{10,15,21}.

Um dos fatores que propicia a transmissibilidade do VHB é sua alta resistência, tendo-se mostrado viável até 6 meses a temperatura ambiente, e até 7 dias quando exposto à superfícies^{8,22}.

A disseminação do vírus pode ocorrer pela caneta de alta rotação na formação de aerossóis, por gotículas de sangue e saliva contaminados nas roupas do profissional e auxiliares, bem como em óculos, relógios e demais objetos pessoais, aumentando o risco de transmissão para os familiares.

O paciente em contato com o VHB pode desenvolver a doença clínica ou subclínica e tornar-se portador assintomático. Isso ocorre quando dois resultados positivos para o antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg), num período de 6 meses é detectado. Portanto essa condição permite a transmissão do HBsAg através do sangue e secreções contaminadas. Das pessoas que se infectam, 5 a 10% permanecem como portadores infectantes ao longo da vida^{15,21,22}.

Cerca de 50% dos adultos infectados desenvolvem infecções subclínicas e os demais desenvolvem algum tipo de hepatite nem sempre severa. Cerca de 2 a 5% dos casos clínicos e uma proporção maior de casos subclínicos tornam-se portadores.

Estima-se que exista mais de 200 milhões de pessoas portadoras do VHB; aproximadamente 40% dos portadores adquirem o vírus como resultado de transmissão perinatal e 35 a 40% se infectam durante a idade pré-escolar. Apenas 10 a 15% dos portadores crônicos da hepatite B adquirem o VHB durante a idade adulta²⁴.

A prevalência da infecção pelo VHB e os padrões de transmissão variam, acentuadamente nas diversas partes do mundo^{10,23}.

São consideradas áreas de baixa endemicidade: EUA,

Europa (Norte, Ocidental, Centro) e Austrália. Nessas regiões de 0,1 a 0,5% da população é portadora crônica do VHB e a infecção ocorre após a puberdade como resultado da transmissão através do sangue e seus derivados. O contato sexual, injeções, imunizações em massa, tatuagens, acupuntura, acidentes de laboratório, aparelhos de barbear e escovas de dentes usadas por mais de uma pessoa podem também serem meios de transmissão²⁷.

Nas áreas de alta endemicidade como a China, Sul da Ásia, África Tropical, Bacia Amazônica, de 10 a 35% das pessoas são portadoras. As infecções são adquiridas no período perinatal e nos primeiros anos de vida. Através do contato com saliva infectada, lesões abertas de pele, de membros da família e colegas de infância, o vírus é disseminado.

Devido ao contato frequente com VHB, más condições de higiene, promiscuidade ou imunodeficiência, certos grupos populacionais tornam-se de alto risco em adquirir o VHB. Os trabalhadores da área médica e odontológica, pacientes em hemodiálise, hemofílicos, esquistossomóticos hepato esplênicos, deficientes mentais, hansenianos de forma Virchowiana, homossexuais masculinos, prostitutas, presidiários, toxicômanos e familiares de portadores crônicos do VHB, são também enquadrados nos grupos de risco da doença^{3,8,12,15}.

A hepatite no Brasil assim como na Europa Oriental, Rússia, Sudoeste da Ásia, América Central e restante da América do Sul, situa-se numa porcentagem de 2,0 a 7,0% o que estatisticamente posiciona nosso país numa prevalência média da doença²².

Em Goiânia, MARTELLI¹⁴ encontrou uma prevalência de 1,9 e 11% para antígenos Hbs e Anti-HBs respectivamente. Esse trabalho de tese posiciona a cidade numa prevalência de baixa a intermediária para infecção do vírus da hepatite B.

O CENTER FOR DISEASE CONTROL⁵ indica uma prevalência de 14,4% em Cirurgiões-Dentistas Clínicos o que concorda com autores que encontram 12 a 14% de Dentistas Clínicos e 27% de Cirurgiões Buciais com anticorpos da hepatite B (HB-Ac).

No consultório odontológico existe alto risco de contaminação por pacientes infectados, como também o paciente pode se infectar no consultório por dentista portador com infecção subclínica ou no período de incubação⁵.

