



Análise da Cobertura Vacinal da HPV Quadrivalente na Sexta Região de Saúde da Paraíba

Kalyane Sousa Amarante¹; Anne Milane Formiga Bezerra²; Edil Bezerra dos Santos³; Kévia Katiúcia Santos Bezerra⁴; Vanessa do Rosário Albuquerque⁵; Solange Kelly Lima Araújo⁶; Hermes Melo Teixeira Batista⁷; Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas⁸

Resumo: A vacinação contra o papilomavírus humano apresenta grande eficácia para a redução dos casos de câncer de colo de útero. Dessa forma, tem-se como objetivo geral analisar os dados da cobertura vacinal da HPV quadrivalente nos municípios pertencentes à sexta região de saúde da Paraíba no ano de 2017. Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo, transversal com abordagem quantitativa de caráter exploratório, que utilizou como base de dados o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações. A cobertura vacinal regional foi de 17,64%, sendo maior entre os homens em comparação com as mulheres. Os municípios que apresentaram maior cobertura vacinal foram Várzea (31,61%), Vista Serrana (28,55%) e Areia de Baraúnas (27,82%). Houve uma baixa cobertura vacinal no ano analisado, e entre os pacientes do sexo masculino há uma grande queda nas imunizações da segunda dose.

Palavras-chave: Imunização. Papilomavírus Humano. Saúde Pública.

¹ Kalyane Sousa Amarante. Enfermeira do Complexo Regional de Patos.

² Anne Milane Formiga Bezerra. Mestrado Profissional em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande. Supervisora do Estágio Supervisionado I do Faculdades Integradas de Patos, Brasil.

³ Edil Bezerra dos Santos. Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência pela FAVENI-FACULDADE VENDA NOVA DO IMIGRANTE. Supervisor de Aulas Práticas e Estágios do Faculdades Integradas de Patos, Brasil.

⁴ Kévia Katiúcia Santos Bezerra. Mestrado Profissional em Mestrado em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande, Brasil. Professora Auxiliar da Universidade Federal de Campina Grande, Brasil.

Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (2003). Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade de Pernambuco - UPE (2007) e título de Especialista em Genitoscopia pela ABPTGIC (2010). Mestrado pela Universidade Federal de Campina Grande (2015). Especialização em Gestão dos Hospitais Universitários Federais no SUS (IEP / Hospital Sírío Libanês - 2016). Especialização em Preceptoría de Residência Médica no SUS (IEP / Hospital Sírío Libanês - 2017). Especialização em Metodologias Ativas de Aprendizagem na Docência do Ensino Superior (FIP 2018). Atualmente esta como Chefe da Divisão Médica do Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Melo - HUJB/UFCG e Professora Auxiliar da Universidade Federal de Campina Grande

⁵ Vanessa do Rosário Albuquerque. graduação em Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM). Licenciatura em Enfermagem pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

⁶ Solange Kelly Lima Araújo. Especialização em Enfermagem do Trabalho pela FASP - Faculdade São Francisco da Paraíba, Brasil. Enfermeira do Hospital Maternidade Zumira Sedrin Aguiar, Brasil. Orientadora da Célula de Regulação do Sistema de Saúde -SRSUL. Solangearaujo75@gmail.com;

⁷ Hermes Melo Teixeira Batista. Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde pela FMABC. hermes2710batista@gmail.com;

⁸ Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas. Especialista em Saúde Pública pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos, Paraíba, Brasil.

Analysis of Quadrivalent HPV Vacinal Coverage in the Sixth Health Region of Paraíba

Abstract: Vaccination against human papillomavirus is highly effective in reducing cases of cervical cancer. Therefore, the overall objective is to analyze data on the vaccination coverage of quadrivalent HPV in the municipalities of the sixth health region of Paraíba in 2017. A retrospective, descriptive, cross-sectional study was carried out with an exploratory quantitative approach, using the Information System of the National Immunization Program as a database. Regional vaccination coverage was 17.64%, being higher among men compared to women. The municipalities with the highest vaccination coverage were Várzea (31.61%), Vista Serrana (28.55%) and Areia de Baraúnas (27.82%). There was a low vaccination coverage in the year analyzed, and among male patients there is a large drop in immunizations of the second dose.

Keywords: Immunization. Human papillomavirus. Public health.

