

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES (CPqAM)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E
SERVIÇOS EM SAÚDE**

SAMUEL ALVES GOMES BARROS

**IMPLEMENTAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA
HEPATITE B EM INDIVÍDUOS DA FAIXA
ETÁRIA DE 11 A 19 ANOS, RESIDENTES NO
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE-PE**

RECIFE

2011

SAMUEL ALVES GOMES BARROS

**IMPLEMENTAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA HEBATITE B EM
INDIVÍDUOS DA FAIXA ETÁRIA DE 11 A 19 ANOS, RESIDENTES NO
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE – PE**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista EM Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a Daniele Silva de Moraes Van-Lume

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

B277i BARROS, Samuel Alves Gomes.
Implementação da vacinação contra hepatite B em indivíduos da faixa etária de 11 a 19 anos, residentes no município de São José do Belmonte – PE / Samuel Alves Gomes Barros. - Recife: [s.n.], 2011.
30 p.

Projeto de Intervenção (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientadora: Daniele Silva de Moraes Van-Lume.

1. Imunização. 2. Cobertura Vacinal. 3. Hepatite B. I. Van-Lume, Daniele Silva de Moraes. II. Título.

SAMUEL ALVES GOMES BARROS

**IMPLEMENTAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA HEBATITE B EM
INDIVÍDUOS DA FAIXA ETARIA DE 11 A 19 ANOS, RESIDENTES NO
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE – PE**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Daniele Silva de Moraes Van-Lume
Doutoranda do Curso de Doutorado em Saúde Pública/CPqAM/FIOCRUZ

Alethéia Soares Sampaio
CPqAM/FIOCRUZ

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus e a minha família que me apoiou em todos os momentos, aos meus professores por compartilharem seus saberes, a minha orientadora pela paciência e colaboração e todos aqueles que me ajudaram nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

À orientadora Daniele Silva de Moraes Van-Lume pela ajuda na condução e viabilização deste trabalho.

Aos amigos de trabalho, pela paciência e entendimento nos momentos de minhas ausências.

À Prefeitura Municipal de São José do Belmonte, pela liberação e apoio através da Secretaria de Saúde.

Aos coordenadores e professores do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Ao Semente, que além de um grande colaborador foi também um grande amigo.

BARROS, Samuel Alves Gomes. **Implementação da vacinação contra hepatite B em indivíduos da faixa etária de 11 a 19 anos, residentes no município de São José do Belmonte – PE.** Monografia (curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

As hepatites virais são um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo, sendo a hepatite B uma das mais relevantes dos pontos de vista clínico e epidemiológico. Esta hepatite é causada pelo HBV, vírus com alta transmissibilidade e que é transmitido principalmente por via sexual e parenteral. Em países com alta endemicidade, as infecções pelo HBV frequentemente podem ocorrer durante a infância, da mãe infectada para filho (transmissão vertical) ou de um membro da família a outro via contato sexual (transmissão horizontal). Nesse sentido, a política de vacinação de um país é um grande determinante do risco de desenvolver ou não a hepatite B. No início da década de 80, com o surgimento da vacina recombinante, muitos países adotaram uma política de imunização universal. Esta política consiste na vacinação de todas as crianças com menos de 1 ano de vida, e com até 12 horas após o nascimento, para evitar a transmissão vertical, e também nas crianças e adolescentes de 11 a 19 anos, uma vez que este grupo etário apresenta uma maior susceptibilidade em adquirir a infecção pelo vírus B. Atualmente, esta política é adotada no Brasil. A baixa cobertura vacinal para hepatite B observada na caderneta de Saúde do Estado de Pernambuco e do município de São José do Belmonte, associada à alta transmissibilidade do vírus causador desta doença levaram à necessidade da formulação de um plano de intervenção vacinal para melhorar esta cobertura. Com este plano, torna-se possível evitar o surgimento de novos casos de hepatite B e reduzir o risco da transmissão da doença. O presente projeto elaborou um plano de intervenção vacinal contra hepatite B, em crianças e adolescentes na faixa etária de 11 a 19 anos, residentes no município de São José do Belmonte-PE. É sabido que a prevenção efetiva neste grupo reduz drasticamente a chance de adquirir a infecção pelo HBV e de desenvolver a hepatite B ao longo da vida, e com isso auxilia a reduzir as taxas de morbi-mortalidade desta doença na população em geral.

Palavras-chave: Imunização; Cobertura Vacinal; Hepatite B.