O vírus C da hepatite (VHC) foi recentemente identificado e trata-se de um tipo de RNA, classificado entre os Flavivirus. Este vírus é responsável por cerca de 90% das hepatites não A não B (HNANB) pós-transfusionais e por cerca de 60% das formas esporádicas de HNANB^{3,10}.

Foi demonstrado por NAGHETTINI¹⁷ em 1995, em Goiânia, num trabalho realizado no período de dezembro/92 a março/93 a soroprevalência da hepatite C nos pacientes em hemodiálise. A soropositividade de 35,3% para anti-HVC, mostrou uma alta prevalência nestes pacientes evidenciando ainda que aumentando o tempo de diálise aumenta o risco de adquirir a infecção.

O vírus da hepatite Delta (VHD) é um RNA vírus defectivo, que necessita do vírus B para sua sobrevivência.

Ocorre mais frequentemente entre viciados em drogas injetáveis em países desenvolvidos, e nas populações que habitam a região da Amazônia Ocidental^{10,12,15}.

O vírus da hepatite E (VHE) também é do tipo RNA e sua transmissão é fecal-oral, à semelhança da hepatite A. Não há relatos de epidemia por este tipo de vírus no Brasil até o momento. Alguns surtos da doença em países Asiáticos (Índia, Nepal, Rússia) e México foram notificados^{10,15}.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

É bastante semelhante seja qual for o tipo do vírus envolvido na sua gênese. Compreende 4 períodos distintos: Incubação, Prodrômico, de Estado e de Convalescença^{10,15}.

1. Incubação:

É o período que se estende desde o momento da contaminação até o aparecimento do primeiro sintoma. É variável conforme o tipo de vírus responsável.

Nos casos de hepatite pelo vírus A vai de 15 a 45 dias. Se o agente for o B vai de 45 a 180 dias dependendo da via de contaminação e da quantidade de vírus inoculada. Em relação ao vírus C este período em geral é mais longo, é de 60 a 180 dias.

2. Prodrômico:

Caracteriza-se por manifestações de um quadro viral inespecífico. Tem duração média de 1 semana e às vezes manifestações decorrentes da formação de imunocomplexos podendo ocorrer: artralgias, púrpuras, glomerulonefrites e outras.

3. Período de Estado:

Aparece colúria, icterícia, fezes descoloradas ou até acólicas. Tem duração média de 4 a 6 semanas. O exame físico mostra hepatomegalia dolorosa em 70% dos casos de hepatite e ainda podendo ocorrer 20% de esplenomegalia.

4. Convalescença:

Os sintomas desaparecem e as provas laboratoriais tendem à normalização que em geral ocorre até o 4º mês. As hepatites agudas em geral tem boa evolução. As hepatites pelo vírus A e E não cronicizam, entretanto as hepatites B, C e Delta devem ser cuidadosamente acompanhadas, pois podem tender a cronicização. A evolução dessas hepatites podem caminhar para cirrose e até hepatocarcinoma.

Pode-se constatar formas clínicas particulares de hepatites:

Hepatite Anictérica: é a forma mais comum, ocorre em 70% dos casos. Parece acarretar maior tendência a cronicização naquelas do tipo B e C.

Hepatite Fulminante: ocorre em menos de 1% dos casos de hepatite. Tem uma taxa de mortalidade superior a 80%.

Hepatite Prolongada: é aquela em que a fase aguda se arrasta por mais de 6 meses. Geralmente evolui para a cura, é mais frequente em adultos com hepatite A.

DIAGNÓSTICO

Do ponto de vista bioquímico, as hepatites agudas caracterizam-se por níveis de transaminases (ALT e AST) em geral superiores a 500 UI/l^{9,11}.

Estas enzimas aumentadas por período superior a 6 meses indica o diagnóstico de hepatite crônica, que necessita ser confirmado pelo estudo histológico do fígado.

