



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM
ENFERMAGEM**

AYLA MARIA CALIXTO DE CARVALHO

**ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À COBERTURA
VACINAL CONTRA HEPATITE B EM ADOLESCENTES.**

**TERESINA/PI
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

AYLA MARIA CALIXTO DE CARVALHO

**ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À COBERTURA VACINAL
CONTRA HEPATITE B EM ADOLESCENTES.**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas Sócio-Educativas de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Telma Maria Evangelista de Araújo.

**TERESINA/PI
2008**

AYLA MARIA CALIXTO DE CARVALHO

**ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À COBERTURA
VACINAL CONTRA HEPATITE B EM ADOLESCENTES.**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 17/11/2008

Prof^a. Dr^a. Telma Maria Evangelista de Araújo
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof^o. Dr. Roberto de Andrade Medronho
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof^a. Dr^a. Silvana Santiago da Rocha
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Suplente:

Prof^a. Dr^a. Rosane Harter Griep
Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ/Ministério da Saúde

Aos meus pais, Júlia Alves de Carvalho e Antonio Calixto Vieira, que iluminaram o caminho da minha vida.

A Manoel Alves de Andrade e Ianí de Castro Gomes Alves, pelos ensinamentos e solidariedade como prática de vida.

À minha sobrinha, Krisna Calixto de Carvalho Alves da Silva, para que viva a adolescência de forma saudável.

AGRADECIMENTOS

A professora Dr^a. Telma Maria Evangelista de Araújo, mais do que orientadora, pela competência, seriedade, compromisso e respeito ao meu ritmo e ao processo de construção deste trabalho.

Ao professor Dr^o. Roberto de Andrade Medronho pela contribuição na banca de defesa.

A Dr^a. Silvana Santiago da Rocha e Dr^a. Rosane Harter Griep, estimadas professoras, pelas contribuições valiosas e competentes, especialmente no exame de qualificação.

As professoras Dr^a. Keila Rejane Gomes e Dr^a. Amparo Salmito, pela contribuição no projeto de pesquisa.

As professoras Dra. Maria Eliete Batista Moura e Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes pela contribuição na construção do projeto.

A professora Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro, Coordenadora do Mestrado e a todo corpo docente, pelas contribuições valiosas e pelo trabalho competente.

A Fundação Municipal de Saúde, por ter autorizado a realização desta pesquisa.

Aos colegas da Coordenadoria Regional de Saúde Centro/Norte da Fundação Municipal de Saúde, em especial Alba Costa Marques, pelo suporte institucional durante o período de afastamento para o Mestrado.

Aos colegas da Central de Transplante, pelo apoio durante o Mestrado.

À amiga Ana Amélia Galas Pedrosa, pelo estímulo e apoio na pesquisa, e pela contribuição no processamento dos dados com o software Epi-Info.

À Rosilane de Lima Brito Magalhães e Francisco Vilemar Magalhães, amigos, pelos percursos construídos na vida, na profissão e durante o Mestrado. O tempo confirma e reafirma a amizade.

Às colegas e companheiras do Mestrado, por termos compartilhado saberes, momentos de alegria e apoio para levar adiante o projeto acadêmico.

Aos alunos, pesquisadores de campo pela atenção e disponibilidade durante o levantamento de dados da pesquisa:

