
Cobertura Vacinal Contra o HPV em Meninas de 09 a 11 Anos no Município de Rolim de Moura – RO

Paula Alexandra Tavares Machado¹
Antônio Carlos Marques de Alcântara²

RESUMO: As estimativas mundiais indicam que 20% dos indivíduos estão infectados pelo vírus do HPV e que a cada ano surgem aproximadamente 500.000 mil novos casos de neoplasias cervicais. Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 32% das mulheres portadoras do HPV estão infectadas pelo subtipo 16 e/ou 18. A transmissão ocorre por via sexual como também por meio de contato com a pele ou genitália infectada, a contaminação por via sexual só pode ser evitada com a abstinência total de qualquer prática sexual visto que os preservativos não garantem a proteção total. Sabendo que as adolescentes têm iniciado a vida sexual precocemente damos a importância de uma divulgação em relação a vacina como meio de prevenção. Esse estudo tem como objetivo apresentar a cobertura vacinal do Município de Rolim de Moura- RO em um comparativo com as duas esferas Estado e União, mostrar que o melhor meio de atingir a meta é a informação sobre a patologia. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica quantitativa descritiva, a investigação foi realizada através de artigos científicos, Banco de dados PNI, manuais e outros. Dados do PNI mostram que o município de Rolim de Moura obteve cobertura anual de vacinação de 43,75% abaixo do estado que atingiu 54,01% e união 57,08%. Sabendo que a vacinação é esperança para redução dos casos de HPV, as três esferas devem aderir uma estratégia e atividades que melhorem a cobertura vacinal afim de reduzir os casos de câncer cervical e consequências advindas do contágio com o vírus.

PALAVRAS-CHAVES: HPV. Vacinação. Cobertura Vacinal.

Vaccine Coverage Against HPV in Girls aged 9 to 11 Years in the Municipality of Rolim de Moura – RO

ABSTRACT: The Global estimates indicate that 20% of individuals are infected with HPV and that every year arise about 500 million new cases of cervical cancer. The World Health Organization (WHO) estimates that 32% of women with HPV are infected with subtype 16 and / or 18. The transmission occurs through sexual intercourse but also through contact with infected skin or genitals, the contamination through sex It can only be prevented with complete abstinence from all sexual practices since condoms do not guarantee total protection. Knowing that teens have begun their sexual life early, we give the importance of disclosure in relation to vaccine as prevention. This study aims to present vaccination coverage of the City of Rolim de Moura- RO in a comparison with the two spheres, the State and Union, that show the best way to achieve the goal is information about the pathology. This was a descriptive quantitative literature review, the research was carried out through scientific articles, database PNI, manuals and others. Data of PNI show that the Rolim de Moura city obtained annual vaccination of 43.75% below the state than reached 54.01% and union 57.08%. Knowing that vaccination is hope for reducing the incidence the HPV, the three spheres should accede one strategie and activities to improve immunization coverage in order to reduce cases of cervical câncer and the consequences resulting the contagion with the virus.

KEYWORDS: HPV. Vaccination. Vaccination coverage.

¹ Acadêmica do 10º período do Curso de Enfermagem da Faculdade São Paulo - FSP. E-mail: paulaalexandra.patm@gmail.com

² Acadêmico do 10º período do Curso de Enfermagem da Faculdade São Paulo – FSP. E-mail: enfermagemmeescolheu@gmail.com

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o Papilomavírus Humano (HPV) é umas das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) mais comuns, sendo capaz de causar o câncer do colo uterino, como também as verrugas genitais. Dentre os mais de cem tipos de HPV, os tipos virais mais comuns são 6 e o 11 que são causadores das verrugas anogenitais e o 16 e 18 considerados os percussores dos carcinomas genitais (GUIA DO HPV, 2013). Segundo Linhares e Villa (2006), as estimativas mundiais indicam que aproximadamente 20% dos indivíduos normais estão infectados com o HPV e, que a cada ano surgem em torno de 500.000 casos novos de câncer do colo do útero, nos quais, aproximadamente 70% ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que 291 milhões de mulheres no mundo todo sejam portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos tipos 16 ou 18, ou por ambos (COREN 2014, p. 42).

A maioria dessas infecções desaparece espontaneamente, sendo, na maioria das vezes, assintomática. O risco de desenvolvimento de doença está associado a infecções persistentes por esses vírus, sobretudo aquelas que envolvem os tipos de alto risco oncogênicos. (LINHARES; VILLA, 2006). A população masculina é a principal responsável pela transmissão da infecção ao sexo feminino, que se dá de forma sexual. Diferente de outras DST's, o HPV é transmitido mais facilmente do homem para a mulher do que da mulher para o homem (ZARDO et al., 2014). O HPV pode ser transmitido por contato direto dos órgãos genitais durante a prática sexual, também por relações anais que podem resultar em infecções virais e neoplasias anais e pelo sexo oral (ROSA et al., 2009).

A principal via de transmissão do HPV é sexual, porém pode ser transmitido por toalhas, roupas íntimas, sabonete, de forma materno-fetal, ou ainda por meio de instrumentos ginecológicos não-esterilizados ou realizados de maneira inadequada (CONTI et al., 2006). A contaminação por via sexual só pode ser evitada com a abstinência completa, para todas as práticas sexuais, visto que os preservativos não garantem a proteção total e o vírus pode ser transmitido mesmo por atividades sexuais onde não ocorra a penetração (NADAL; NADAL, 2008).