Introdução

O câncer de colo de útero é o quarto tipo de câncer que mais acomete as mulheres brasileiras. Nos últimos 30 anos observou-se a relação entre o papilomavírus humano (HPV) e o câncer de colo de útero, uma vez que a infecção pelo vírus representa um dos principais fatores de risco, em 94% dos casos (SILVEIRA et al., 2017).

No Brasil, de 2012 a 2016, o número de óbitos por câncer de colo de útero foi de 27.716 casos, sendo revelados a partir dos 15 anos de idade (TALLON et al., 2020).

A vacina contra o HPV é uma ferramenta importante na prevenção e um grande avanço estratégico para a redução dos casos de câncer de colo de útero e pênis. Após a inclusão da mesma no calendário vacinal do Programa Nacional de Imunização (PNI), juntamente com as ações de rastreamento do câncer de colo de útero, possibilitará a articulação entre prevenção e a promoção da saúde com o objetivo de prevenir neoplasias genitais em homens e mulheres no Brasil. Embora os resultados da imunização sejam satisfatórios, vale lembrar que as vacinas disponibilizadas para a população protegem apenas contra os vírus 6, 11, 16 e 18 (que são mais comuns entre a população), deixando o imunizado propenso a desenvolver outro subtipo do vírus (ZANINI et al., 2017).

O Ministério da Saúde (MS), em 2014, incluiu no calendário vacinal dos adolescentes a vacina contra o HPV. Inicialmente, a vacina quadrivalente era disponibilizada para meninas entre 11 e 13 anos. Em 2015, a faixa etária foi modificada, passando a ser ampliada para

meninas entre 9 a 13 anos, cujo esquema vacinal foi estendido por meio de três doses, sendo a primeira dose com data a escolher, a segunda dose seis meses após a primeira e a terceira dose com sessenta meses decorridos da primeira aplicação (SILVEIRA et al., 2017).

Em 2016 esse esquema vacinal no Brasil foi modificado, sendo assim passou a ser realizado em duas doses, em que a segunda dose deve ser aplicada seis meses após a primeira (INCA, 2016).

É necessário salientar que a segunda dose é importante para garantir o reforço e também o prosseguimento para o alcance de uma resposta imune satisfatória. Ao receber apenas uma dose, existe uma produção de anticorpos, porém não é eficaz para obtenção de uma resposta imune adequada (PEREIRA; SOUZA, 2017).

Mediante buscas na literatura sobre a adesão da vacina, foi verificada a baixa cobertura vacinal do público alvo, o que interferiu diretamente na meta estipulada pelo MS em 2017. Baseado nessas informações, buscou-se analisar os dados da cobertura vacinal da HPV quadrivalente nos municípios pertencentes à sexta região de saúde da Paraíba no ano de 2017. O tema foi escolhido após serem observados diversos estudos que abordam a cobertura vacinal do HPV entre adolescentes no Brasil.

Métodos

Delineou-se um estudo retrospectivo, descritivo, transversal com abordagem quantitativa de caráter exploratório, que tem como universo da pesquisa a base de dados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), referente ao registro de vacinados contra o HPV, entre os municípios pertencentes a sexta região de saúde da Paraíba durante o ano de 2017.

A amostra foi composta por todos pacientes cujos dados foram inseridos no SI-PNI, com os seguintes critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos; idade entre nove e 15 anos; portadores de HIV; portadores de Câncer; transplantados.

Delimitou-se geograficamente a análise aos 24 municípios pertencentes à sexta região de saúde da Paraíba. Foram excluídos aqueles indivíduos com menos de 09 anos de idade e os que estejam fora do público alvo. O objetivo do estudo teve como foco meninas e meninos entre 9 e 14 anos, 11 meses e 29 dias e pessoas com HIV/aids, oncológicos e transplantados entre 09 a 26 anos, público-alvo da imunização para o MS.

Os dados coletados relativos ao número de doses aplicadas e de cobertura vacinal foram armazenados em planilhas eletrônicas, estruturadas no Programa Microsoft Excel e em seguida, foram processados pelo aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) for Windows, versão 22.0, sendo analisados por meio de estatística descritiva.

Se tratando de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, atendendo aos aspectos éticos constantes nas normativas específicas do Brasil emanadas do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012, 2016).

