

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

NAYARA RANIELLI DA COSTA

**AVALIAÇÃO DA COBERTURA DA VACINA HPV NO ESTADO DE
PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2017 A 2018**

RECIFE
2019

Nayara Ranielli da Costa

AVALIAÇÃO DA COBERTURA DA VACINA HPV NO ESTADO DE
PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2017 A 2018

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Orientadora: Prof^o Dra. Louisiana Regadas de Macedo Quinino

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C837a Costa, Nayara Ranielli da.
Avaliação da cobertura da vacina HPV no estado de Pernambuco no período de 2017 a 2018/ Nayara Ranielli da Costa. - Recife: [s.n.], 2019.
25 p.

Monografia (Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

Orientador: Louisiana Regadas de Macedo Quinino.

1. Papillomaviridae. 2. Cobertura Vacinal . 3. Vacinação em Massa . I. Quinino, Louisiana Regadas de Macedo. II. Título

CDU 616.97

Nayara Ranielli da Costa

AVALIAÇÃO DA COBERTURA DA VACINA HPV NO ESTADO DE
PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2017 A 2018

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Aprovado em: 26/04/2019

BANCA EXAMINADORA

Msc. Antonio Flaudiano Bem Leite
Secretaria Municipal de Saúde da Vitória de Santo Antão

Dra. Louisiana Regadas de Macedo Quinino
Instituto Aggeu Magalhães- Fundação Oswaldo Cruz

COSTA, Nayara Ranielli da. **Avaliação da cobertura da cobertura da vacina HPV no estado de Pernambuco no período de 2017 a 2018.** Monografia (Residência em Saúde Coletiva) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Atualmente a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) é considerada a doença sexualmente transmissível de maior prevalência em caráter mundial. O HPV está relacionado ao desenvolvimento do câncer cervical, sendo considerado um alarmante problema de saúde pública, que após o câncer de mama, é um dos principais responsáveis por mortes de mulheres no Brasil. Este trabalho teve como objetivo avaliar a cobertura vacinal do HPV no estado de Pernambuco no período de 2017 e 2018. Foi realizado um estudo transversal, quantitativo, com análise secundária dos dados sobre cobertura vacinal do HPV. A população elegível para receber as doses da vacina contra o HPV são meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, bem como homens e mulheres de 9 a 26 anos que vivem com HIV/AIDS. A população do estudo é composta de 184 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha. A coleta das variáveis independentes foi feita no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Montou-se um banco de dados utilizando-se o software Microsoft Office Excel 2003 onde foram analisadas: municípios, código do município, porte e geres. Observou-se que, no geral, as maiores coberturas deram-se para as segundas doses, e as coberturas vacinais foram maiores em 2017 do que em 2018. Percebeu-se uma discreta maior cobertura, para ambos os sexos e anos de estudo, nas primeiras geres. Quanto ao porte do município, para o sexo feminino foi visto que não houve diferença significativa nos índices de coberturas, já no sexo masculino as coberturas vacinais foram maiores nos de médio e pequeno porte. Este estudo mostrou que a cobertura vacinal contra o HPV no estado de Pernambuco para ambos os sexos, no período analisado, foi precária, independente da variável analisada no estudo.

Palavras chaves: Papilomavírus. Cobertura Vacinal. Vacinação em Massa.

COSTA, Nayara Ranielli da. **Evaluation of HPV vaccine coverage in the state of Pernambuco from 2017 to 2018.** Monograph (Residency in Collective Health) – Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2019.

ABSTRACT

Human papillomavirus (HPV) infection is currently considered the most prevalent sexually transmitted disease worldwide. HPV is related to the development of cervical cancer, being considered an alarming public health problem, which after breast cancer, is one of the main responsible for the deaths of women in Brazil. This study aimed to evaluate HPV vaccination coverage in the state of Pernambuco from 2017 to 2018. A cross-sectional, quantitative study with secondary analysis of HPV vaccination coverage data was performed. The population eligible for HPV vaccine doses are girls ages 9 to 14 and boys ages 11 to 14, as well as men and women ages 9 to 26 living with HIV / AIDS. The study population is of 184 municipalities and the Fernando de Noronha State District. The independent variables were collected at the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). A database was assembled using Microsoft Office Excel 2003 software where the following were analyzed: municipalities, municipality code, size and geres. It was observed that, in general, the highest coverage was for the second doses, and Vaccination coverage was higher in 2017 than in 2018. There was a discreet higher coverage for both sexes and years of schooling in the first generations. As for the size of the municipality, for females it was seen that there was no significant difference in coverage rates, while in males the vaccination coverage was higher in the medium and small. This study showed that HPV vaccination coverage in the state of Pernambuco for both sexes during the analyzed period was precarious, regardless of the variable analyzed in the study.

Key words: Papillomavirus, Vaccination Coverage, Mass Vaccination.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVO GERAL	11
3.1 Objetivos Específicos	11
4 METODOLOGIA	14
5 RESULTADOS	17
6 DISCUSSÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) é considerada a doença sexualmente transmissível de maior prevalência em caráter mundial. O HPV está relacionado ao desenvolvimento do câncer cervical, sendo considerado um alarmante problema de saúde pública, que após o câncer de mama, é um dos principais responsáveis por mortes de mulheres no Brasil (ZARDO et al., 2014).

O vírus do HPV apresenta mais de 200 genótipos diferentes, sendo 12 deles considerados oncogênicos pela Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (AIPC) e estão associados a neoplasias malignas, enquanto que os demais subtipos estão relacionados a verrugas genitais e cutâneas (BRASIL, 2017).