FACID: Alana Niede Meneses Damasceno; Caroline Portugal Costa; Fernanda Soares Tavares; Mara Simone de Carvalho Costa; Márcia Beatriz Viana de Sousa; Maria do Carmo Pereira Gomes Neta; Maria do Socorro Carvalho Borges; Michelli Sâmara Lima Sampaio; Mônica Cristina Miranda do Nascimento; Moris Graziella de Carvalho Berti; Rafaela Costa Sousa; Raimunda Evangelista Nepomuceno; Suelma Vieira Rocha. NOVAFAPI: Daniel de Paiva Leal; Antonio Tiago da Silva Souza. UFPI: Lenier Braga de Almeida; Leisa Maria da Costa Silva.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que contribuíram na pesquisa de campo, na identificação dos adolescentes que participaram do estudo: Adriano Leitão Chaves; Alcides Freitas; Cleiton Moreira Lopes; Conceição de Maria Cardoso Almeida; Cristina Rosa da Silva; Danilo Barbosa Neves; Eurides Vieira de Sousa; Francisco Alberto Santos Bezerra; Francisco Weidem de Sousa; Iracema de Carvalho Silva; Isabel Cristina Araújo Sousa; Israel Cleito Vieira Brito; Jairo Mouzinho De Oliveira; José de Araújo de Oliveira; José Francisco de Mesquita; Joyna Rodrigues de Carvalho; Katiana Pereira A. da Silva; Lia Mara Silva Fernandes; Luzinete Alves dos Santos Costa; Marcilene Coimbra Rodrigues; Maria Auxiliadora Mendes da Silva; Maria Dagmar de Oliveira Silva; Maria de Fátima Soares Calaça; Maria Deuselina da C. Oliveira; Maria Dilma da Rocha Silva; Maria Eliane Fernandes da Silva. Castro; Maria Francineide Mascarenhas; Maria Julina da Silva Alves; Maria Rita Alves; Maria Zenita Rodrigues Araújo; Mário Sérgio G. Costa; Michelle Ferreira e Silva; Micherlene da Silva Carneiro; Nilvan Pinheiro Barros; Patrícia Gomes Fontenele; Patrícia Rodrigues da Silva; Raimundo Nonato Valério da Silva; Thadma Silveira Cerqueira; Vera Lúcia Rodrigues Pinheiro.

As famílias dos adolescentes por terem autorizado a participação dos adolescentes neste estudo.

Aos adolescentes que me permitiram conhecer um pouco do seu estilo de vida.

“Fica decretado que, a partir desse instante,
haverá girassóis em todas as janelas,
que os girassóis terão direito
a abrir-se dentro da sombra;
e que as janelas devem permanecer, o dia inteiro,
abertas para o verde onde cresce a esperança”.

Thiago de Melo.

CARVALHO, Ayla Maria Calixto. **Análise dos fatores associados à cobertura vacinal contra hepatite B em adolescentes.** Teresina, 2008. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, 2008.

RESUMO

A presente pesquisa trata da cobertura vacinal contra hepatite B de adolescentes de uma região de Teresina. A vacina contra hepatite B constitui-se na principal estratégia de saúde pública para prevenir a doença aguda, impedir a cronificação da hepatopatia e sua evolução para cirrose e/ou hepatocarcinoma e, ainda para minimizar a transmissão viral. O estudo objetivou analisar os fatores associados à condição de estar vacinado entre adolescentes de uma área da Estratégia Saúde da Família, de Teresina/PI. A sua natureza é quantitativa, seccional e foi desenvolvido por meio de inquérito domiciliar, no período de março a abril de 2008. Os dados foram digitados e processados com a utilização do software Epi-Info versão 3.4.1 A análise foi por meio de estatísticas descritivas, utilizando-se testes estatísticos apropriados às variáveis estudadas. A população do estudo constitui-se de 261 adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, 55% são do sexo masculino, 90% estudantes, sendo que apenas 39,8% possuíam cartão de vacina. A cobertura vacinal com VTV (vacina contra rubéola, sarampo e caxumba) foi de 5,4%; para dT (vacina contra difteria e tétano) foi de 22,9%; para a vacina contra hepatite-B, 27,2% e 35,2% para a vacina contra febre amarela. Verificou-se que a baixa cobertura vacinal encontrada neste estudo está relacionada ao que segue: oportunidades perdidas de vacinação (65,5%); a deficiência de conhecimento acerca das vacinas, a faixa etária maior de 15 anos, quando comparados aos de 10 a 14 anos (RP = 2,11; IC95% = 1,41–3,17); ao gênero masculino (RP = 1,69; IC95% = 1,09–2,61). Considerando que o estudo foi realizado em áreas de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família, e sendo a vacinação uma ação prioritária ofertada à população no serviço de saúde, esperava-se encontrar uma população esclarecida sobre o calendário de vacinação, vacinas e proteção conferida, pois a atividade de vacinação é uma prática de extremo valor, que utiliza a ferramenta mais poderosa contra determinados agentes agressores (as vacinas) rompendo a cadeia de transmissão de muitas doenças. Entretanto envolve uma reconstrução de saberes e práticas com novas dimensões para a produção de cuidados, considerando que os adolescentes enquanto seres críticos, reflexivos, tem a capacidade de avaliar a incorporação ou não de tais valores e de modificá-los de acordo com suas próprias idéias.