BARROS, Samuel Alves Gomes. **Implementation of the Hepatitis B vaccination in subjects aged from 11 to 19 years old, resident in São José do Belmonte, State of Pernambuco, Brazil.** Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2011.

ABSTRACT

Hepatitis B is a serious public health problem in Brazil and worldwide and constitutes one of the most relevant points of clinical and epidemiological approaches. This hepatitis is caused by HBV, a RNA virus with high transmissibility, and it is mainly transmitted through sexual and parenteral pathways. In countries with high endemicity, HBV infections often occur during childhood, from an infected mother to child (vertical transmission) or by a family member to another in same family through sexual contact (horizontal transmission). Therefore, the vaccination policy in a country is the major determinant of the risk for developing or not the hepatitis B. In the early 80's decade, with the advent of recombinant vaccine, many countries have adopted a universal immunization policy. This strategy consists in vaccinate all children under 1 year old, and up to 12 hours after the birth, to prevent the vertical transmission, and vaccinate children and adolescents from 11 to 19 years, because this age group presents a high susceptibility in acquire HBV infection. Currently, this strategy is adopted in Brazil. The low vaccination rates for hepatitis B observed in the booklet of Health of Pernambuco and in this of São José do Belmonte city, associated with the high transmissibility of the virus B, led to the need of formulating an action plan to improve the immunization coverage. This plan could be responsible to avoid the appearance of new cases of hepatitis B and to help reduce the risk of HBV transmission. The aim of this project was developed a contingency plan to implement the HBV vaccination in children and adolescents with age between 11 to 19 years old, living in São José do Belmonte, state of Pernambuco, Brazil. It is known that the effective prevention in this group greatly reduces the chance of acquiring HBV infection and hepatitis B developing throughout life, and thus can help to reduce the morbidity and mortality of this viral disease in the general population.

Keywords: Immunization; Immunization Coverage; Hepatitis B;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Epidemiologia da hepatite B.....	12
2.2 Agente etiológico.....	13
2.3 A doença.....	13
2.4 Diagnóstico da hepatite B.....	14
2.5 Tratamento e prevenção.....	15
3 ANÁLISE SITUACIONAL.....	16
3.1 Características geográficas e sócio-demográficas.....	16
3.2 O Programa Nacional de Imunização (PNI) e a prevenção da Hepatite B.....	17
4 OBJETIVOS.....	18
4.1 Objetivo Geral.....	18
4.2 Objetivos Específicos.....	18
5 DIRETRIZES.....	19
6 METAS.....	20
7 ESTRATÉGIAS.....	21
8 PLANO OPERACIONAL.....	22
8.1 Período de estudo.....	22
8.2 População de referência.....	22
8.3 Relação de ações.....	22
8.4 Instrumentos de coleta de dados e divulgação.....	22
8.5 Infra-estrutura necessária.....	23
9 RESULTADOS ESPERADOS.....	24
10 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	25
11 VIABILIDADE.....	26
12 CONCLUSÕES.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

As hepatites virais são um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo, sendo causadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo fígado e características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais diversas (BRASIL, 2005).

Epidemiologicamente, estima-se que o vírus da hepatite B (HBV) seja responsável por 1 milhão de mortes por ano e existam cerca de 350 milhões de portadores crônicos no mundo. A estabilidade do vírus, as diversas formas de transmissão e a existência de portadores crônicos contribuem para a alta endemicidade desta infecção (FERREIRA,2000).

De acordo com o Ministerio da Saúde (BRASIL, 2010), as hepatites virais mais relevantes do ponto de vista clínico e epidemiológico são designadas pelas letras do alfabeto: A, B, C, D e E. Os vírus causadores dos diversos tipos de hepatite infectam os hepatócitos mas divergem quanto às formas de transmissão e consequências clínicas advindas da infecção.

A hepatite B, que é tema deste estudo, é causada por um vírus com alta infectividade e está entre os tipos de hepatites virais que tem como modos de transmissão a via sexual e a parenteral (transfusões de sanguíneas, procedimentos médicos e odontológicos e hemodiálises), a transmissão vertical (mãe-filho), contatos íntimos domiciliares (compartilhamento de escova dental e lâminas de barbear), os acidentes perfurocortantes, compartilhamento de seringas e de material para a realização de tatuagens e “piercings” (BRASIL, 2005 p. 164).