A iniciação da vida sexual precoce esta associado o principal fator de infecção pelo vírus, tal fator esta relacionado aos fatores socioeconomicos e culturais de todo o país,

utilizando a vacina como uma proposta de esperança para o futuro com a redução das infecções pelo HPV (ALMEIDA et al., 2014).

Segundo os dados do Ministério da Saúde o grupo prioritário da vacinação é meninas entre 9 a 11 anos, meninas indígenas de 9 a 13 anos e mulheres entre 9 a 26 anos que convivem com HIV, a incorporação das mulheres soropositivas consisti em um estudo que indica que essas mostraram uma grande incidência de infecção pelo vírus HPV três vezes maior que em uma pessoa soro negativa, desenvolvendo mais chances de lesões epiteliais escamosas de alto grau (BRASIL, 2015).

A vacina preferencialmente deve ser utilizada em mulheres antes do início da vida sexual, pois a contaminação pelo vírus ocorre nos primeiros contatos sexuais, tornando a administração da vacina neste período mais eficaz, pois, caso o indivíduo já esteja contaminado a vacina perde a sua eficácia (NADAL; MANZIONE, 2006).

No ano de 2014 no Brasil foram vacinadas aproximadamente 5 milhões de meninas na faixa etária de 11 a 13 anos, que equivale mais de 54% total da meta estipulada. Pretendendo atingir a meta de 80% o país abrange a faixa etária da vacinação e realiza campanhas em escolas privadas e públicas bem como 36 mil salas de vacinação espalhadas por todo o Brasil (NASCIMENTO; SILVA 2015 *apud* BRASIL, 2015).

O presente estudo tem como objetivo apresentar a cobertura vacinal do Município de Rolim de Moura- RO em um comparativo com as duas esferas Estado e União, com intuito de informar a importância de atingir a meta vacinal para garantir a redução de novos casos de contaminação do vírus HPV. Mostrar que o melhor meio de atingir a meta estipulada é a informação a respeito da patologia e sua consequência e gravidade.

1 CONTEXTO HISTORICO DO VÍRUS DO HPV

Historicamente, a associação do vírus HPV com o câncer de colo de útero começou em 1949, quando o patologista George Papanicolau introduziu o exame mais difundido no mundo para detectar a doença, o exame “Papanicolau”. Esse exame permitiu identificar mulheres com alterações celulares pré-maligna, possibilitando observar uma associação da atividade sexual com o desenvolvimento do câncer de colo de útero. No entanto, somente na década de 70, o conhecimento acerca da etiologia da doença teve considerável avanço (NAKAGAWA et al., 2010).

Os vírus do HPV são classificados na família Papillomaviridae, gênero Papilomavirus. São vírus não envelopados, de simetria icosaédrica, com 72 capsômeros e um genoma de DNA de fita dupla circular, constituindo-se de aproximadamente 6.800 a 8.400 pares de bases (SOUTO et al., 2005). De acordo com Rodrigues e Yazigi (2011), mais de 100 genótipos deste vírus foram descritos atualmente e identificaram cerca de 40 tipos de HPV que pode infectam a mucosa genital. Destes, apenas 15 têm potencial oncogênicos, tornando-se um cofator necessário para o desenvolvimento de lesões pré-cancerosas intra-epiteliais neoplásicas (NIE).

A partir disso os autores afirmam que:

Classicamente foram agrupados em aqueles de alto risco oncogênicos intermediário e baixo. Subtipos virais de alto risco são: 16, 18, 45, 56 e detectado principalmente em lesões de alto grau e câncer; os subtipos virais de risco intermediário são: 31, 33, 35, 51 e 52 associado a todos os graus de NIE e o grupo de baixo risco são: 6, 11, 34, 43, e 44 mais frequentemente detectado em lesões benignas (verrugas genitais). Ambos alto risco e risco intermediário são considerados potencial oncogênicos. Os dois tipos virais mais frequentemente associada com o câncer cervical são 16 e 18, sendo quer presente em cerca de 70% destes casos (RODRÍGUEZ; YAZIGI, 2011 p. 446).

Ministério da Saúde afirma que a maioria das infecções são assintomáticas ou inaparentes. Outras podem apresentar-se sob a forma de condilomas acuminados, verrugas genitais ou cristas de galo. Pode também assumir uma forma subclínica, visível apenas sob técnicas de magnificação (lentes) e após aplicação de reagentes, como o ácido acético (BRASIL, 2006).

1.1 Formas de Transmissão

De acordo com Guia de Vacinação HPV (2014), as formas mais comuns de transmissão são por via sexual, porém a contaminação não é adquirida apenas pela penetração o vírus tem uma alta virulência onde o contato com a pele ou genitália contaminada pode ocorrer transmissão da doença. Ainda existe a possibilidade de transmissão por via vertical a qual estudos é um caso raro, porém pode ocorrer durante o parto, e por fômites que se dá através de objetos como toalhas, roupas e entre outros.

Segundo o infectologista e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Edson Moreira, a camisinha tem um papel relevante na contenção de DSTs, mas não evita totalmente o contágio pelo HPV, que pode ocorrer mesmo sem penetração, porque o vírus também está na pele da região genital. Calcula-se que o uso da camisinha consiga barrar apenas entre 70% e 80% das transmissões do HPV (GUIA DO HPV, 2013).

Dentre as formas de transmissão do HPV e câncer de colo de útero existem os fatores de risco que segundo Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva - INCA (2013), que se dá pelo início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, números de gestações, tabagismo, uso de contraceptivos orais, infecções múltiplas, resposta imune e contaminação por *Chlamydia Trachomatis* e pelo vírus herpes simples tipo 2.