Resultados

Em 2017, foram administradas na 6ª Gerência Regional de Saúde (GRS) da Paraíba, um total de 9.684 doses da vacina quadrivalente contra o HPV, das quais 6.694 correspondentes à primeira dose (D1), 2.988 à segunda dose (D2) e duas aplicações de terceira dose (D3). Enquanto o município de Patos teve o maior contingente de imunobiológicos aplicados, Quixaba, no outro extremo, teve apenas onze imunizações registradas (Tabela 1).

Tabela 1. Número de doses aplicadas por cidade e sexo, Paraíba, Brasil, 2017.

Município	Sexo								Total
	Masculino				Feminino				
	D1	D2	D3	Total	D1	D2	D3	Total	
Areia de Baraúnas	51	20	0	71	33	29	0	62	133
Cacimba de Areia	59	22	0	81	25	26	0	51	132
Cacimbas	245	86	0	331	109	146	0	255	586
Catingueira	112	45	0	157	22	34	0	56	213
Condado	135	1	0	136	34	80	0	114	250
Desterro	143	35	0	178	86	79	0	165	343
Emas	68	11	0	79	27	54	0	81	160
Junco do Seridó	137	42	0	179	77	63	0	140	319
Mãe d'Água	68	31	0	99	29	28	0	57	156
Malta	142	18	0	160	53	60	0	113	273
Maturéia	192	61	0	253	79	79	0	158	411
Passagem	14	5	0	19	13	28	0	41	60
Patos	1526	214	0	1740	1264	682	0	1946	3686
Quixaba	12	1	0	13	7	10	0	17	30
Salgadinho	63	3	0	66	35	35	0	70	136
Santa Luzia	165	45	0	210	87	93	1	181	391
Santa Teresinha	114	32	0	146	47	56	0	103	249
São José de Espinharas	142	32	0	174	72	49	0	121	295

São José do Bonfim	52	13	0	65	23	17	0	40	105
São José do Sabugi	89	19	0	108	40	71	0	111	219
São Mamede	198	62	0	260	85	99	0	184	444
Teixeira	299	90	0	389	160	137	0	297	686
Várzea	74	40	0	114	23	28	0	51	166
Vista Serrana	121	53	1	175	43	24	0	67	241
Total	4221	981	1	5203	2473	2007	1	4481	9684

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI).

Foram imunizados 5.196 meninos de até quatorze anos, nos quais 4.218 receberam a primeira dose (D1), enquanto entre as meninas houve registros de 4.461 doses administradas, sendo 2.461 como D1. No ano analisado, deram início ao esquema vacinal, 1.303 meninas (faixa etária dos 09 anos) e 1.041 meninos (faixa etária dos 11 anos) contra o HPV. Em pacientes fora da faixa recomendada, 69 doses foram administradas em pacientes do sexo masculino, enquanto nas mulheres só houve 20 destes registros (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das doses de vacina aplicadas por sexo e idade, Paraíba, Brasil, 2017.

Idade	Sexo								Total
	Masculino				Feminino				
	D1	D2	D3	Total	D1	D2	D3	Total	
9 anos	23	1	0	24	1303	571	0	1874	1898
10 anos	26	12	0	38	482	697	1	1180	1218
11 anos	1041	43	0	1084	247	277	0	524	1608
12 anos	1572	284	0	1856	205	217	0	422	2278
13 anos	1109	408	1	1518	160	158	0	318	1836
14 anos	447	229	0	676	64	79	0	143	819
15 anos	1	3	0	4	0	0	0	0	4
16 anos	2	1	0	3	0	0	0	0	3
18 anos	0	0	0	0	1	0	0	1	1
19 anos	0	0	0	0	1	0	0	1	1
20-26 anos	0	0	0	0	10	8	0	18	18
Total	4221	981	1	5203	2473	2007	1	4481	9684

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI).