Alguns grupos populacionais estão sob risco aumentado em adquirir a hepatite B, são eles: os profissionais da área de saúde, os comunicantes domiciliares de portadores do antígeno HBs, que é específico da infecção corrente pelo HBV, os pacientes em hemodiálise, os poli-transfundidos, os pacientes talassêmicos, os hemofílicos, os portadores de anemia falciforme ou de neoplasias, os HIV (sintomáticos e assintomáticos) ou HCV positivos, os usuários de drogas endovenosas, as pessoas em regime carcerário, os pacientes psiquiátricos,

homossexuais masculinos, os profissionais do sexo e por fim, a população indígena (BRASIL, 2001b).

São considerados portadores da infecção pelo vírus do HBV os indivíduos que apresentarem nos testes laboratoriais: níveis duas vezes acima do normal de alanina aminotransferase; marcadores positivos para: HBsAg (antígeno de superfície); HBcAg (antígeno para HBV do core); HBeAg (antígeno de replicação viral); anticorpo e antígeno para HBV DNA. No entanto, podem acontecer algumas variações entre esses marcadores quando em infecção crônica; porém, esses são os principais (RONCATO, 2008).

O vírus da hepatite B possui um longo período de incubação, replicando-se no fígado e permanecendo no sangue por muito tempo. Os sinais e sintomas da hepatite B podem ser insidiosos e variáveis, geralmente apresentam perda de apetite, dispepsia, dor abdominal, dor generalizada, indisposição e fraqueza, com ou sem icterícia e acompanhada por fezes esbranquiçadas e urina escura. O fígado do paciente pode estar doloroso e aumentado até 12 a 14 cm, assim como também o surgimento de esplenomegalia (SMELTZER; BARE, 2002).

Para a prevenção, a política de vacinação de um país é um grande determinante do risco de desenvolver ou não a hepatite B. Existem dois tipos de vacina contra a hepatite B: a de *primeira geração*, que contém partículas virais inativadas pelo formol, obtidas do plasma de portadores do vírus e a de *segunda geração*, que é preparada por método de engenharia genética e obtida mediante tecnologia de recombinação do ADN (ácido desoxirribonucléico). Esta última é a mais utilizada nos postos de vacinação de todo o país. As duas vacinas utilizam hidróxido de alumínio como adjuvante e o timerosal como conservante. O Programa Nacional de Imunização (PNI) recomenda atualmente apenas o uso da vacina recombinante, isto é, a obtida por engenharia genética por sua alta eficácia e segurança (BRASIL, 2001b).

No início da década de 80, com o surgimento da vacina recombinante, muitos países adotaram a política de imunização universal de todas as crianças com menos de um ano de vida, e em até 12 horas após o nascimento em recém-nascidos (para evitar a transmissão vertical) e também nas crianças e adolescentes com idades entre 11 e 19 anos, política esta atualmente adotada no Brasil (BOLNER, 2005).

A baixa cobertura vacinal para hepatite B observada na caderneta de Saúde do Estado de Pernambuco (DATASUS/informações em saúde) e do município de

São José do Belmonte, associada à alta transmissibilidade do HBV, levaram à necessidade da formulação de um plano de intervenção vacinal para melhorar esta cobertura.

Com este plano, pode-se conseguir evitar o surgimento de novos casos de hepatite B e reduzir o risco da transmissão da doença, trazendo benefícios para a saúde da população em geral. O presente projeto propõe elaborar para o município de São José do Belmonte-PE um plano de intervenção vacinal contra hepatite B em crianças e adolescentes, na faixa etária de 11 a 19 anos. É sabido que a prevenção efetiva neste grupo reduz drasticamente a chance de adquirir a infecção pelo HBV e de desenvolver a hepatite B ao longo da vida, e com isso auxilia a reduzir as taxas de morbi-mortalidade desta doença na população em geral.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Epidemiologia da hepatite B

A infecção pelo HBV é considerada alta onde a prevalência do HBsAg é superior a 7%, ou onde 60% ou mais da população têm evidência sorológica de infecção prévia. Essa é a condição de regiões como a África, parte da América do Sul, Sudeste da Ásia, China, partes do Oriente Médio e ilhas do Pacífico. São consideradas como de endemicidade intermediária as áreas onde a prevalência do

HBsAg vai de 2 a 7% com menos de 60% da população apresentando histórico sorológico. Nessa categoria se encontram o Leste Europeu e os países europeus do Mediterrâneo, parte da América do Sul, Oriente Médio e Rússia.