1.2 Vacina contra o HPV

Segundo Silva et al., (2009) visando o combate da disseminação do vírus e o controle das lesões HPV induzidas foram desenvolvidos dois tipos de vacinas contra o HPV, a profilática e a terapêutica as quais os autores citados afirmam que:

[...] A vacina profilática estimula o desenvolvimento da resposta imunológica humoral, a qual ocorre após contato com as “partículas semelhantes a vírus” ou vírus-like particles (VLP), que são estruturas em forma de vírus sem conter o DNA viral. Tal fato justifica sua maior efetividade em pacientes que nunca entraram em contato com o Papiloma Vírus. [...] Já vacina terapêutica estimula o desenvolvimento da resposta imune celular, ao sensibilizar células imunocompetentes para atuar no combate à infecção viral, [...]sendo os resultados de sua eficácia ainda não muito animadores para uso como terapêutica primária... (SILVA et al., 2009 p. 520).

Buscando uma prevenção primária, desenvolveram duas vacinas que atualmente são encontradas disponíveis no mercado. A bivalente (Cervarix® - GlaxoSmithKline Inc.) que atua contra os genótipos 16 e 18, e a quadrivalente (Gardasil® - Merck & Co., Inc) que atua contra os genótipos 6 e 11 e também contra o 16 e 18. Registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2006 a quadrivalente e 2008 a bivalente (ANDRADE, 2010).

Conforme publicação da *Center for Disease Control* (CDC), estabeleceram como vacina de rotina a quadrivalente que previne os tipos de HPV 6,11, 16 e 18, onde mostrou que os participantes que receberam as três doses da vacina não tiveram evidencia de infecção pelos vírus composto da vacina. Porém estabelece que não existe evidencia de prevenção contra outros tipos de HPV que não estão compostos na vacina.

Desse modo, a vacina é uma prevenção primária e não deve ser substituída pelo exame Papanicolau, pois ela apenas confere proteção a subtipo 6,11, 16 e 18 e não aos outros tipo oncogênicos do HPV, visto também que não oferece proteção a outras doenças sexualmente transmissíveis, assim valendo ressaltar que é indispensável o uso de preservativos em todas as relações sexuais. O PNI (Programa Nacional De Imunização) estabelece que a vacina não deve ser recomendada como uso terapêutico para tratamento de câncer de colo uterino, lesões

cervicais, vulvares e/ou vaginais como também as verrugas genitais visto que é apenas uma medida profilaxia (BRASIL, 2015).

Apesar do progresso que a vacina tem sido ao Brasil, é analisado algumas questões sendo:

- a) O alto custo (aproximadamente 120 dólares/doses nos EUA) e a necessidade de três aplicação gerando assim (360 dólares/paciente).
- b) Mesmo realizando as três doses de imunização, a vacina não garante proteção a todos os subgrupos do vírus, devendo ainda fazer a triagem para o CC (Câncer Cervical).
- c) A vacina alcança 100% de eficácia quando administrada as mulheres que não iniciaram a vida sexual, pois ainda não foram infectada pelo HPV. Porém se já tiverem iniciado o contato sexual e forem infectada pelo virus a vacina não previni o CC.
- d) Embora o porcentual ao sexo masculino seja menor que o femenino, ainda ocorre risco de contrair o câncer de pênis ou ânus pelo HPV.
- e) A validade de proteção conferida pela vacina tem o prazo de cinco anos, levantando a questão e depois desses cinco anos? (LOPES, 2006).

1.3 Público Alvo e Meta Vacinal

A infecção pelo HPV encontra-se mais comum em jovens sexualmente ativos, analisando que as meninas cada vez mais têm iniciado a vida sexual precocemente e havendo mais de um parceiro sexual e muitas das vezes esquecendo da camisinha como meio de prevenção de doenças, porém ocorrendo transmissão aquelas que fazem o uso do preservativo através de atividades sexuais sem penetração (ALMEIDA *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde iniciou no Brasil em março de 2014 junto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a vacinação contra o HPV englobando meninas de 11 a 13 anos de idade a primeira dose do tipo quadrivalente e ofertou a segunda dose 01 de setembro de 2014 (BRASIL, 2015).

No ano de 2015 a população prioritária para a vacinação contra HPV são meninas de 9 (nove), 10 (dez) e 11 (onze) anos e mulheres de 9 a 26 anos de idade convivendo com o vírus HIV, sendo importante ressaltar que todas as adolescentes que iniciaram a 1º dose em 2014 e 2015 mesmo apresentando idade superior ao grupo prioritario deverão seguir o esquema vacinal (BRASIL, 2015a).

A meta vacinal de toda a população alvo é de 80% sendo representada no Brasil por

4,16 milhões de adolescentes, com o objetivo de alcançar a cobertura vacinal, os Estados e Municípios devem definir algumas estratégias para o êxito da vacinação, sendo uma estratégia adicional a vacinação escolar, pois já foi evidenciado por outros países que adotaram esse método uma contribuição para o alcance e adesão das prioridades a vacinação (BRASIL, 2015).

Administração de vacinas quadrivalente em meninas pré-adolescentes mostrou uma elevada probabilidade em atingir a imunidade contra cepas que não tiveram contato. (Skinner et al, 2008). Onde a vacina deve ser utilizada o mais precocemente, de preferência antes que as mulheres se tornem sexualmente ativa, pois a contaminação por vírus ocorre ao início da atividade sexual, o que torna a utilização da vacina neste período potencialmente mais eficaz (NADAL; MANZIONE, 2006).

Com isso a vacinação feminina reduz os riscos de infecção nos meninos mesmo que esses não estejam no grupo prioritário pois, estudos comprovam um imunidadee coletiva ou rebanho (BRASIL, p. 4 2014).