O diagnóstico de hepatite A é confirmado pela presença

de marcador sorológico anti HAV IgM cuja positividade coincide com o início do quadro clínico e dura cerca de 6 meses. Já o período de transmissibilidade vai de 10 dias antes até 1 semana após o início da icterícia^{1,10}.

A hepatite B é confirmada pela presença no soro do HBsAg e do anticorpo anti HBc IgM^{9,11,15}.

Na hepatite C a confirmação ocorre com a pesquisa no soro do anticorpo anti VHC. É anticorpo de aparecimento tardio, tornando-se positivo cerca de 12 a 20 semanas após o aparecimento do quadro clínico.

A infecção pelo vírus Delta é confirmada em 2 situações: co-infecção (simultânea com o VHB) ou superinfecção (infecção aguda Delta em portador crônico do VHB). O diagnóstico é feito no soro pela presença de Antígeno Delta (Ag Delta) e anticorpo Anti-Delta IgM^{5,10,11}.

TRATAMENTO

Repouso relativo até que a sensação de bem estar retorne.

Podem ser usadas drogas antivirais, como Interferon principalmente para diminuir a transmissibilidade que ocorre com persistência do HBsAg^{10,15}.

PROFILAXIA

Existem vacinas para imunização ativa pelo vírus A, mas não ainda em nosso meio. Em algumas ocasiões pode-se utilizar imunização passiva através de gamaglobulina inespecífica em contactantes de hepatite A até 2 semanas após o contato. A dose é de 0,02 a 0,06 ml/kg^{10,15}.

A imunoprofilaxia passiva pelo vírus B é feita com gamaglobulina hiperimune contra hepatite B (HBIG) usada em recém nascidos, de mães HBsAg positivos e pós exposição acidental com sangue de pacientes infectados. A dose é de 0,06 ml/kg até o máximo de 48 horas após a exposição e deve ser repetida 30 dias após^{7,4,16}.

A imunização ativa pode ser feita com vacina plasmática ou recombinante. Ambas dão níveis protetores de anticorpos em cerca de 95% dos indivíduos vacinados. É administrada por via intramuscular. No Brasil existem duas vacinas: Engerix-B produzida pela Smith Kline, fabricada na Bélgica, e a Genhevac-B, de fabricação Francesa. Estas diferem nas doses, enquanto a Engerix-B são 3 doses (0-30-180 dias), a Genhevac-B são 4 (0-30-60-365 dias)^{2,3,18,21}.

No Brasil a vacina está indicada apenas para os grupos de risco.

Em casos de mães HBsAg positivas deve ser associada a vacina com a gamaglobulina hiperimune^{7,16}.

RESULTADOS

Considerando-se as respostas dadas por 293 Cirurgiões-Dentistas (TABELA Nº 1-A) constatou-se que 38 já tiveram hepatite (12,96% do total): 3 do tipo B, 3 do tipo C e 32 do tipo A. Vinte e oito destes casos ocorreram após o início das atividades profissionais, sendo que 9 nos primeiros 5 anos de formado. Dos que desenvolveram a doença, 4 tiveram contatos com pacientes enfermos.

Procurou-se investigar se haveria correlações entre atividades profissionais los Cirurgiões-Dentistas e a frequência de casos de hepatite entre seus familiares mais

próximos. Verificou-se que 87 dos CDs tiveram casos de hepatite entre familiares em primeiro grau, e 20 em familiares de segundo grau de parentesco. Ainda quanto à prováveis envolvimentos familiares, 58 CDs, dos 87 anteriormente citados tiveram casos da doença, em suas casas, após o início de suas atividades profissionais. (TABELA 2).

Quanto ao papel investigativo do CD, 79 (26,96%) disseram não perguntar aos seus pacientes, durante a anamnese, sobre os mesmos terem tido hepatite.

Vale ressaltar que essa omissão ocorreu nas respostas dadas por todos os grupos, inclusive de especialistas e especializandos. Ainda na relação-profissional paciente, 11 CDs declararam ter tido pacientes com desenvolvimento da doença durante seus tratamentos odontológicos; 282 o negaram.