Os vírus são classificados em alto e baixo poder oncogênico, expressando relação direta com o surgimento das lesões intraepiteliais e desenvolvimento do câncer cervical. Os subtipos 16 e 18 são considerados os mais cancerígenos, sendo responsáveis por 99% tipo dos casos de lesões invasivas de colo (ZARDO et al., 2014).

O HPV apresentou uma prevalência mundial em torno de 210 milhões de mulheres infectadas, no Brasil essa prevalência geral da infecção, apresenta-se entre 13,7% a 54,3%. Os tipos virais HPV 16 e 18 são considerados os de maior poder oncogênico, causando cerca de 70% dos casos de câncer de colo, enquanto os HPV 6 e 11 que são de baixo poder oncogênico, estão relacionados à cerca de 90% das verrugas genitais (OLIVEIRA et al., 2013).

O vírus apresenta um elevado período de latência entre a infecção e o desenvolvimento do câncer, indicando que outros fatores atuem como determinantes no desencadeamento da doença, como comportamento sexual de risco, estado imunológico, fator genético, nutrição entre outros (ZARDO et al., 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma a cada dez pessoas estão infectadas pelo HPV no mundo, e cerca de 500 mil novos casos de câncer cervical são detectados anualmente, sendo que 70% desses novos casos ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Mulheres acima dos 50 anos são mais susceptíveis de portar o vírus (ZARDO et al., 2014).

De fato, a partir dos 56 anos, as mulheres apresentam maiores vulnerabilidades ao desenvolvimento de lesões cervicais de alto risco (NIC 3) quando comparadas às mais jovens (ZARDO et al., 2014).

O HPV também é responsável pelo desenvolvimento das verrugas genitais e lesões

pré-cancerosas do trato anogenital masculino e feminino, assim como o câncer de cabeça e pescoço.

Cerca de 32 milhões de novos casos de verrugas genitais são relatados ao ano mundialmente, sendo que no Brasil esses casos chegam há cerca de 1,9 milhões por ano. As demais neoplasias associadas ao HPV, como a de vagina, vulva e ânus, tem um risco aumentado considerando a idade em mulheres infectadas pelo vírus, mais incidentemente se a mulher já possui um histórico de lesão de alto grau (NIC 3) em colo uterino (ZARDO et al., 2014).

O sexo masculino é o responsável pela transmissão da infecção ao sexo feminino, através da via sexual. Sendo assim, a transmissão do HPV ocorre mais facilmente do homem para a mulher, do que o inverso (ZARDO et al., 2014).

O principal meio de transmissão é por via sexual, através do contato oral-genital, genital-genital ou manual-genital. O vírus pode também ser transmitido durante o parto, ou através de instrumentos ginecológicos não-esterilizados (BRASIL, 2017).

No Brasil há uma alta taxa de incidência de casos de câncer de colo uterino em mulheres, estimando-se que anualmente surjam cerca de 20 mil casos novos de câncer de colo.

2 JUSTIFICATIVA

As infecções pelo HPV tem contribuído para o surgimento de neoplasias, sendo que em média um quinto dos cânceres são atribuídos à presença de algum agente infeccioso, caracterizando o HPV como o organismo infectante mais propenso no desenvolvimento das neoplasias.(DERCHIAN; SARIAN, 2007,p.1)

Devido aos problemas relacionados à infecção pelo HPV como um dos principais causadores de câncer de colo do útero e à relativa simplicidade de prevenção, oportunidade e disponibilidade da vacina contra o HPV, é visto que na literatura ainda existe pouca publicação sobre a avaliação da cobertura deste imunobiológico.

Este estudo tem como objetivo avaliar a cobertura vacinal do HPV no estado de Pernambuco, à partir das ações implementadas pelo programa nacional de imunizações,contribuindo assim para o desenvolvimento de outros estudos que possam dá continuidade à monitoração do real cenário de cobertura, e possam contribuir para uma melhora efetiva das ações do programa nacional de imunizações.

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a cobertura vacinal do HPV no estado de Pernambuco no período de 2017 e 2018.

3.1. Objetivo Específico

Analisar a distribuição da cobertura vacinal do HPV, segundo dose, porte populacional, situação da gestão; considerando o sexo e ano do estudo.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, quantitativo, com análise secundária dos dados. Foram analisados os dados sobre cobertura vacinal do HPV entre os anos 2017 e 2018, que são os dois anos seguintes à implementação da mesma no calendário oficial.

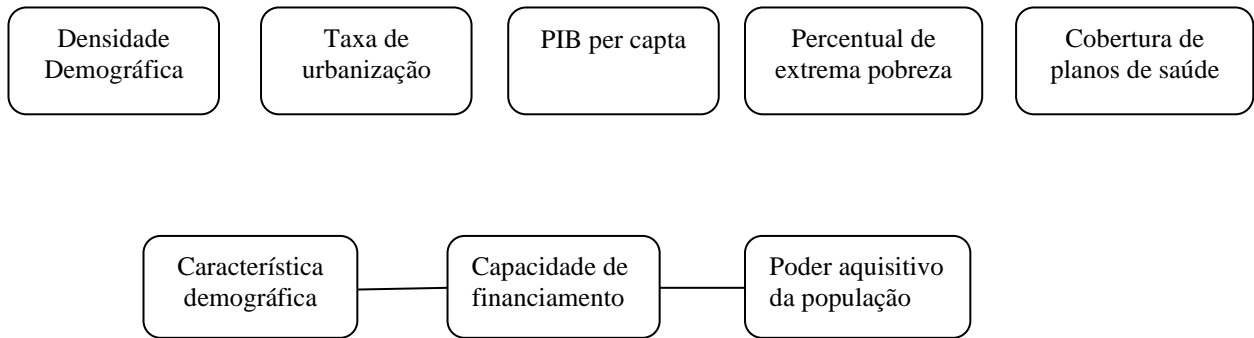
A população do estudo é composta de 184 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha. A população elegível para receber as doses da vacina contra o HPV são meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, bem como homens e mulheres de 9 a 26 anos que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2017). Neste estudo, no entanto, considerou-se a contextualização da cobertura vacinal.