1.4 Apresentação da Vacina e Via de Administração

A vacina é obtida pela clonagem da proteína L¹ a qual é a proteína que totaliza 95% do capsídeo do vírus do HPV, após a clonagem do gene responsável é realizado uma recombinação com vírus de um inseto ou levedura ao se agruparem formam partículas virais vazias chamadas VLPs (Vírus Like Particles) uma forma semelhante ao HPV não tendo chances de infecção pois não contem o DNA viral (CEDIPI, 2007). Ver Tabela 1.

Tabela 1 - Composição da Vacina HPV

A vacina é representada em uma forma injetável com uma unidade nas embalagens que contem 10 frasco-ampola, sendo cada dose de 0,5 ml. 20 microgramas Proteína L ¹ do Papilomavirus Humano Tipo 6 40 microgramas Proteína L ¹ do Papilomavirus Humano Tipo 11 40 microgramas Proteína L ¹ do Papilomavirus Humano Tipo 16 20 microgramas Proteína L ¹ do Papilomavirus Humano Tipo 18 Excipiente: adjuvante sulfato de hidroxifosfato de alumínio amorfo (225 microgramas de Al), cloreto de sódio, L-histidina, polissorbato 80, borato de sódio de água para injetáveis.
--

Fonte: Brasil, 2013

No Brasil é indicado um esquema vacinal de três doses, aplicando 0, 6 e 60 meses (5 anos), tendo intervalo de seis meses entre a 1ª dose e 2ª dose e entre a 1ª a 3ª dose 60 meses (5

anos). Porém vários outros países os intervalos correspondem a 0, 1-2 e 6 meses.

Estudos publicados mostram que o intervalo de seis meses em comparação ao de dois meses e seis meses, apresentando um elevado índice de anticorpos no primeiro grupo (BRASIL, 2014). Ver Tabela 2. Porém as meninas e mulheres entre 9 a 26 anos de idade convivendo com HIV irão aderir a um esquema vacinal de 0, 2 e 6 meses, e as meninas que iniciaram o esquema na rede privada irão dar continuidade na rede pública o mesmo esquema de 0, 2 e 6 meses (BRASIL, 2015).

Ver Tabela 3.

Tabela 2 - Esquema vacinal HPV quadrivalente

Dose	Esquema	Mês da vacinação	Estratégia
1º dose (D1)	0	Março de 2015	UBS e escolas públicas e privadas
2º dose (D2)	6	Setembro de 2015	UBS e escolas públicas e privadas
3º dose (D3)	60	Março de 2020	UBS

Fonte: BRASIL 2015 apud CGPNI/DEVIT/SVS

Seguirá estratégia mista, buscando alta participação das escolas pelo menos no primeiro mês de vacinação. Para tanto, recomenda-se o envolvimento das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação para a operacionalização dessas ações de vacinação (BRASIL, 2015 p. 12).

Tabela 3 - Esquema vacinal de meninas e mulheres com HIV

Dose	Esquema	Mês da vacinação	Estratégia
1º dose (D1)	00	Março de 2015	UBS e escolas públicas e privadas, CRIE e Serviço de Atenção Especializada (SAE)
2º dose (D2)	02	Maio de 2015	UBS, CRIE e SAE
3º dose (D3)	06	Setembro de 2015	UBS, CRIE e SAE

Fonte: BRASIL, 2015 apud CGPNI/DEVIT/SVS

O modo de aplicação é 0,5 ml, deve ser refrigerada em temperatura de 2 a 8°C não podendo ser congelada, recomenda-se que seja administrada no músculo deltoide ou vasto lateral da coxa pois estudo comprovaram que nesses locais a vacina alcança os vasos linfáticos gerando os anticorpos neutralizantes em uma grande quantidade. Caso ocorra a interrupção não deve ser reiniciado o esquema, se for interrompida após a primeira dose, a segunda dose deve

ser imediatamente administrada e o intervalo entre a terceira dose deve ser diminuído para três meses, mas se for a terceira dose atrasada, deve-se administrar assim que possível (BORSATTO et al., 2011).

As recomendações para administração da vacina, deve ser conferido as agulhas e seringas, as indicadas são: Seringas: 1mL ou 3mL com bico Luer Slip ou Luer-Lok. Agulhas para via intramuscular: 25 x 0,6 mm, 25 x 0,7 mm ou 25x 0,8 mm.

Tabela 4 - Eventos adversos associados à vacina HPV

<i>Tipo de evento adverso</i>	<i>Principais sinais e sintomas</i>
Reações locais	Dor, edema e eritema de intensidade moderada no local da aplicação
Manifestações sistêmicas	Cefaleia; Febre de 38°C ou mais; Síncope; Reações de Hipersensibilidade;

Fonte: Brasil, 2015.

Antes de realizar a administração da vacina é essencial inspecionar o frasco-ampola, a validade do produto, se possui alterações visíveis que impeçam a utilização e verificar a dosagem exata a ser administrada. Após a administração da vacina a adolescente deve permanecer sentada em observação por no mínimo 15 minutos, pois, pode ocorrer síncope, com isso esse cuidado reduz os riscos de queda e permiti uma intervenção rápida caso ocorra a circunstância (BRASIL, 2015).