No restante do mundo, que inclui na América do Norte, a Europa Ocidental e a Austrália, a prevalência do HbsAg é menor do que 2%, e a prevalência total de infectados previamente (portadores crônicos do vírus da hepatite B) é inferior a 10%. (CHAVEZ et al, 2003). No Brasil, a literatura refere a Região Sul como área de baixa endemicidade, e as regiões Centro Oeste, Nordeste e Sudeste como áreas de endemicidade intermediária (CHAVÉZ et al, 2003). O Brasil é classificado, pela OMS, como tendo elevada prevalência para a hepatite B na região da Amazônia Legal e intermediária no restante do país. Estudos do final da década de 80 e início de 90 sugeriam um gradiente de aumento da frequência da região sul em direção à Norte. (SES/PE,2011). Assim, considerava-se que ocorriam três padrões de endemicidade hepatite B: *alta*, com prevalência superior a 7%, na região Amazônica, sul do Espírito Santo e oeste do Paraná e Santa Catarina; *intermediária*, com prevalência entre 2 e 7%, nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste; e *baixa*, com prevalência abaixo de 2% na região Sul do país (DATASUS, 2010). No Brasil, o cerne do problema estaria localizado na região Amazônica brasileira, em especial na Amazônia Ocidental (FONSECA, 2007).

De acordo com dados SINAN, no período entre 2001 a 2006 a distribuição dos casos confirmados de hepatite B em Pernambuco foi de 10%. Quanto a faixa etária, observou-se que cerca de 71% dos casos acontecem em indivíduos entre 0 a 19 anos. O fato de a maior parte dos casos de hepatite B se concentrarem na faixa

etária dos 0 aos 19 anos pode ser justificada pela transmissão vertical e convivência íntima com infectados, no caso das crianças, uso de drogas ilícitas e contato com múltiplos parceiros sexuais em relações sem o uso de preservativo (VIEIRA et al, 2007). Segundo dados do DATASUS o município de São José do Belmonte não tem, no período de 2007 a 2011, casos de hepatite b confirmados por sorologia. (Belmonte, 2010/2011) não deixando de lembrar que para todas as doenças existem casos de sub-notificação.

2.2 Agente etiológico

A hepatite viral crônica B é causada por um vírus DNA pertencente à família dos *hepadnaviridae*, que apresenta no seu genoma um DNA circular e parcialmente duplicado de aproximadamente 3.200 pares de bases. Existem oito genótipos do HBV, que recebem denominação de A a H, distintos entre si pela sequência de nucleotídeos no genoma e que variam quanto à distribuição geográfica.

Há evidências de que a resposta ao tratamento e a evolução para hepatite crônica variam em função desses genótipos, vez que alguns deles apresentam melhor resposta ao interferon, como o A e o B. Por outro lado, os genótipos C e F estão relacionados a maiores riscos de carcinogênese (DIESTANG, 2008; KAO, 2000, LOK, 2002; MCHUGH, 2009; SORRELL, 2009).

2.3 A doença

Os quadros clínicos das hepatites virais podem apresentar desde formas assintomáticas até as sintomáticas com evolução grave, culminando na hepatite fulminante. No entanto, em 50% dos casos a icterícia está ausente. As hepatites de transmissão predominantemente parenteral (B, C e D) geralmente evoluem de forma crônica, com um processo inflamatório hepático progressivo (SMITH et al, 2000).

A maioria dos casos de hepatite B não apresenta sintomas. No entanto, os mais frequentes são: cansaço, tontura, enjôo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Esses sinais costumam aparecer de um a seis meses após a infecção. A hepatite B pode se desenvolver de

duas formas, aguda e crônica. A aguda é quando a infecção tem curta duração. Os profissionais de saúde consideram a forma crônica quando a doença dura mais de seis meses. O risco de a doença tornar-se crônica depende da idade na qual ocorre a infecção. As crianças são as mais afetadas. Naquelas com menos de um ano, esse risco chega a 90%; entre 1 e 5 anos, varia entre 20% e 50%. Em adultos, o índice cai para 5% a 10% (BRASIL, 2010).

O vírus B circula inicialmente no sangue, replica-se nos hepatócitos em torno de 10^{11} por dia e encontra-se viável por até uma semana fora do corpo humano. Já no plasma, a duração média do HBV varia de um dia a três dias, enquanto nos hepatócitos varia de 10 dias-100 dias. A alta produção de vírions influencia na produção do HBV mutante. O HBV é altamente infectivo e sabe-se que uma só partícula viral é capaz de infectar o ser humano (FONSECA, 2007).