Para análise da cobertura vacinal (variável dependente) considerou-se o seguinte indicador: N° de doses da vacina/ população-alvo X 100, segundo sexo (masculino ou feminino). Considerou-se protegido o adolescente, do sexo masculino ou feminino, que recebeu as duas doses da vacina HPV. (Neste trabalho, considerou-se a proporção de imunizados na primeira dose e na segunda dose). Tais dados foram obtidos através do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).<http://sipni.datasus.gov.br>

A coleta das variáveis independentes foi feita no Departamento de Informática do Sistema Único do Saúde (DATASUS). Montou-se um banco de dados utilizando planilhas eletrônica onde foram agrupadas as seguintes variáveis: código do município, nome do município, porte e Geres ao qual pertence.

Utilizou-se, ainda, o estudo de Calvo et al (2016) para a classificação das variáveis independentes. Os indicadores foram convertidos em base logarítmica para teste de correlação, e selecionados por categorias. Em cada categoria, foram selecionados os indicadores de maior correlação com os demais, nesse caso, os de maior poder de síntese. Sequencialmente, foram selecionados os indicadores que tiveram correlação fraca ou moderada com o indicador-síntese.

Em seguida, dois indicadores foram considerados de maior peso na composição de fatores principais, dentre os quais foram elencados:

Figura 1- Indicadores socioeconômicos

Fonte: a autora

Logo após, esses cinco indicadores foram divididos de acordo com seus significados em três eixos.

Os indicadores nos eixos definidos, foram convertidos em escala monotônica (0, 1), que definiu as condições que influenciaram a gestão em saúde em três classes: favorável, regular ou desfavorável.

O porte populacional foi considerado fator específico na identificação dos grupos homogêneos para a gestão, sendo agregado ao final do procedimento. E estratificado em 3 grupos: municípios menor que 25 mil habitantes (pequeno), municípios de 25 a 100 mil habitantes (médio) e acima de 100 mil (grande).

Na 1^o etapa, todos os valores dos indicadores foram convertidos em escala (0,1). Na 2^o etapa, a partir da soma dos indicadores convertidos, obtiveram-se valores para características demográficas e poder aquisitivo da população. Na 3^o etapa, a partir da distribuição quartilítica, os valores dos eixos: características demográficas, capacidade de financiamento e poder aquisitivo da população foram reduzidos a escores (0, 1, 2).

No final, a soma dos escores nos 3 eixos, definiram a condição que influencia a gestão do sistema de saúde local em 3 categorias influente desfavorável até 2 pontos, influente regular 3 a 4 pontos; e influente desfavorável 5 a 6 pontos. Para análise dos dados utilizou-se gráficos do tipo boxplot.

Este estudo está de acordo com a Resolução 510/2016, por se tratar de informações de acesso público, no qual os dados podem ser utilizados na produção de pesquisa e na transmissão de conhecimento e que se encontram disponíveis sem restrição ao acesso de pesquisadores e cidadãos em geral.

A infecção pelo papilomavírus humano é considerada como uma causa necessária, mais não suficiente para que ocorra o câncer de colo de útero. Além disso, a baixa cobertura do

exame de rastreamento e alterações dos fatores de riscos para a infecção pelo HPV tem sido considerados como condições predisponentes na causalidade do câncer pelo vírus.

É importante ressaltar que, o rastreio do câncer de colo é um exame de rotina feito nas Unidades Básicas de Saúde, sendo a vacinação um método complementar à prevenção (AYRES; SILVA,2010).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2016) regulamentou a comercialização da vacina no Brasil. Desde 2014 o Ministério da Saúde oferece a vacinação gratuita contra o HPV. É recente a introdução dessa vacina no país através do programa nacional de imunizações (PNI) no calendário dos adolescentes, a vacina recomendada é a quadrivalente papilomavírus humano (recombinante) do laboratório MSD/Instituto Butantan.

No entanto a cobertura vacinal caracteriza-se como o percentual de um público-alvo que foi vacinado, sendo este cenário ainda precário nos países em desenvolvimento. Pelos motivos já explicitados, a cobertura vacinal configura-se um importante indicador de saúde das populações, revelando a qualidade da atenção ofertada pelos sistemas e serviços de saúde e, por isso, deve ser alvo de estudos.

O estudo desse indicador auxilia o planejamento, reestruturação das ações de prevenção e proteção à saúde. No Brasil, a cobertura vacinal é estimada através dos registros das unidades de saúde, podendo apresentar erros no registro de dados, notificação e estimativa da população- alvo (DOMINGUES;TEIXEIRA,2013; QUEIROZ et al., 2013).

O câncer de colo é uma neoplasia altamente detectável na sua fase pré- invasora. No Brasil o programa de rastreamento tem utilizado a colpocitologia oncótica para o diagnóstico. Embora se tenha o programa de rastreamento como um importante instrumento para a captação de novos casos positivos de neoplasias, o mesmo não é totalmente seguro, exigindo outros métodos para conter sua disseminação nas populações (DERCHIAN; SARIAN, 2007, p.1).