1.5 Programa Nacional de Imunização - PNI

No ano de 1973 foi determinado pelo Ministério da Saúde a formulação do PNI que teria como função coordenar os atos de imunizações, porém só foi institucionalizado em 1975 onde passou a coordenar as ações imunizadoras, traçou diretrizes a partir das experiências da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), a partir da Legislação de imunização e vigilância epidemiológica ofereceu ênfase nas atividades vacinal que fortaleceu a institucionalização do programa partir da Lei (6.259 de 30-10-1975 e Decreto 78.231 de 30-12-76), destacando seu objetivo fundamental o qual é oferecer todas as vacinas, tentando alcançar coberturas vacinais de 100% de todos os estados e municípios (BRASIL, 2016).

De acordo com Temporão (2003), vários eventos cercaram a criação do PNI com conflitos, porém o sucesso de sua consolidação possibilitou a criação de um mercado relevante no consumo de vacinas no país, garantiu uma oferta de qualidade e boa quantidade para ampliar

a expansão do mercado e demanda das vacinas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, a investigação foi realizada no município de Rolim de Moura – RO no ano de 2016. Os dados coletados foram realizados pelo próprio autor no período de maio e julho do ano de 2016 via internet pelo DATASUS do programa nacional de imunização – PNI desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

A análise dos dados da população em estudo ocorreu por meio de amostras selecionadas do período de 2015, no sexo feminino da faixa etária entre 9 a 11 anos, descrevendo também as meninas que continuaram o esquema mesmo após ultrapassar a idade, todas as informações foram analisadas e expostas posteriormente após a interpretação dos dados estatísticos, essas informações foram descritas em formas de tabelas e gráficos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os dados fornecidos pelos responsáveis pela Saúde dos municípios, estados e união envolvidos na pesquisa do PNI, podemos observar o percentual de vacinação em meninas entre 09 a 11 anos, no ano de 2015, o que apresentou os resultados (Tabela 5 e 6).

Tabela 5 - Coberturas vacinais Dose 1 - Sexo feminino de 9 a 11 anos de idade

		9 anos	10 anos	11 anos	TOTAL
Rolim de Moura	População	439	452	464	1355
	Dose	268	149	91	508
	Cobertura	61,05%	32,96%	19,61%	37,49%
Estado RO	População	14687	15071	15468	45226
	Dose	11682	10588	7882	30152
	Cobertura	79,54%	70,25%	50,96%	66,67%
Brasil	População	1590611	1623598	1683586	4897795
	Dose	1396234	1182709	844877	3423820
	Cobertura	87,78%	72,84%	50,18%	69,91%

Fonte: Programa Nacional de Imunizações, 2015

O município de Rolim de Moura – RO possuía no ano de 2015 uma população de feminina alvo de 09 anos 439, 10 anos 452 e 11 anos 464, totalizando assim 1355 meninas. Sendo aplicada doses da vacina nas meninas de 09 anos 268, 10 anos 149 e 11 anos 91,

totalizando 508 doses aplicadas. Adquirindo perante desses dados uma cobertura vacinal nas adolescentes de 09 anos 61,05%, 10 anos 32,96% e 11 anos 19,61, totalizando 37,49% na cobertura vacinal da primeira dose da vacina HPV.

O estado de Rondônia possuía no ano de 2015 uma população feminina alvo de 09 anos 14687, 10 anos 15071 e 11 anos 15468, totalizando assim 45226 meninas. Sendo aplicada doses da vacina nas meninas de 09 anos 11682, 10 anos 10588 e 11 anos 7882, totalizando 30152 doses aplicadas. Adquirindo diante desses dados uma cobertura vacinal nas adolescentes de 09 anos 79,54%, 10 anos 70,25% e 11 anos 50,96%, totalizando 66,67% na cobertura vacinal da primeira dose da vacina HPV.

A união possuía no ano de 2015 uma população feminina alvo de 09 anos 1590611, 10 anos 1623598 e 11 anos 1683586, totalizando assim 4897795 meninas. Sendo aplicada doses da vacina nas meninas de 09 anos 1396234, 10 anos 1182709 e 11 anos 844877, totalizando 3423820 doses aplicadas. Adquirindo diante desses dados uma cobertura vacinal nas adolescentes de 09 anos 87,78%, de 10 anos 72,84% e 11 anos 50,18%, totalizando 69,91% na cobertura vacinal da primeira dose da vacina HPV.

Na análise dos dados se compararmos as três esferas pode-se observar que o estado e a união possuíam uma meta de primeira dose quase igualada em relação ao município que possui uma cobertura baixa para a D1 da vacina em questão. Nesse contexto paramos para analisar o porquê o município de Rolim de Moura- RO ainda está tão abaixando do nível das duas categorias, sendo algumas hipóteses, baixa propaganda da vacina, receio ainda dos responsáveis a respeito da imunização encarada como incentivo a iniciação sexual.

Tabela 6 - Coberturas vacinais Dose 2 - Sexo feminino de 9 a 12 anos de idade

		9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	TOTAL
Rolim de Moura	População	219	452	464	238	1373
	Dose	88	155	217	227	687
	Cobertura	40,09%	34,29%	46,77%	95,38%	50,02%
Estado RO	População	7343	15071	15468	7876	45758
	Dose	2957	5631	6490	3848	18926
	Cobertura	40,27%	37,36%	41,96%	48,86%	41,36%
Brasil	População	795305	1634401	1683586	861720	4975013
	Dose	333271	691552	809026	367437	2201286
	Cobertura	41,90%	42,31%	48,05%	42,64%	44,25%