A cobertura vacinal entre os homens foi superior às mulheres no cenário geral, e nenhuma atingiu a marca de 20%. Apenas seis municípios apresentaram cobertura vacinal feminina superior à masculina (Emas, Passagem, Patos, Quixaba, Salgadinho, São José do Sabugi). Passagem e Quixaba não atingiram 10% de cobertura vacinal entre os homens,

enquanto Quixaba também foi o único município a não vacinar pelo menos uma em cada dez adolescentes da faixa etária preconizada. Várzea apresentou os melhores números entre os homens, vacinando 44,19% do público-alvo, e entre as mulheres Areias de Baraúnas teve o melhor índice (24,22%). O bom percentual entre os homens contribuiu decisivamente para que Várzea tivesse a melhor cobertura vacinal da HPV quadrivalente no geral, sendo o único município a superar os 30% (Tabela 3).

Tabela 3. Cobertura vacinal por município e sexo, Paraíba, Brasil, 2017.

Município	Sexo		Geral
	Masculino	Feminino	
Areia de Baraúnas	31,98	24,22	27,82
Cacimba de Areia	20,45	12,66	16,52
Cacimbas	28,98	22,95	26,05
Catingueira	23,57	10,11	17,46
Condado	17,39	15,86	17,12
Desterro	15,79	14,89	15,35
Emas	16,39	18,20	17,26
Junco do Seridó	20,60	17,43	19,08
Mãe d'Água	19,96	11,52	15,74
Malta	22,66	16,77	19,78
Maturéia	29,38	18,57	24,01
Passagem	7,98	15,24	11,83
Patos	14,77	16,20	15,49
Quixaba	5,49	7,42	6,44
Salgadinho	13,36	14,55	13,95
Santa Luzia	12,49	10,93	11,72
Santa Teresinha	22,05	18,49	20,34
São José de Espinharas	30,26	23,96	27,31
São José do Bonfim	16,25	10,31	13,32
São José do Sabugi	22,64	23,92	23,27
São Mamede	31,06	23,99	27,68
Teixeira	20,13	16,69	18,48
Várzea	44,19	19,32	31,61
Vista Serrana	36,71	18,11	28,55
Total	18,72	16,50	17,64

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI).

A perda de segmento com resultante em um calendário vacinal incompleto é um fenômeno maior entre os homens. Ainda que 32,91% deles receba a primeira dose (D1) da vacinação do HPV quadrivalente, apenas 6,55% receberam a segunda dose do imunobiológico em 2017. No cenário regional, a queda de aplicação entre as mulheres é menor, saindo de

19,72% em D1 para 13,74 em D2. Os índices de vacinação de D1 entre os homens são bastante elevados e paradoxalmente baixos quando vistos os registros da D2. Já entre as mulheres, em dez municípios a cobertura vacinal foi maior na segunda aplicação da vacina, em comparação com os registros da D1 (Tabela 4).

Tabela 4. Cobertura vacinal por dose e sexo, Paraíba, Brasil, 2017.

Município	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	D1	D2	D1	D2
Areia de Baraúnas	50,50	16,53	28,21	20,86
Cacimba de Areia	32,60	10,23	13,66	11,82
Cacimbas	46,40	14,01	21,17	24,50
Catingueira	36,36	12,57	8,63	11,37
Condado	37,50	0,24	10,27	20,62
Desterro	27,55	5,76	16,83	13,23
Emas	30,36	4,26	12,98	22,78
Junco do Seridó	34,16	8,97	20,87	14,52
Mãe d'Água	29,57	11,65	12,66	10,53
Malta	43,43	4,75	16,99	16,57
Maturéia	48,48	13,12	20,10	17,25
Passagem	12,96	3,85	10,40	19,44
Patos	28,05	3,37	22,80	10,53
Quixaba	11,01	0,78	6,67	8,06
Salgadinho	27,39	1,14	15,77	13,51
Santa Luzia	21,35	4,95	11,46	10,47
Santa Teresinha	37,01	9,04	18,29	18,67
São José de Espinharas	53,99	10,26	30,90	18,01
São José do Bonfim	28,42	5,99	12,85	8,13
São José do Sabugi	40,64	7,36	18,60	28,51
São Mamede	50,64	13,90	23,94	24,03
Teixeira	33,48	8,66	19,44	14,32
Várzea	62,18	28,78	18,70	19,86
Vista Serrana	55,50	20,70	25,29	12,00
Total	32,91	6,55	19,72	13,74

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI).