A vacinação, neste caso, se constitui como uma estratégia para a prevenção e promoção da saúde, através das ações sistemáticas e planejadas que ao longo dos anos tem apresentado grande impacto para a sociedade atual (FEIJÓ; SÁFADI. 2006 p. 2).

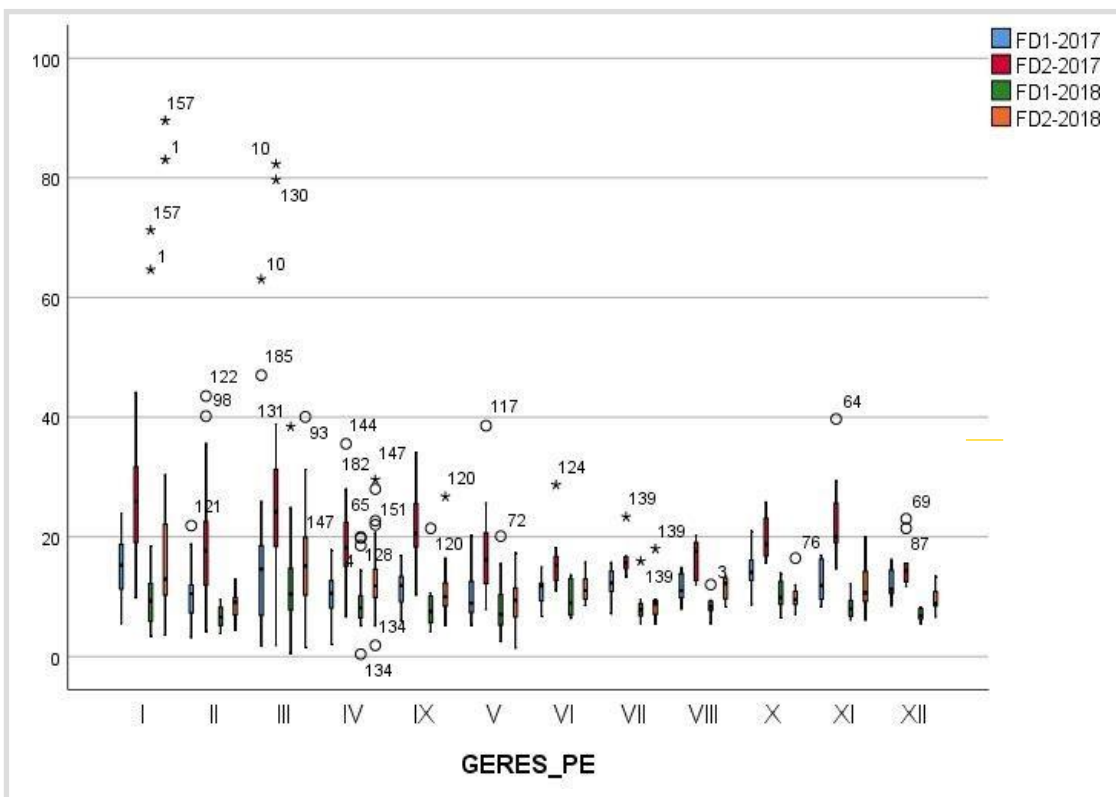
5 RESULTADOS

O gráfico 1 mostrou que, para o sexo feminino, a cobertura vacinal ficou abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde para todas as GERES no período do estudo. Observa-se que os maiores valores estiveram distribuídos entre a I e a V geres (coberturas entre, aproximadamente, 5 e 45% com *outliers* acima dos 80%), enquanto que as menores estiveram ao longo da VI à XII geres.

Ressalta-se que, em 2017, o maior percentual de cobertura para o sexo feminino ocorreu para a segunda dose, e que na grande maioria dos municípios essa cobertura ficou abaixo de 40%, sendo as Geres I, II e III as que apresentaram maiores coberturas.

Na I Geres, dois municípios alcançaram cerca de 80% de cobertura (*outliers*), na Geres II apenas um município com 43%, e na Geres III dois municípios com 80% e 83%. Em 2018 o maior percentual de cobertura também ocorreu para a segunda dose, sendo as Geres I, III e IV com as maiores coberturas, ainda assim abaixo de 40%.

Gráfico 1- Avaliação da cobertura vacinal do HPV segundo GERES, sexo feminino. Pernambuco, 2017 e 2018.