O VHB pode causar doença hepática aguda e crônica. Após um período de incubação de cerca de 45 a 180 dias, os indivíduos infectados desenvolvem quadro de hepatite aguda, na maioria das vezes subclínica e anictérica. Apenas 20% evoluem com icterícia e em cerca de 0,2% dos pacientes, a doença assume caráter fulminante com alta letalidade. Classicamente, admite-se que a infecção aguda pelo VHB evolui para a cura em 90% a 95% dos casos, e para o estado de portador crônico nos restantes 5% a 10%. Metade desses portadores não apresenta doença hepática (portadores sãos), mas a outra metade mostra sinais de atividade inflamatória no fígado, de variada intensidade, por muitos anos, podendo desenvolver cirrose hepática e/ ou hepatocarcinoma nas fases mais tardias da enfermidade (FERREIRA, 2000).

2.4 Diagnóstico da hepatite B

O diagnóstico de qualquer das formas clínicas da hepatite B realiza-se através de técnicas sorológicas (FERREIRA, 2000).

A suspeita diagnóstica pode ser guiada pela clínica e/ou epidemiologia. A confirmação diagnóstica é laboratorial e realiza-se por meio dos marcadores sorológicos de triagem do HBV, que são HBsAg e anti-HBc (SES-PE,2011)

2.5 Tratamento e prevenção

Nenhuma forma de tratamento específico encontra-se indicada nas formas agudas da hepatite B (FERREIRA, 2000). Se necessário, apenas os sintomas são tratados como náuseas, vômitos e prurido. De forma geral, recomenda-se repouso. A forma crônica da hepatite B tem diretrizes clínico-terapêuticas definidas por meio de portarias do Ministério da Saúde. Devido à alta complexidade do tratamento, acompanhamento e manejo dos efeitos colaterais, ele deve ser realizado em serviços especializados (BRASIL, 2010).

Como medidas de prevenção, a educação e divulgação do problema são fundamentais para prevenir a hepatite B, como também o controle efetivo de bancos de sangue através da triagem sorológica, a vacinação contra hepatite B, disponível no SUS, conforme padronização do Programa Nacional de Imunizações (PNI), o uso de imunoglobulina humana Anti-Vírus da hepatite B disponível no SUS, conforme padronização do Programa Nacional de Imunizações (PNI) o uso de equipamentos de proteção individual pelos profissionais da área da saúde, não compartilhamento de alicates de unha, lâminas de barbear, escovas de dente, equipamentos para uso de drogas, e uso de preservativos (DATASUS, 2010).

A meta da prevenção é a interrupção da cadeia de transmissão através da proteção das pessoas com risco elevado de adquirir o vírus através da imunização ativa. Dessa forma, os programas de vacinação reduziram muito a morbi-mortalidade associada a inúmeras doenças infecciosas, sendo sua meta o uso de esforços em amplas escalas para prevenir a ocorrência de doenças infecciosas específicas na população (SMELTZER; BARE, 2002).

A vacinação é a medida de prevenção e controle mais eficaz da transmissão do HBV. A vacina é indicada para prevenir a doença e deve ser administrada nos menores de um ano de idade, a partir do nascimento, nas primeiras doze horas após o parto; na faixa de um a 14 anos de idade, em áreas de alta endemicidade, considerando o risco de transmissão desde baixa idade; nos doadores regulares de sangue para mantê-los em tal condição; e em grupos de risco como: usuários de hemodiálise, profissionais da saúde, populações indígenas, portadores de HIV, entre outros (BRASIL, 2001a).

3 ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 Características geográficas e sócio-demográficas

O município de São José do Belmonte possui uma área de 1.474,078 km² e está localizado na Mesorregião do Sertão Pernambucano e na microrregião Salgueiro, região de desenvolvimento do Sertão Central. Limitando-se ao norte com os Estados do Ceará e Paraíba, ao sul com Mirandiba, ao leste com Serra Talhada e a Oeste com Verdejante. De acordo com o IBGE (2008) o PIB per capita do município é de 3.217,00 reais, a renda da população está baseada principalmente na agricultura com o cultivo de feijão, milho entre outras leguminosas, e também no comércio.