A melhor cobertura vacinal de D1 e D2 entre os homens foi registrada em Várzea com, respectivamente, 62,18% e 28,78. No outro extremo, Quixaba imunizou apenas 11,01% dos homens na primeira aplicação, enquanto Condado praticamente não teve registros, com 0,24% da população masculina preconizada imunizada na segunda dose. Nas mulheres, Areias de Baraúnas vacinou 28,21% em D1, ao passo que Quixaba para a mesma dose não atingiu 7%.

Para D2, São José do Sabugi (28,51%) e Quixaba (8,06%) tiveram coberturas vacinais nos extremos.

Discussão

Neste estudo transversal, a cobertura vacinal registrada na sexta região de saúde da Paraíba foi baixa, com registros ocasionais de valores superiores a 30%, ao passo que em alguns municípios os índices de vacinação pela HPV quadrivalente foram sistematicamente baixos, independente de sexo e dose aplicada.

O registro do maior índice de doses aplicadas ter ocorrido em Patos, pode ser justificado por esse município ser o mais populoso, bem como a sede da sexta regional de saúde da Paraíba (IBGE, 2010). Teixeira obteve o 2º lugar do ranking com 686 doses aplicadas, e Cacimbas com 586 doses administradas teve o terceiro maior contingente administrado.

Conforme estudos realizados por diversos autores, a quantidade de vacinas administradas referentes a primeira dose (D1) foi bem maior em relação à segunda dose (D2) (GUEDES et al., 2017; IWAMOTO; TEIXEIRA; TOBIAS, 2017; PEREIRA; SOUZA, 2017; SILVEIRA et al., 2017). Já na cobertura vacinal, exceções foram registradas entre os dados do sexo feminino, com a cobertura da aplicação da segunda dose superior à da primeira em dez municípios. Entre o sexo feminino, o número de D2 sobressaiu-se em relação às doses aplicadas ao sexo masculino, exceto nas cidades de Catingueira (45 *versus* 34), Várzea (31 *versus* 28) e Mãe d'Água (31 *versus* 28).

O Ministério da Saúde (MS) ampliou a oferta da vacina contra o HPV para a faixa etária feminina (dos 9 aos 14 anos, 11 meses e 29 dias) e para os meninos (dos 11 aos 14 anos, 11 meses e 29 dias) ao final do ano de 2017 (BRASIL, 2018). Contudo, mesmo com a faixa ampliada, ainda houve registros na regional de saúde de doses administradas fora deste delineamento etário.

A meta estipulada para o Brasil pelo MS é de vacinar no mínimo 80% do público alvo, pois o resultado da vacinação em termos de saúde coletiva irá alcançar um percentual de cobertura considerável proporcionando efetividade na “imunidade coletiva ou de rebanho” o que irá reduzir a transmissão do vírus do HPV em pessoas não vacinadas (GUEDES et al., 2017; PEREIRA; SOUZA, 2017). Na sexta regional de saúde, a cobertura vacinal em 2017 ficou bem distante do preconizado, principalmente na aplicação de D2.

Supõe-se que a redução da quantidade de doses administradas pode estar relacionada ao fato da primeira dose ter sido realizada em escolas públicas e privadas, nos dias e horários letivos, em que os profissionais de enfermagem foram diretamente ao público alvo. Como a segunda dose ficou de ser aplicada nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), na dependência de cada menina e menino que tomou D1 ser levado até a ESF para receber D2, entra em pauta a dificuldade dos familiares terem acesso às unidades de saúde ou até mesmo o lapso das mães para consequentemente não prosseguir com a segunda dose da vacina (PEREIRA; SOUZA, 2017).

A maior adesão à imunização contra o HPV registrada pontualmente em alguns pequenos municípios, pode ser explicada por se tratar de municípios com uma área abrangente menor, o que proporciona um maior controle dos profissionais de saúde na realização do esquema completo e/ou o fato dos familiares dessas localidades possuírem maior interesse e compreensão sobre a importância de se completar o esquema vacinal de forma adequada (SILVEIRA et al., 2017).

Após o conhecimento sobre a vacina tornar-se mais amplo e irrestrito, pais e responsáveis pelos adolescentes irão autorizar com maior frequência o processo de vacinação, contribuindo para que estes cheguem à fase adulta com menor risco de contrair o vírus do HPV que também provoca o aparecimento de lesões na garganta, vulva, ânus e pênis (PEREIRA; SOUZA, 2017).