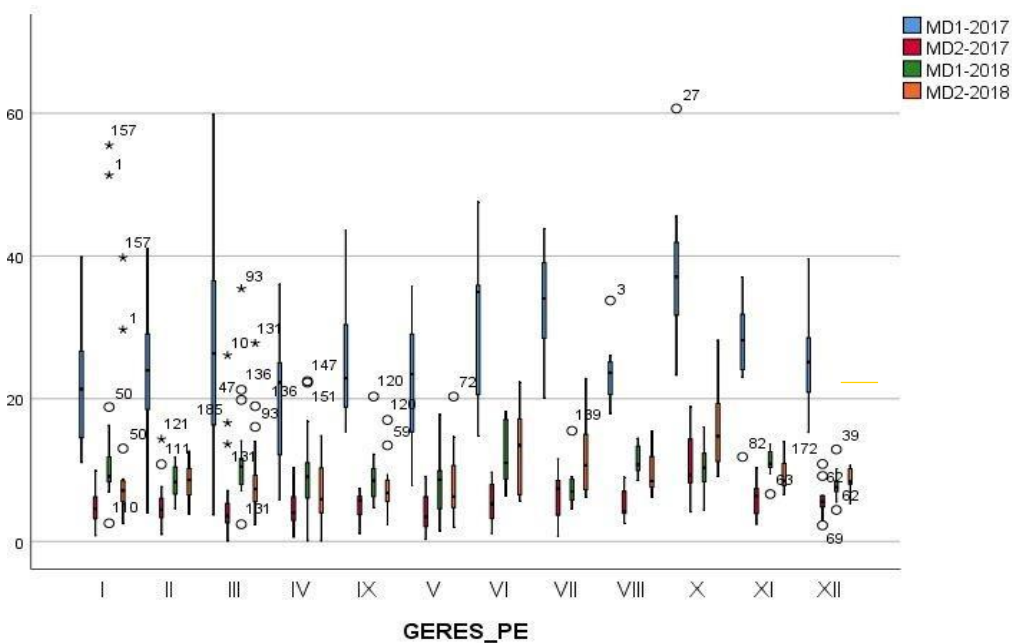


Fonte: a autora

Legenda: FD1: feminino primeira dose, FD2: feminino segunda dose

O gráfico 2 mostrou que, para o sexo masculino, a cobertura vacinal também ficou abaixo do que é preconizado pelo Ministério da Saúde para todas as GERES no período do estudo, observa-se que os maiores valores estiveram distribuídos entre a III e X geses (coberturas aproximadamente entre, 40 e 60% com *outliers* de aproximadamente 60%) e os menores entre a I e II geses.

Gráfico 2- Avaliação da cobertura vacinal do HPV segundo GERES, sexo masculino. Pernambuco, 2017 e 2018



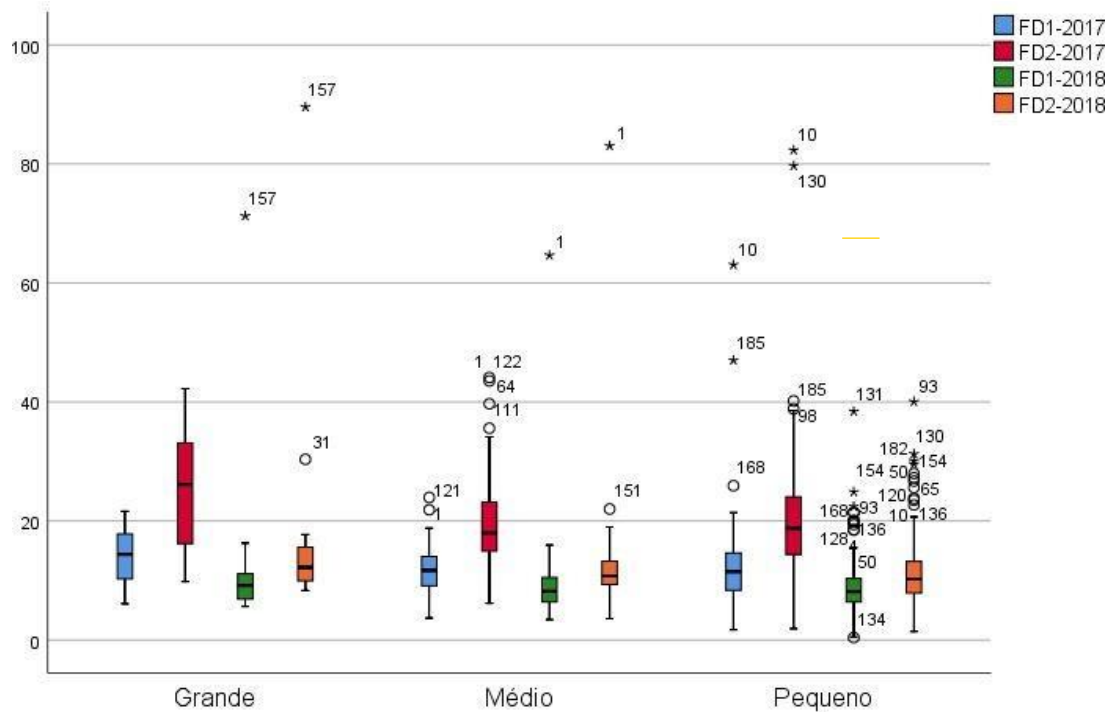
Fonte: a autora

Legenda: MD1: masculino primeira dose, MD2: masculino segunda dose

No gráfico 3, observa-se que as coberturas vacinais para o sexo feminino ficaram abaixo do recomendado, independentemente do porte do município. Dois mil e dezessete foi o ano que apresentou as melhores coberturas. Observa-se que, a distribuição das melhores coberturas (em torno de 40% para a segunda dose, com outliers perto de 100%) ficou nos municípios de grande porte, mesmo que ainda abaixo do recomendado. Em segundo lugar, vem os municípios de pequeno porte com coberturas entre 20 e 40% com outliers de aproximadamente 95%.

As maiores coberturas foram alcançadas na segunda dose de 2017 atingindo 20% ou mais de cobertura, independente dos portes populacionais. Em 2018, as maiores coberturas para o sexo feminino também foram alcançadas na segunda dose, atingindo 10 a 15% de cobertura, independente do porte populacional.

Gráfico 3- Avaliação da cobertura vacinal do HPV segundo Porte Populacional, sexo feminino. Pernambuco, 2017 e 2018.