A sede municipal está a 486 m de altitude em relação ao nível do mar. Pertence à bacia hidrográfica do Rio Pajeú, seu clima é tropical quente e sua vegetação é predominante de caatinga hiperxerófila. Conta hoje com uma população de 32.620 habitantes (IBGE, 2011). A população com idade entre 10 a 14 anos é composta por 1640 pessoas do sexo masculino e 1592 do sexo feminino. A de 15 a 19 anos é formada por 1683 pessoas do sexo masculino e 1513 do sexo feminino, totalizando 6428 habitantes entre 10 e 19 anos (SES –PE, 2008).

A cidade possui hoje 11 estabelecimentos de saúde, sendo um hospital privado, uma unidade mista, um centro de atenção psicossocial, cinco unidades de saúde da família (USF) e três postos de saúde; dentro desses estabelecimentos contamos oito salas de vacina, além de duas clínicas particulares de especialidades médicas.

Segundo dados de 2009 o programa de agentes comunitários de saúde (PACS) abrange uma cobertura de 46,5 % de população e o programa de saúde da família (PSF) cobre 59,2 % da população dando uma somatória de 105,7% de população coberta (SES –PE, 2008).

A maior causa de morte da população em geral é o infarto agudo do miocárdio com uma taxa de 123,1 por 100.000 habitantes, sendo acompanhada por doenças cerebrovasculares com uma taxa de 64,5 por 100.000 habitantes. As maiores causas de internações na faixa etária de 10 a 19 anos são as algumas

doenças infecciosas e parasitárias, gravidez parto e puerpério, doenças do sistema respiratório e doenças do sistema geniturinário (SES –PE, 2008).

3.2 O Programa Nacional de Imunização (PNI) e a prevenção da Hepatite B

O PNI, instituído em 1973, atuou em ações de estratégias vacinais que antes se caracterizavam pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. Estas ações conduzidas dentro de programas especiais (erradicação da varíola, controle da tuberculose) e como atividades desenvolvidas por iniciativa de governos estaduais, necessitavam de uma coordenação central que lhes proporcionasse sincronia e racionalização (BRASIL, 2001a).

Na instância nacional, o Programa de Imunizações é responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), do Ministério da Saúde, sendo integrante da estrutura do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), estruturando-se em três coordenações cujas competências estão estabelecidas na Portaria nº 410, de 10 de agosto de 2000 publicada no DOU, de 18/08/2000 (BRASIL, 2001a, p. 14).

O PNI recomenda atualmente a vacinação universal das crianças contra hepatite B a partir do nascimento. A aplicação da primeira dose nas primeiras 12-24 horas de vida resulta em alta eficácia na prevenção da infecção transmitida verticalmente, conferindo imunidade prolongada. A proteção contra a infecção persiste mesmo com a queda de título de anticorpos que ocorre com passar dos anos (BRASIL, 2006).

No município de São José do Belmonte, a cobertura vacinal contra hepatite B na faixa etária de 11 a 14 anos está em 55,02 % e entre 15 a 19 anos a cobertura é de 38,24 %, num total de 2.631 pessoas vacinadas e 3.126 ainda sem vacinação. Fazendo um comparativo com a cobertura de todo o estado de Pernambuco na faixa etária de 11 a 14 anos, o estado apresenta 63,34 % de cobertura vacinal para a hepatite B e entre 15 e 19 anos, esta cobertura é de 51,89 %. São José do Belmonte conta hoje com 8 salas de vacina, sendo distribuídas em 5 unidades de Saúde da Família, uma no posto de saúde, uma na unidade mista e uma na rede de frio (DATASUS, 2010).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Elaborar um plano de intervenção para implementar a vacinação contra hepatite B em indivíduos da faixa etária de 11 a 19 anos, residentes no município de São José do Belmonte-PE, através da Estratégia Saúde da Família.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar, com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, as pessoas não vacinadas ou com esquema de vacinação em atraso através de busca ativa (casa a casa)
- Orientar a população sobre os benefícios da vacinação contra a hepatite B enfatizando sua eficácia e disponibilidade.
- Completar o esquema vacinal para aqueles que estão com o esquema em atraso
- Efetuar a vacinação para aqueles indivíduos que estão com o esquema incompleto ou em atraso.

5 DIRETRIZES

Através de uma parceria com o governo do estado de Pernambuco através da coordenação estadual do programa nacional de imunizações (PNI), a Secretaria Municipal de Saúde de São José do Belmonte e com o Coordenador Municipal do Programa Nacional de Imunizações, as equipes de saúde da família conduzirão os agentes comunitários de saúde (ACS) a realizarem busca ativa dos indivíduos que estão sem vacinação contra a hepatite B ou com esquema em atraso.