Fonte: Programa Nacional de Imunizações, 2015

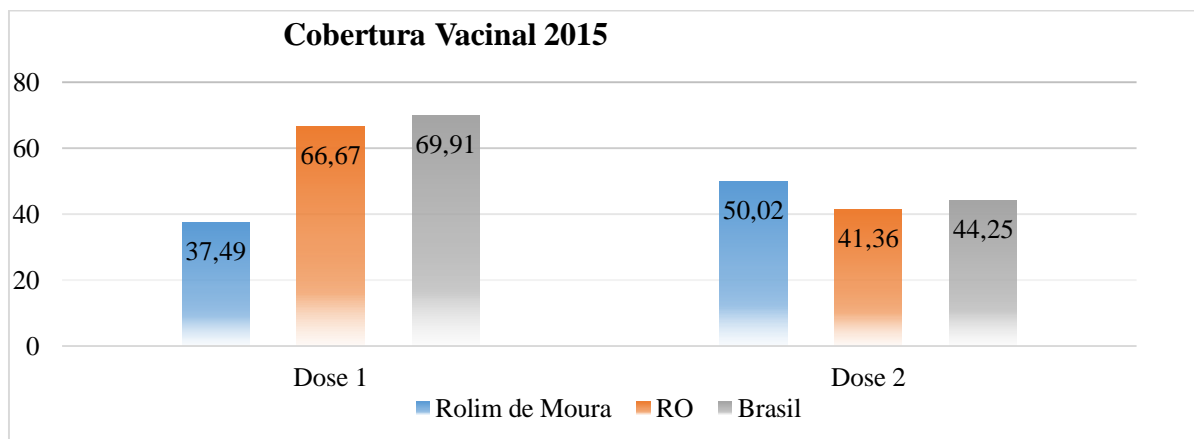
O município de Rolim de Moura – RO possuía no ano de 2015 uma população de

feminina alvo de 09 anos 219, 10 anos 452, 11 anos 464 e 12 anos 238, totalizando assim 1373 meninas. Sendo aplicada doses da vacina nas meninas de 09 anos 88, 10 anos 155, 11 anos 217 e 12 anos 227, totalizando 687 doses aplicadas. Adquirindo perante desses dados uma cobertura vacinal nas adolescentes de 09 anos 40,09%, 10 anos 34,29%, 11 anos 46,77% e 12 anos 95,38%, totalizando 50,02% na cobertura vacinal da segunda dose da vacina HPV.

O estado de Rondônia possuía no ano de 2015 uma população feminina alvo de 09 anos 7343, 10 anos 15071, 11 anos 15468 e 12 anos 7876, totalizando assim 45758 meninas. Sendo aplicada doses da vacina nas meninas de 09 anos 2957, 10 anos 5631, 11 anos 6490 e 12 anos 3848, totalizando 18926 doses aplicadas. Adquirindo diante desses dados uma cobertura vacinal nas adolescentes de 09 anos 40,27%, 10 anos 37,36%, 11 anos 41,96% e 12 anos 48,86%, totalizando 41,36% na cobertura vacinal da segunda dose da vacina HPV.

A união possuía no ano de 2015 uma população feminina alvo de 09 anos 795305, 10 anos 1634401, 11 anos 1683586 e 12 anos 861720, totalizando assim 4975013 meninas. Sendo aplicada doses da vacina nas meninas de 09 anos 333271, 10 anos 691552, 11 anos 809026 e 12 anos 367437, totalizando 2201286 doses aplicadas. Adquirindo diante desses dados uma cobertura vacinal nas adolescentes de 09 anos 41,90%, 10 anos 42,31%, 11 anos 48,05% e 12 anos 42,64%, totalizando 44,25% na cobertura vacinal da segunda dose da vacina HPV.

Gráfico 1 - Cobertura Vacinal HPV



Fonte: Autoria própria

Analisando o gráfico acima é possível observar na dose 1 onde o município de Rolim de Moura - RO obteve uma meta inferior ao do Estado e União as quais mantiveram um nível

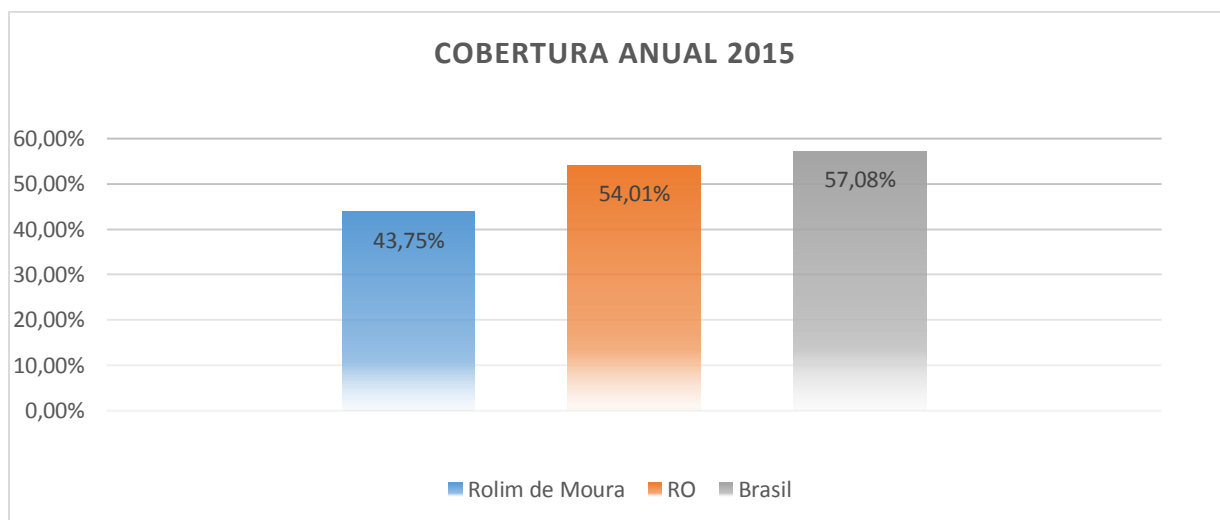
de pouca diferença na cobertura. Porém na dose 2 Rolim de Moura ultrapassou a meta do estado e da união, demonstrando assim que o município obteve maior adesão na segunda dose da vacina em relação as duas esferas.