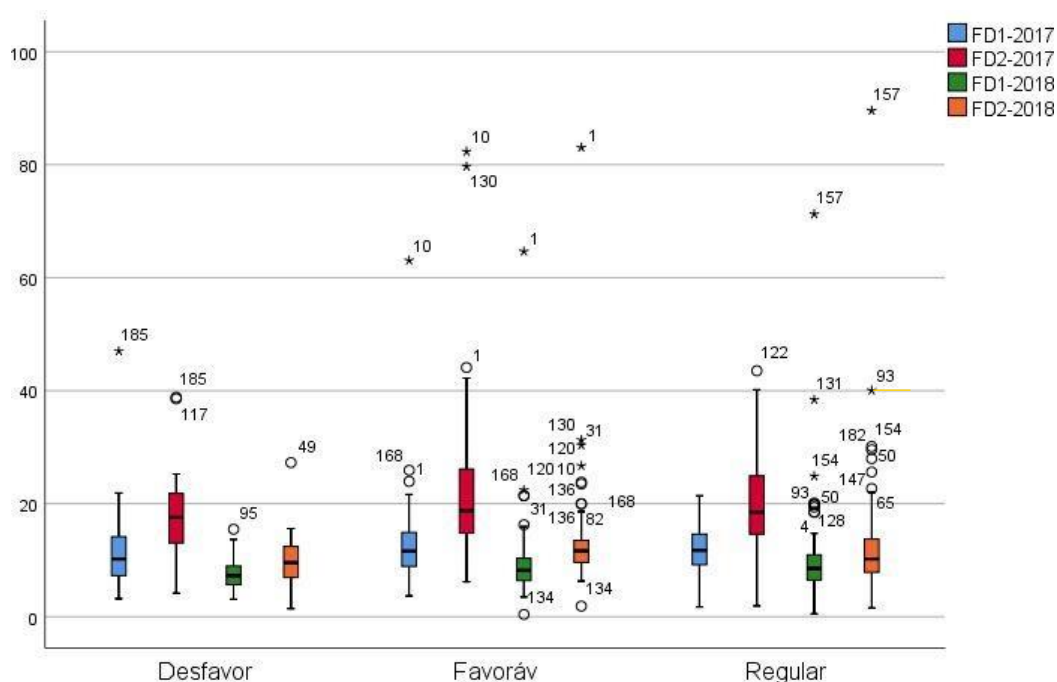
Fonte: a autora

Legenda: FD1: feminino primeira dose; FD2: feminino segunda dose.

No gráfico 4, avaliou-se como a cobertura vacinal para o sexo masculino variou com o porte populacional do município. As maiores coberturas foram alcançadas na segunda dose de 2017 atingindo 20% ou mais de cobertura, independente dos portes populacionais.

Em 2018, as maiores coberturas para o sexo feminino também foram alcançadas na segunda dose, atingindo 10 a 15% de cobertura, independente do porte populacional.

Gráfico 5- Avaliação da cobertura vacinal do HPV segundo Porte/Gestão, sexo feminino. Pernambuco, 2017 e2018.



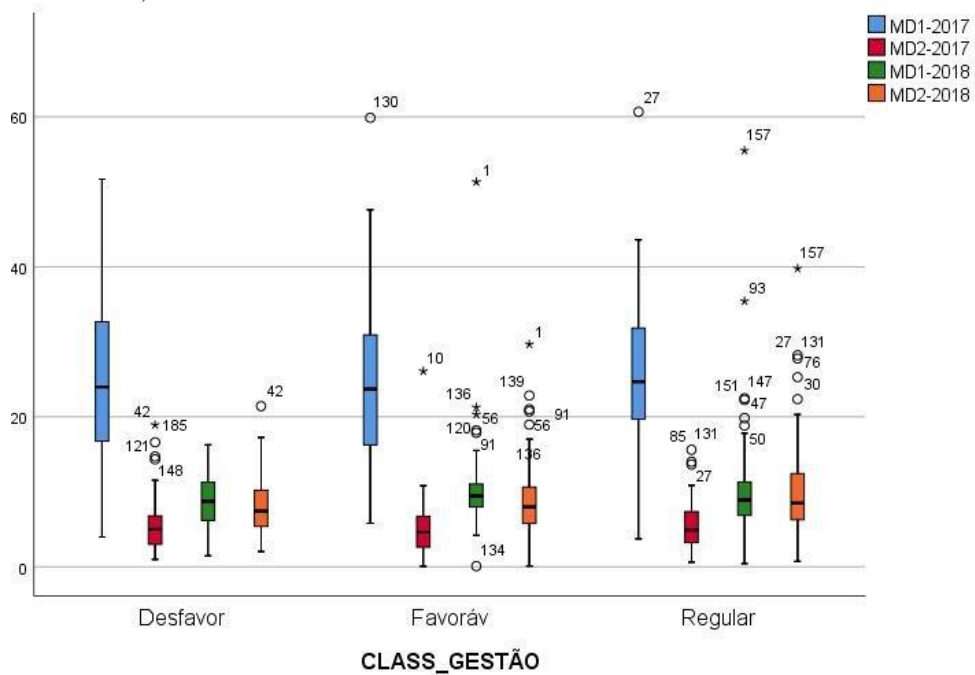
Fonte: a autora

Legenda: FD1: feminino primeira dose; FD2: feminino segunda dose

No gráfico 6, avaliou-se a cobertura vacinal no sexo masculino e sua relação com a classificação de gestão. Para o sexo masculino, as coberturas vacinais quando relacionadas com o porte/gestão dos municípios ficaram abaixo do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Observa-se que nos municípios considerados desfavorável, favorável e regular para a gestão, a cobertura vacinal é de 15 a 50% com outliers de 60%.