6 METAS

- Completar 100% dos indivíduos que estão com o esquema vacinal em atraso ou com esquema incompleto.
- Identificar, através de busca ativa, todos os indivíduos que não receberam vacinação contra hepatite B anteriormente e realizá-la em esquema tríplice ao final de 12 meses do início do plano de intervenção.
- Vacinar 95% da população da faixa etária de 11 a 19 anos, residentes no município de São José do Belmonte.

7 ESTRATÉGIAS

Para concretização da meta de 95% de cobertura vacinal contra a hepatite B no em indivíduos com idades de 11 a 19 anos, residentes no município de São José do Belmonte, será necessário dispor de:

- Sensibilização dos gestores, ACS, equipes de saúde da família (ESF) e vacinadores;
- Sensibilizar os governos Estadual e Municipal;
- Divulgação da importância da vacinação através da rádio local;
- Capacitação dos vacinadores (técnicos e auxiliares de enfermagem);
- Divulgação das datas e locais de vacinação através da rádio local e carros de som cedidos ou contratados pela Prefeitura;
- Orientação, acolhimento e sensibilização da população através de palestras nas escolas, nas comunidades e nas reuniões de moradores;
- Sensibilizar o Governo do Estado (PNI) para a arrecadação de verbas para compra de materiais utilizados em campanhas de vacinação
- Recursos humanos para o período de vacinação.

8 PLANO OPERACIONAL

8.1 Período de estudo

Fevereiro de 2012 a janeiro de 2013.

8.2 População de referência

Todas as pessoas na faixa etária de 11 a 19 anos que não possuem esquema vacinal ou que possuam em atraso, e que moram em São José do Belmonte.

8.3 Relação de ações

Utilização de caderneta de saúde (DATASUS/informações de saúde/caderno de informações) para conhecimento da população a ser abordada na pesquisa; sensibilização dos ACS para abordagem dos moradores, em suas áreas adstritas; divulgação através de planfletagem e cartazes na comunidade, rádio locais e carro de som, sobre a importância da vacinação contra a hepatite B e sobre o período que a intensificação da cobertura vacinal irá acontecer no município; realização de capacitação e atualização em vacinação dos profissionais de saúde encarregados de aplicar as doses da vacina; aquisição de material junto ao PNI - estadual para realização da vacinação; solicitação de transporte junto à Secretaria de Transportes municipal para realização de campanha extra-muro.

8.4 Instrumentos de coleta de dados e divulgação

Cartão de vacinação dos munícipes e caderneta de saúde do Estado de Pernambuco, panfletos, cartazes e divulgação sonora.

8.5 Infraestrutura necessária

Transporte para vacinação extra-muro e deslocamento dos imunobiológicos, sala de aula para sensibilização e treinamento dos ACS e vacinadores, material impresso e panfletos para divulgação.

9 RESULTADOS ESPERADOS

- a) Percepção da população acerca da importância da imunização contra a hepatite B através de educação popular;
- b) Vacinação de 95% ou mais da população do município em questão, principalmente na faixa etária preconizada.
- c) Ampliação da cobertura vacinal contra hepatite B o município de São José do Belmonte após o período de 12 meses.
- d) Redução das taxas de transmissão do vírus B e diminuir a prevalência.
- e) Regularizar o esquema vacinal contra hepatite B no município na faixa etária de 11 a 19 anos.

11 VIABILIDADE

Embora este projeto apresente uma meta superior à média nacional no que tange à cobertura vacinal para a hepatite B, o município de São José do Belmonte dispõe de mecanismos de suporte para a sua concretização. Este município conta com o apoio do Coordenador do PNI juntamente com o Secretário Municipal de Saúde, além da articulação com a coordenação estadual do PNI para disponibilizar os imunobiológicos e seringas necessários na sua implementação. A colaboração dos profissionais de saúde atuantes em salas de vacinas para que as metas propostas possam se tornar realidade é fundamental nesta atuação.

A concretização do plano não terá custo elevado, pois o município conta com a mão de obra necessária no próprio quadro de funcionários, os imunobiológicos e seringas são cedidos pelo ministério da saúde e os gastos serão apenas com material para divulgação, sensibilização e treinamento dos ACS e vacinadores e transporte. As Unidades de Saúde da Família são a porta de entrada do Sistema de Saúde Municipal e dessa forma facilitam o acesso das pessoas e da comunidade aos serviços de promoção da saúde e proteção contra várias doenças infecto-contagiosas através de programas de vacinação e o município apresenta uma cobertura, segundo dados de 2009, de 59,2% de Programa de saúde da família e 46,5% de cobertura do PACS. Devido ao supracitado, este plano de intervenção torna-se exequível para atingir os objetivos propostos.