Ao avaliar esses dados chegou-se a seguinte cobertura anual de 2015 entre as três esferas:

- A) Rolim de Moura: 43,75 % de cobertura anual;
- B) Estado de RO: 54,01 % de cobertura anual;
- C) União: 57,08 % de cobertura anual.

Estudo realizado por Carvalho e Araújo (2010) apontou como causas da baixa cobertura vacinal em adolescente a oportunidade perdida de vacinação ao despeito de ter procurado o serviço de saúde, demonstrando nesse ponto que a equipe de saúde se sensibilizem e procurem atividades que envolvam a vacinação. Acreditando que o fornecimento no cenário escolar poderia junto a Estratégia de Saúde da Família abranger o programa de atenção ao adolescente, onde atingiria um maior número do público alvo como também forneceria informações a respeito de transmissões de muitas doenças.

Gráfico 2 - Cobertura Anual da vacina HPV



Fonte: Autoria própria

Porém uma pesquisa realizada por Nascimento e Silva (2015), referiu que na instituição escolar em Aracaju mostrou que as meninas entre 9 a 13 anos demonstraram grande maturidade a respeito da vacina e do vírus, algumas ainda achavam que a vacina preveniria outras DSTs,

com isso os autores ressaltam a importância da propagação da informação a respeito do assunto.

Notaram que após a palestra ministrada 42 meninas que não receberam autorização dos responsáveis afirmaram que se vacinariam contra o vírus, pois entenderam a gravidade da doença, isso mostra a importância da divulgação por meio de palestras, onde essas podem contribuir para aquisição de conhecimentos a respeito do HPV e da vacina e possibilidades de prevenção de novos casos através da adesão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os dados do Ministério da Saúde e dos autores acima citados, pode-se chegar a uma seguinte ideia, para melhor adesão das meninas a vacinação seria a realização de um buscante em escolas por meio de palestras que realmente informam sobre a gravidade da patologia e importância da vacina como meio de prevenção, pois, essas adolescentes informadas podem contribuir para quebras de tabus familiares que impedem a imunização dessas. Onde a secretaria de saúde e os profissionais de saúde se unam para realizar as palestras e as imunizações nas escolas afim de alcançar o maior número de meninas para tentar diminuir novos casos de câncer de colo do útero.

Desse modo, vemos que uma das melhores estratégias para alcançar uma boa cobertura vacinal contra o HPV é a transmissão adequada de informações as adolescentes, afim de torná-las conscientes sobre a gravidade da doença e que a vacina é um ótimo meio de prevenção do surgimento de novos cânceres de colo uterino. Dito isso, os profissionais da saúde têm como um papel essencial ser o transmissor desse meio de informação para contribuir com a educação em saúde e tentar reduzir surgimento de novos casos, conscientizar a população em geral e contribuir para alcance da meta estipulada.

Sabendo que a vacina é a esperança para redução dos casos de HPV as três esferas união, estado e município devem aderir essas estratégias e atividades que envolvam a vacinação para não somente melhorar a cobertura vacinal e sim prevenir hoje que essas meninas venham a sofrer num futuro as consequências advindas do contágio do vírus. Após alcançado o objetivo que é imunizar as meninas/adolescentes e o sucesso na prevenção do câncer de colo uterino o ministério da saúde abranja mais a faixa prioritária para essa imunização.

Compreendendo que o melhor meio de prevenção sempre será a informação, após a divulgação do presente estudo, espero que este possa contribuir para aquisição de novos

conhecimentos e sensibilizar os profissionais de saúde e futuros profissionais a importância da educação em saúde no âmbito escolar afim de promover conscientização na prevenção do surgimento de novos casos de câncer de colo do útero a partir da adesão das pré-adolescentes e adolescente a vacina contra o HPV e tornar um trabalho que posso ajudar a tirar o câncer cervical do ranking de neoplasias que mais acometem o sexo feminino em nosso país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. L. et al. A vacina contra o vírus hpv para meninas: um incentivo à vida sexual precoce? **Revista Científica Interdisciplinar**, v. 1, n. 1 art. n 3, p. 49 -71, 2014.

ANDRADE, C. **Avaliações economicas do uso da vacina contra o papilomavirus humano (HPV) em meninas adolescentes: uma revisão sistematica.** Rio de Janeiro: Universidade Do Estado do Rio De Janeiro: Instituto de Medicina Social. 30 setembro, p. 16 -107, 2010.

BORSATTO, A. Z.; VIDAL, M. L. B.; ROCHA, R. C. N. P. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero:Subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 57, n. 1, p. 67-74, 2011.

BRASIL.Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunização - PNI. **SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações**, p. DATASUS, 2016. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>>. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL.Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância de doenças transmissíveis;Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico sobre a vacina contra o Papilomavírus Humano (Hpv) Na Atenção Básica. **Adaptado pelo Programa Estadual de Imunizações- RS - Atualizado em 31/01/2014**, novembro 2013.

BRASIL.Ministério da Saúde; , Secretaria de Vigilância Em Saúde; , Programa Nacional De DST e AIDS. **Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST**, Brasília, 27 set. 2006.