Foi visto que para o sexo masculino no ano de 2017 as taxas de cobertura foram maiores na primeira dose (acima de 20%), e na classificação da gestão, destacaram-se os municípios considerados desfavoráveis para a gestão em saúde representando 55% de adesão da taxa de cobertura, seguida da classificação favorável com 45%.

Gráfico 6- Avaliação da cobertura vacinal do HPV segundo Porte/Gestão, sexo masculino. Pernambuco, 2017 a 2018.



Fonte: a autora

Legenda: MD1: masculino primeira dose; MD2: masculino segunda dose.

6 DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que a cobertura vacinal contra o HPV no estado de Pernambuco para ambos os sexos, no período analisado, foi precária, independente da variável analisada no estudo, seja GERES, porte populacional ou situação de gestão. Observou-se, no geral, que as maiores coberturas deram-se sempre para as segundas doses.

A escolha dos gráficos do tipo boxplot na avaliação da cobertura vacinal do HPV, permitiu visualizarmos desde a distribuição simples da variável à compilação de diversas informações ao mesmo tempo, gerando assim conclusões mais robustas.

Verificou-se, que na maioria das situações consideradas no estudo, as coberturas vacinais foram maiores em 2017 do que em 2018. Isso pode ser devido ao fato de que em 2017 houve a inclusão de meninas na faixa etária dos 14 anos que nunca receberam a vacina, ou que não completaram as duas doses. E também pela inclusão dos meninos na faixa etária de 12 a 13 anos (PEREIRA; SOUZA, 2017).

Quanto ao sexo, observou-se que as coberturas se apresentaram de maneira semelhante, porém, destaca-se uma maior, porém discreta, adesão do sexo masculino ao se considerar a situação da gestão. A maioria dos estudos mostram que, as meninas tendem a aderir mais à vacinação quando comparado aos meninos.

Segundo Liddon et al., (2010) a aceitação em realizar a vacinação não difere de acordo com o sexo da criança, embora tenha-se visto que os pais preferem vacinar meninas quando comparados a meninos. Fato este, que corrobora para uma maior adesão do sexo feminino à vacinação do HPV.

Outro fator que estaria associado à baixa adesão do sexo masculino seria o estigma em frequentar os serviços de saúde (LEVORATO et al., 2014).

Porém, neste estudo, o sexo masculino tendeu levemente a aderir mais às estratégias de campanha. Isso pode estar associado ao fato de que no ano de 2017 a vacinação foi expandida para o sexo masculino (PEREIRA; SOUZA, 2017).

Estudo realizado por Ribeiro et al (2005) mostra resultados contrários aos encontrados neste estudo, onde as mulheres utilizam mais os serviços de saúde enquanto os homens demonstram certa resistência e baixa procura.

A prevalência feminina em procurar por serviços de saúde, está associada ao fato da mulher ser vista ainda como provedora da saúde dos filhos, companheiro e dela mesma. Perfazendo assim, o público de maior demanda dos serviços de saúde, o que exige uma

adequação da oferta de serviços de acordo o perfil dos usuários do SUS (RIBEIRO; PERPÉTUO; ANDRADE,2005).

Ao se analisar as coberturas vacinais para primeira ou segunda dose, percebe-se que, para todas as situações analisadas, a adesão do sexo masculino é maior à primeira dose, e a do feminino, à segunda. Desta forma, não observa-se um padrão.

É visto que a maioria dos pais ou responsáveis desconhecem realmente a vacina sobre o HPV, os riscos das infecções pelo HPV, e que uma das barreiras para a adesão seja o mito que a vacinação possa estimular a prática sexual precoce e promíscua entre as adolescentes. Sendo assim, um dos motivos para que a vacinação seja postergada por muitos pais no primeiro momento da campanha, e liberada no segundo momento.

Observa-se que as maiores adesões do sexo masculino na primeira dose podem estar associadas ao fato de que o menino quando vacinado contra o HPV, estará livre de contrair a doença, e assegurado de uma vida sexual ativa protegida.

As menores coberturas na segunda dose para este sexo, por outro lado, podem estar relacionadas ao fato de que homens procuram menos o serviço de saúde (LEVORATO et al., 2014).

Já a relativa baixa adesão do sexo feminino à primeira dose pode estar relacionada ao estigma social da promiscuidade relacionado à possibilidade da prática sexual livre associada à vacina. Visto que, logo após a introdução da vacina contra o HPV surgiu o mito na família das pré-adolescentes e adolescentes que a disponibilização da vacina proporcionaria mudanças no comportamento sexual das mesmas, induzindo à práticas sexuais precoces, assim também como as crenças, religião se constituíram como fatores de interferência na eficácia do programa de vacinação(PIRES; ROCHA, 2017).

Percebeu-se uma discreta maior cobertura, para ambos os sexos e ano de estudo, nas primeiras GERES. Isso pode ser devido ao fato de que as primeiras GERES albergam os maiores municípios em porte populacional, possivelmente estes municípios tem mais acesso às informações em saúde, possuem receitas com maiores arrecadações. Fatores os quais contribuem para maiores investimentos em ações e serviços de saúde.

De acordo como porte do município (pequeno, médio e grande), foi visto que no sexo feminino as coberturas vacinais apresentaram-se mais elevadas na segunda dose em todos os anos do estudo, e quando analisado o porte do município, foi visto que não houve diferença significativa nos índices de coberturas.