Vinte e um CDs disseram ter atendido pacientes com sinais clínicos da doença, ou recém saídas desta fase.

Os CDs foram questionados sobre qual seria a incidência de hepatite no meio em que vivem 117 (39,93%) a consideraram baixa, para quaisquer dos tipos de doença; 62 (21,16%) acreditam ser moderada, e 19 (6,48%) disseram-na alta. Do total dos perguntados, 95 CDs (32,42%) disseram desconhecer.

Quando da coleta dos dados, 109 CDs (37,20%) afirmaram ter sido vacinados contra hepatite B. Destes, 61 desconheciam que vacina haviam tomado, e apenas 6 teriam feito sorologia pré e/ou pós-vacinação.

Em relação aos acadêmicos da FOJOP, 224 responderam o questionário apresentado. Destes, 57 cursavam o 1º ano, 51 o 3º ano, 58 o 4º ano e 58 o 5º ano. (TABELA 1-B).

Após o início do curso observou-se que nos acadêmicos do 1º ano nenhum caso foi registrado (TABELA 3), no entanto relataram 4 casos em familiares de 1º grau.

Entre os que cursavam o 3º ano apenas 1 contraiu a doença após o início do curso. Estes relataram 9 casos em parentes próximos.

Considerando os 116 alunos do 4º e 5º anos, 3 tiveram hepatite tipo A (1 no 4º e 2 no 5º ano) (TABELA 3). Tais alunos tiveram 21 parentes de 1º grau doentes.

Entre todos os acadêmicos entrevistados 10 (4,46%) já tinham tido hepatite antes do início do curso.

TABELA 1 - PROCEDÊNCIA DOS DADOS

TAB. 1-A: PROCEDÊNCIA DOS DADOS

CIDADE/LOCAL	
Goiânia	64
Brasília	42
Anápolis	78
Interior *	39
Professores FOJOP **	18
Alunos em cursos ***	52

*Inhumas - Goiás - Ipameri - Uruaçu (GO)

** Faculdade de Odontologia João Pudente - Anápolis

*** FOJOP - ABO - EAP (GO)

TAB. 1-B: PROCEDÊNCIA DOS DADOS

GRADUAÇÃO/FOPOP	Nº DE ACADÊMICOS
1º ANO	57
3º ANO	51
4º ANO	58
5º ANO	58

TABELA 2 - Frequência de casos de hepatite entre os Cirurgiões-Dentistas e seus familiares próximos.

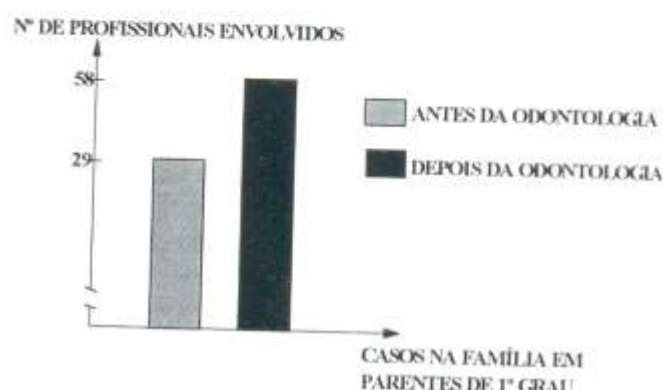
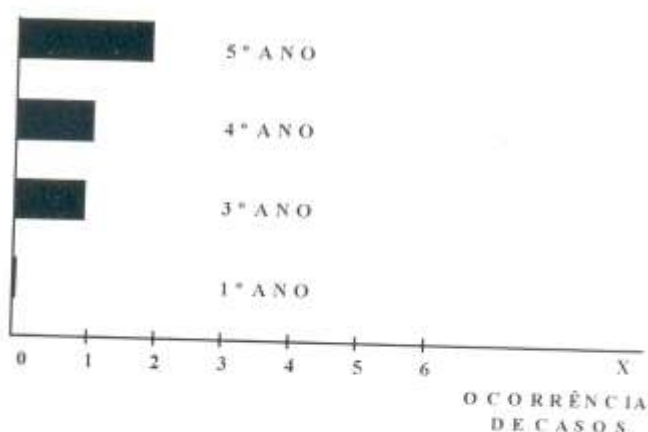


TABELA 3 - Incidência de hepatite entre acadêmicos da FOJOP.