12 CONCLUSÃO

Com a implementação deste plano de intervenção para vacinar contra a hepatite B a população da faixa etária de 11 a 19 anos, de São José de Belmonte-PE, Brasil, será possível reduzir enormemente as taxas de infecção e transmissibilidade do vírus da hepatite B neste município e conseqüentemente as co-morbidades associadas ao desenvolvimento crônico desta doença, que é debilitante e incapacitante nas suas formas mais graves.

Logo, a implementação deste plano o mais breve possível, além de ter baixo custo operacional e viabilidade, é extremamente relevante para controlar este problema de Saúde Pública que é a hepatite B.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Hepatite B**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/hepatite-b>>. Acesso em: 06 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Hepatite B**: descrição geral da doença. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=32990>. Acesso em: 07 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, DF, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. 7. ed. Brasília, DF, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília, DF, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Elaboração de Clelia Maria Sarmiento de Souza Aranda et al. 4. ed. Brasília, DF, 2001a.

_____. **Manual de normas de vacinação**. 3.ed. Brasília, DF, 2001b.

_____. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. 3. ed. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

SIDDIQI, K. Hepatite B (Prevenção). In: BOLNER, A. N. (trad.). **Evidência clínica**: conciso. British Medical Journal. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.p. 200-202.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Tecnologia da Informação a serviço do SUS. **Cadernos do Pacto pela Saúde Pacto 2010/2011 Pernambuco. [São José do Belmonte]**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/pe.htm>>. Acesso em: 16 dez. 2011.

CHÁVEZ, J. H.; CAMPANA, S. G.; HASS, P. Panorama da hepatite B no Brasil e no Estado de Santa Catarina. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, DC, v.14, n.2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v14n2/a03v14n2.pdf>>. Acesso em: 06/12/2011.

DIESTANG, J. L. Drug therapy: Hepatitis B virus Infection. **The New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 14, p. 1486-1500, Oct. 2008.

FERREIRA, M. S.; BORGES, A. S. Diagnóstico e tratamento da hepatite B. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, MG, v. 33, n. 4, p. 389-400, jul./ago. 2000.

FONSECA, J. C. F. Historia natural da hepatite cronica B. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, MG, v. 40, n. 6, p. 672-677, nov./dez. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Cidades [São José do Belmonte – PE]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=261350>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

KAO, J. H. et al. Hepatitis B genotypes correlate with clinical outcomes in patients with chronic hepatitis B. **Gastroenterology**, v. 118, n. 3, p. 554-559, March 2000.

CHU, C. J.; LOK, A. S. Clinical significance of hepatitis B virus genotypes. **Hepatology**, v. 35, n. 5, p. 1274-1276, May 2002.

RONCATO, M.; BALLARDIN, P. A. Z.; LUNGE, V. R.; Influência dos genótipos no tratamento da hepatite B. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 188-193, 2008

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual Saúde de Pernambuco. [Mapa da] XI GERES SERRA TALHADA. Disponível em: <http://www.saude.pe.gov.br/cadernos2008/mapa_geres.html>. Acesso em: 06 dez. 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE. B. G. Brunner & Suddarth: histórico e tratamento de pacientes com distúrbios hepáticos e biliares. In: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 36, p. 882-932.

SMITH, D. B. et al. Phylogenetic analysis of GBV-C/hepatitis G virus. **The Journal of General Virology**, v. 81, pt. 3, p. 769-780, March 2000.

SORREL, M. F.; BELONGIA, E. A.; COSTA, J.; GAREEN, I. F.; GREM, J. L.; INADOMI, J. M.; KERN, E. R.; MCHUGH, J. A.; PETERSON, G.M.; REIN, M.; STRADER, D. R.; TROTTER, H. T. National Institute of Health Consensus Development Conference: Managent of hepatitis B. **Ann Intern Med**, 2009; 2 (150): 105-110.

VIEIRA, A. O. S. M. et. al. **Incidência da Hepatite B no Estado de Pernambuco no Período de 2001 a 2006**. Disponível em: <<http://www.eventosufrpe.com.br/eventosufrpe/jepex2009/cd/resumos/R0074-1.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2011.