A baixa adesão na continuidade do esquema vacinal, um fenômeno registrado principalmente entre os homens, pode estar ligada a vários fatores: falta de conhecimento sobre o HPV, suposta iniciação das atividades sexuais precocemente e possíveis efeitos adversos graves provocados pela vacina (GUEDES et al., 2017; SANCHES et al., 2017).

As ações multiprofissionais que estão direcionadas a saúde do adolescente, saúde da mulher e do homem, corroboram diretamente com a execução das estratégias para atingir a meta de imunização no público-alvo contra o HPV, culminando na imunização em massa dos jovens, reduzindo a incidência de novos casos de câncer de vulva, de colo de útero, pênis e ânus relacionados ao HPV. O Plano Nacional de Saúde (PNS) relata que a adolescência é um período favorável para a aquisição de comportamentos saudáveis, necessitando de políticas de saúde consistentes e adaptáveis a essa fase do ciclo de vida que promovam ganhos a saúde (BRASIL, 1996).

É mais fácil prevenir a doença por meio daqueles que ainda não deram início a vida sexual do que aqueles que já são sexualmente ativos, o que aumenta a importância da

investigação de doses administradas a pacientes com idade bastante superior à recomendada. A imunização contra o HPV é uma medida importante na prevenção contra o câncer de colo de útero, porém é necessário que seja esclarecido abertamente as bases imunológicas e imunogenicidade da vacina em grupos etários abaixo de nove e acima de 26 anos entre homens e mulheres o que pode interferir negativamente na adesão da população (IWAMOTO; TEIXEIRA; TOBIAS, 2017; PEREIRA; SOUZA, 2017; SANCHES et al., 2017).

Os adolescentes fazem parte do grupo de intervenção prioritária na saúde reprodutiva e na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), cabendo aos profissionais de saúde apoiar esse público a assumirem de forma contínua o controle e tomada de decisões sobre a sua própria vida no que diz respeito a comportamentos promovedores de saúde e a adesão de vacinas, incluindo a do HPV, antes do início da atividade sexual (MARTINS, 2017). O investimento na saúde da população adolescente garante a qualidade de vida, energia, espírito criativo, inovador e construtivo da população jovem, considerados um potencial capaz de influenciar positivamente no desenvolvimento do país (BRASIL, 2010).

A cobertura vacinal contra o HPV, em 2017, apresentou valores bastante discrepantes entre as doses, idade e municípios. O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma ponte entre a educação e a saúde da comunidade, o que pode ser usado como aliado durante todo o processo de educação permanente com as crianças e os jovens a serem imunizados contra o HPV.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a escola é o melhor local para educar em saúde. É um direito fundamental a todos os meninos e meninas, pois promove aproveitamento escolar, qualidade de vida e produtividade econômica, o que proporciona formação e fortalecimento dos comportamentos e hábitos saudáveis, transformando meninos e meninas em sujeitos capazes de influenciar em mudanças na saúde de suas comunidades (OMS, 1995).

Um estudo com mais de 50 países, relata a experiência de implantarem a vacina do HPV no calendário vacinal (FRANÇA et al., 2017). A adesão foi melhor quando as primeiras doses da vacina foram aplicadas na escola, o que facilitou aos jovens o acesso à vacina, para aqueles que não procuram ou não tem acesso as unidades de saúde onde residem.

As políticas de atenção primária do país são estratégias de prevenção e promoção da saúde para a comunidade. Por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são o elo entre a Atenção Básica (AB) e a comunidade, é possível que se faça a busca ativa do público-alvo das campanhas de vacinação, o que determina o sucesso na adesão da vacinação individual e em massa (MANOEL et al., 2017).

Os enfermeiros são importantes nesse processo, pois desempenham um papel preeminente na vacinação que é direcionada a prevenção de doenças transmissíveis e na promoção do sexo seguro, visto que a infecção pelo HPV e demais ISTs são preveníveis através da adoção de práticas sexuais seguras e vacinação (MARTINS, 2017).

Por se tratar de uma nova medida de prevenção contra o HPV, a campanha para vacinação entre adolescentes, foi pouco explicável aos pais e responsáveis por esses jovens, o que contribuiu com a baixa adesão da vacinação na segunda fase da campanha, enfatizando assim a ineficácia da quebra de barreiras e a existência de mitos sobre a imunização contra o vírus do HPV (FRANÇA et al., 2017).