BRASILa. Ministério da Saúde; Secretaria de vigilancia em Saúde; Departamento de Vigilancia de Doenças Transmissiveis; Coordenação-Geral do Progama Nacional de Imunizações. Informe Técnico da Vacina Papilomavírus Humano 6,11, 16 E 18 (Recombinante). **Adaptado pelo Progama Estadual de Imunizações/Rs**, Brasília, SETEMBRO 2015.

BRASIL.Ministério da Saúde;Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância de Doenças Transmissiveis; Coordenação-Geral do Pragama Nacional de Imunização. **Informe Técnico Da Vacina Papilomavírus**, Humano 6,11,16 E 18 (Recombinante), Brasília, fevereiro 2015. 4-33.

BRASIL.Secretaria de Estado da Saúde; Coordenadoria de Controle de Doenças; Centro de

Vigilância Epidemiológica; Divisão De Imunização. Informe Técnico. **Vacina contra o papilomavírus humano (HPV)**, fevereiro 2014.

CARVALHO, A. M. C. D.; ARAÚJO, T. M. E. D. Fatores associados à cobertura vacinal em adolescentes. **Acta Paul Enferm**, p. 796-802, 2010. Acesso em: 07 jul. 2016.

CDC. Human Papillomavirus (HPV) ACIP Vaccine Recommendations. **Centers for Disease Control and Prevention - CDC**.

CEDIPI. INFORMATIVO. **Vacina Contra Papilomavírus Humano - HPV**, 2007.

CONTI, F. S.; BORTOLIN, S.; KÜLKAMP, I. C. Educação e promoção à saúde: comportamento e conhecimento de adolescentes de colégio público e particular em relação ao papilomavírus humano. **Dst – j bras doenças sex transm**, p. 30-35, 11 outubro 2006.

COREN. Uma estratégia vacinação contra o HPV. **Enfermagem Revista**, p. 40-43, 2014. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/40_hpv_0.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2016.

GUIA DE VACINAÇÃO HPV. **Guia informativo sobre vacinação contra o HPV**, Porto Alegre, Janeiro 2014. Núcleo De Imunizações ; Equipe De Vigilância Das Doenças Transmissíveis ; Coordenação Geral De Vigilância Em Saúde ; Secretaria Municipal De Saúde; Prefeitura De Porto Alegre.

GUIA DO HPV. Instituto Nacional de ciência e tecnologia das doenças o papilomavírus humano. **Entenda de vez os papilomavírus, as doença que causam e o que já é possível fazer para evitá-los**. p. 5-32, 26 julho 2013.

INCA. Instituto Nacional de Cancer Jose Alencar Gomes da Silva. **INCA**. Programa nacional de controle de cancer do colo do utero, 2013..

INCA.Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. **Controle do câncer do colo do utero**, 2014.

LINHARES, A. C.; VILLA, L. L. Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV), Rio de Janeiro - RJ, v. 82, n. 3, Julho 2006. p. 25-34.

LOPES, H. V. Sobre a vacina contra o HPV. **Rev Panam Infectol**, v. 8, n. 4, p. 50-51, 2006.

NADAL, L. R. M.; NADAL, S. R. Indicações da vacina contra o papilomavirus humano. **Indications for human papillomavirus vaccination**, Rio de Janeiro - RJ, v. 28, n. 1, Janeiro/Março, 2008.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C. R. Vacinas Contra o Papilomavirus Humano/Vaccines Against Human Papillomavirus. **Rev bras Coloproct**, São Paulo - SP - BRASIL, v. 26, n. 3, p. 337-340, julho/setembro, 2006.

NAKAGAWA, J. T. T.; SCHLRMER, J.; BARBLERL, M. Vírus HPV e câncer de colo de

útero. **Human Papillomavirus (HPV) and uterine cervical cancer**, Brasilia, v. 63, n. 2, Março/Abril, 2010.

NASCIMENTO, M. S. M.; SILVA, R. V. N. O Conhecimento Sobre O Hpv Entre As Meninas De 09 A 13 Anos De Idade Em Uma Instituição Escolar Pública De Aracaju-Se No Ano De 2015, Aracaju, 2015.

RODRÍGUEZ, T. A.; YAZIGI, R. I. Vacunación para Virus Papiloma Humano: “Prevención de entidades precursoras del Cáncer de Cuello Uterino”. **Rev. Med. Clin. Condes**, v. 22, n. 4, p. 445-452, 2011.

ROSA, M. I. et al. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. **Human papillomavirus and cervical neoplasia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, Maio 2009.

SILVA, M. J. P. M. A. et al. A eficácia da vacina profilática contra o HPV nas lesões HPV induzidas. **Efficacy of the prophylactic vaccination against HPV induced lesions**, v. 37, n. 10, Outubro, p. 520-526, 2009.

SKINNER, R. S. et al. Human papillomavirus vaccination for the prevention of cervical neoplasia: is it appropriate to vaccinate women older than 26? **Medical Journal of Australia**, Australia, v. 188, n. 4, p. 238-242, 2008.

SOUTO, R.; FALHARI, J. P. B.; CRUZ, A. D. O Papilomavírus Humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. **The Human papillomavirus: a factor related with the formation of neoplasias**, 51, n. 2, 03 maio 2005. p. 155-160.

TEMPORÃO, J. G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **Brazil's National Immunization Program: origins and development**, Rio de Janeiro, v. 10, 2003.

ZARDO, G, P. et al. Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Vaccines as an agent for immunization against HPV**, Rio de Janeiro, vol.19, Setembro 2014. P. 3799- 3808.

Recebido em: 09/11/2016

Aceito em: 28/11/2016