Obs. Dados obtidos de fev/94 a jun/95

DISCUSSÃO

Constata-se claramente, que a incidência de casos de hepatite entre os CDs pesquisados (12,96%), não se fazendo distinção do tipo da doença, é significativamente maior do que a média obtida na população em geral, é de 2 a 7%.

Índices elevados surgem, também, quando se volta a atenção para as pessoas próximas ao CD. Um número expressivo de profissionais citaram ter tido casos de hepatite entre filhos e/ou cônjuge.

Como é alto o número de CDs que não perguntam ao paciente sobre se o mesmo já teve hepatite, pensa-se que também não são tomados cuidados específicos para auto-proteção.

Entre os que disseram incluir nas suas anamneses perguntas a respeito, muitos se contradizem ao seguir respondendo ao questionário oferecido, o que leva à suspeição de que não o fazem rotineiramente, ou de que os resultados que obtêm são imprecisos.

Há desinformação, quase generalizada, dos CDs quanto aos níveis de incidência de hepatite no meio em que vivem. A grande maioria acha reduzidos estes níveis, fazendo contraste com dados oficiais fornecidos que são de 2 a 7%.

Na época em que os dados foram levantados, o número de CDs vacinados contra hepatite B ainda era reduzido. Muitas respostas afirmativas a este respeito foram contraditórias, o que leva a pensar em respostas falsas. Isto vem sugerir receio, por parte destes CDs, de serem mal vistos por sua clientela ou colegas.

Um bom número disse desconhecer qual vacina havia tomado. Na ausência quase total de exames de sorologia pré e/ou pós vacinação, somando-se a esse desconhecimento, fica a dúvida quanto ao real número de imunizados.

No que se refere aos acadêmicos, pode-se notar que um maior número de casos foi detectado naqueles que cursavam os últimos anos. Nestes também foram referidos um maior número de parentes próximos acometidos.

CONCLUSÃO

O presente trabalho confirma alguns tópicos na relação Cirurgião-Dentista/doenças ocupacionalmente adquiridas, no que diz respeito à incidência de formas de hepatite entre estes e pessoas próximas ao mesmo.

Ocorre uma maior prevalência de hepatite entre os CDs do que na população em geral, por serem estes considerados grupos de risco. A incidência permanece elevada ao se

considerar os familiares em primeiro grau, o que permite supor ser, o CD, vetor da mesma junto às pessoas de convivência muito próxima.

Outra evidência preocupante é a progressão daqueles índices na medida em que o acadêmico de Odontologia aumenta seu tempo de faculdade e conseqüentemente, seu contato com pacientes. Este fato também é observado ao se considerar o tempo de formado do CD.

Uma maior conscientização no que se refere a imunização e métodos preventivos da doença ainda se faz necessário, haja visto a grande evasão entre a 1ª e 2ª etapas da Campanha Nacional de Vacinação, realizado em Goiás.

O Cirurgião-Dentista, como co-responsável pela saúde da comunidade em que vive, deve ser visto como firme promotor do bem-estar de todos, e, portanto, referencial positivo em conhecimentos e cuidados no que diz respeito, entre outros assuntos, à esta doença tão intimamente ligada ao seu dia-a-dia.

SUMMARY

With the increasing concern by the authorities from the field of health in relation to the several infective and contagious diseases, the aim of this work is to make an analysis of hepatitis among professionals and Dentistry students and the direct relation with their relatives.

A lot of questionnaires have been made in order to provide us on the analysis and conclusions of this work.

It is evident that exists a potencial risk that dentists and dentistry students of being carriers.

The longer the students spend the time in college, the easier the probability of getting he disease. The same thing occurs when is considered the time of graduation from dental school of the dentists.

UNITERMS

Hepatitis, Group of risk, Dentistry.