Já no sexo masculino foi visto que as coberturas foram maiores na primeira dose e em

todos os anos do estudo. Considerando o porte do município, os de médio e pequeno porte foram considerados os que mais proporcionaram aumento do índice de cobertura vacinal.

Quanto à classificação da gestão, é visto que para o sexo feminino as gestões favoráveis e regulares demonstraram-se mais influentes na gestão do sistema de saúde, sendo assim fortalecendo a continuação das ações de atenção básica, dentre elas a vacinação. Enquanto no sexo masculino, as gestões desfavoráveis e favoráveis foram mais influentes.

Assim sendo, é visto que a classificação da gestão é um fator determinante para garantir que as ações de saúde possam ser desenvolvidas (CALVO et al., 2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da vacinação contra o HPV é prevenir o câncer de colo de útero, reduzindo a incidência e mortalidade por esta enfermidade. A meta do Ministério da Saúde é vacinar 80% da população alvo.

Em termos de saúde pública, se alcançarmos a cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde, teremos o que se chama de imunização de rebanho. Na qual tem-se uma redução da transmissão da doença mesmo nos bolsões de susceptíveis. Considerando que uma grande parcela do público estará imunizada,

No entanto, este estudo avaliou que o estado de Pernambuco apresenta bolsões de susceptíveis, uma vez que, permanece com coberturas abaixo do preconizado.

As baixas coberturas observadas neste estudo mostram que faz-se necessário cada vez mais que não deixe somente por conta do setor saúde a questão da vacinação. Uma melhor participação por partes das instituições de ensino, conjunta com o setor saúde, numa perspectiva de intersetorialidade, se faz necessária a fim de se alcançar uma adesão satisfatória à vacinação do HPV.

O incentivo à maior adesão vindo do setor educação pode ser composto por ações de educação em saúde, para orientação e esclarecimento da população quanto aos benefícios de se vacinar, e também dos riscos que estão susceptíveis quando não se vacinam.

Por fim, vale lembrar que a operacionalização da campanha é uma co- gestão onde todos são responsáveis, seja como usuário do SUS, instituição de ensino e como instituição de saúde.

REFERÊNCIAS

- AYRES, A. R. G.; SILVA, G.A. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 5, n.44,p.963-974, fev. 2010.
- BORSATTO, A, Z. *et al.* Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, cidade, v.57, n.1, p.67-74, jan. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**. Brasília: MS, 2018.
- BRASIL.Ministério da Saúde.**Guia Prático Sobre HPV Perguntas e Respostas**. Brasília:MS,2017.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Nota Informativa n°001/2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- DERCHAIN, S. F. M.; SARIAN, L. O. Z. Vacinas profiláticas para o HPV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo,v. 29, n. 6, p.1-4, jun. 2007.
- DOMINGUES, C. M. A.S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982- 2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p.9-27, mar. 2013.
- FEIJÓ, R. B.; SÁFADI, M.A. Immunizations: three centuries of success and ongoing challenges.**Journal of Pediatric**, Rio de Janeiro, v.82, n. 3, p.1-3, jul.2006.
- LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero.**Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n. 19, p.1263-1274, 2014.
- LIDDON, N. et al. Acceptability of human papillomavirus vaccine for males: a review of the literature. **The Journal of Adolescent Health**. S.I, v. 46, n. 2, p. 113–123,Nov. 2010.

MONTEIRO, D. L. M.; BALLALAI, I.; ALMEIDA, J. A. M. Transformando vacina em vacinação: a importância da recomendação médica. **Femina**, Rio de Janeiro. v.43, n.5, p.193-196, set./out. 2015.

OLIVEIRA, F. B.; GELATTI, L. C. Adesão das adolescentes frente à vacinação contra o HPV no município de Uruaçu, Goiás. **Revista Eletrônica de Ciências, Saúde de Tecnologia**, Uruaçu .v.3, n. 2, p.106-114,2015.

OLIVEIRA, G.R. *et al.* Fatores de Risco e Prevalência da Infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** ,São Paulo,vol.35,n°5,pág.226-232.mai,2013.

OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2002, v.18, n.5, p.1429-1439.

PEREIRA, F. B.; SOUZA, É. P. Cobertura Vacinal do HPV para Adolescentes: Desafios e Possibilidades. **Id On Line Revista Multidisciplinar de Psicologia**, Fortaleza, v. 11, n. 38, p.530-540, 2017.

PIRES, T. S.; ROCHA, M.S. Aspectos envolvidos na vacinação contra o hpv. **Revista Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, n.14, p.1-12, 2017.

QUEIROZ, L. L. C. *et al.* Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p.294-302, fev. 2013.

RIBEIRO, M. M.; PERPÉTUO, I. H. O.; ANDRADE, M. V. Padrões Etários de Utilização de Serviços de Saúde no Brasil por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS,15., 2006, Belo Horizonte. **Anais**. São Paulo: ABEP, 2006.

SANTOS, J. G.C.; DIAS,J. M. Vacinação pública contra o papilomavírus humano no Brasil.

Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 28, n.1, p.1-7, jun. 2018.

SILVA, M. J. P. M.A. *et al.* A eficácia da vacina profilática contra o HPV nas lesões HPV induzidas. **Femina**. São Paulo, v. 37, n. 10, p.1-8, out. 2009.

ZARDO, G. P. *et al.* Vacina como agente de imunização contra o HPV. v. 19, n. 9, p.3799-3808, Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, set. 2014.