Considerações Finais

Em virtude da baixa cobertura vacinal, a campanha de vacinação não atingiu a meta estipulada pelo MS nas duas doses realizadas na sexta região de saúde. Municípios mais populosos tiveram índices menores de cobertura vacinal, e mesmo em subgrupos nenhum município ou faixa etária alcançou a meta de 80% de população vacinada. Existiu um fenômeno de redução da cobertura vacinal na segunda dose, mais proeminente entre os homens.

Esses resultados necessitam emergencialmente de uma estratégia criteriosa em relação aos motivos que influenciaram no péssimo resultado da cobertura vacinal de 2017. É necessário reestruturação da política de vacinação do PNI, que tem apresentado grandes dificuldades de cobrir meta como, por exemplo, a cobertura vacinal do Sarampo que mesmo o Brasil estando em surto epidêmico e havendo propagandas massificadas, a população muitas vezes permanece omissa em garantir os direitos de suas crianças e adolescentes em estarem imunizados.

O sucesso da adesão à vacina contra o HPV depende principalmente do nível de informação repassado para os adolescentes, professores, pais e/ou responsáveis e pessoas que sejam influentes dentro da comunidade. É necessário que o PSE seja mais atuante nos municípios, pois este momento será propício para que adolescentes pais e responsáveis possam sanar todas as suas dúvidas a respeito da vacina.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 48.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. **Informe técnico da aplicação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16, 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- FRANÇA, S. B. et al. Adesão das adolescentes à campanha de vacinação contra o papiloma vírus humano: no Brasil, Minas Gerais e Microrregião da Serra Geral. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 19, n. 1, p. 2-12, jan./jun. 2017.
- GUEDES, M. C. R. et al. Vacina do *papilomavírus* humano e o câncer do colo do útero: uma reflexão. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11 n. 1, p. 224-231, jan. 2017.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Tabela 200**. Brasília, 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Controle do câncer de colo do útero**. 2016 Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/esquema-vacinacao-contrahpv-no-sus-passa-ter-duas-doses>. Acesso em: 22 dez. 2020.
- IWAMOTO, K. O. F.; TEIXEIRA, L. M. B.; TOBIAS, G. C. Estratégia de vacinação contra HPV. **Revista Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, Supl. 12, p. 5282-5288, dez. 2017.
- MANOEL, A. L. et al. Avaliação do conhecimento sobre o vírus do papiloma humano (HPV) e sua vacinação entre agentes comunitários de saúde na cidade de Tubarão, Santa Catarina, em 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 399-404, abr./jun. 2017.
- MARTINS, C. I. S. **Prevenção do vírus do papiloma humano (HPV) nas adolescentes**. 2017. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2017.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde**. Brasília, 1995.

PEREIRA, F. B.; SOUZA, E. P. Cobertura vacinal do HPV para adolescentes: desafios e possibilidades. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, [S. l.], v. 11, n. 38, p. 530-540, 2017.

SANCHES, T. T. et al. Evolução do sistema de saúde no Brasil frente ao estágio atual da prevenção do câncer de colo uterino em mulheres jovens e adolescentes. **Rev. Fac. Med.**, [S. l.], v. 65, n. 1, p. 115-120, 2017.

SILVEIRA, B. J. et al. Adesão à imunização contra o papilomavírus humano na saúde pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 18, n. 1, p.157-164, 2017.

TALLON, B. et al. Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 362-371, abr./jun. 2020.

ZANINI, N. V. et al. Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-13, jan./dez, 2017.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

AMARANTE, Kalyane Sousa; BEZERRA, Anne Milane Formiga; SANTOS, Edil Bezerra dos; BEZERRA, Kévia Katiúcia Santos; ALBUQUERQUE, Vanessa do Rosário; ARAÚJO, Solange Kelly Lima; BATISTA, Hermes Melo Teixeira; CALDAS, Mona Lisa Lopes dos Santos. Análise da Cobertura Vacinal da HPV Quadrivalente na Sexta Região de Saúde da Paraíba. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Maio/2021, vol.15, n.55, p. 237-249, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 17/03/2021;

Aceito: 27/03/2021.