Palavras-chave: Hepatite B. Enfermagem. Epidemiologia. Imunização.

CARVALHO, Ayla Maria Calixto. **Analysis of factors associated with immunization coverage against hepatitis B in teenagers.** Teresina, 2008. 98f. Dissertation (Master in Nursing) – University Federal of Piauí, 2008.

ABSTRACT

This research deals with the hepatitis B vaccination coverage of teenagers in a region of Teresina. The hepatitis B vaccine is in the main public health strategy to prevent acute disease, to prevent the chronic liver disease and its progression to cirrhosis and/or hepatocellular carcinoma, and also to minimize viral transmission. The study aimed to analyze the determinants of vaccination coverage among teenagers in an area of the Family Health Strategy, of Teresina/PI. Its nature is quantitative, sectional and it was developed through household survey in the period from March to April, 2008. Data were entered and processed using the Epi-Info version 3.4.1. The analysis was through descriptive statistics, using appropriate statistical tests to the variables studied. The study population consisted of 261 teenagers, aged from 10 to 19 years, 55% are male, 90% students, with only 39.8% had card vaccine. Immunization coverage with VTV (vaccine against rubbela, measles and mumps) was 5.4%, to dT (diphtheria and tetanus vaccine) was 22.9%, to the vaccine against hepatitis B, 27.2% and 35.2% for the vaccine against yellow fever. It was found out that low immunization coverage found in this study is related to what follows: missed opportunities for vaccination (65.5%), the deficiency of knowledge about the vaccine, the largest age of 15 years, compared to 10 to 14 years (RP = 2,11; IC95%=1,41-3,17), the males (RP = 1,69; IC95%=1,09-2,61). Whereas the study was conducted in areas of expertise of staff of the Family Health Strategy, and vaccination is a priority action offered in the public health service, it was expected to find a population informed about the vaccination schedule, vaccines and protection granted, therefore the activity of vaccination is a practice of extreme value, using the most powerful tool against individual officers aggressors (the vaccine) breaking the chain of transmission of many diseases. Meanwhile involves a reconstruction of knowledge and practices with new dimensions for the production of care, whereas young people as being critical, reflexive who has the ability to assess whether or not the incorporation of such values and modify them according to their own ideas.

Keywords: Hepatitis B. Nursing. Epidemiology. Immunization.

Carvalho, Ayla Maria Calixto. **Análisis de los factores se asocia a la aplicación de vacuna contra hepatitis B en adolescentes.** Teresina, 2008. 98f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Federal de Piauí, 2008.

RESUMEN

La presente investigación trata de la aplicación de vacuna contra hepatitis B a adolescentes de una región de Teresina. La vacuna contra hepatitis B se constituye en la principal estrategia de salud pública para precaver la enfermedad aguda, impedir la cronicidad de la hepatopatía y su evolución para cirrosis y/o hepatocarcinoma y, aún para minimizar la transmisión vírica. El estudio tuvo como objetivo analizar los factores determinantes de la aplicación de vacuna entre adolescentes de un área de la “Estrategia Salud de la Familia”, de Teresina/PI. Su naturaleza es cuantitativa, seccional y fue elaborado por medio de información domiciliar en el período de marzo a abril de 2008. Los datos fueron digitados y procesados con la utilización del software Epi-Info versión 3.4.1 El análisis fue hecho por medio de estadísticas descriptivas, utilizándose pruebas estadísticas apropiadas a las variables estudiadas. La población motivo del estudio se constituye de 261 adolescentes, entre las edades de 10 a 19 años, 55% son del sexo masculino, 90% estudiantes, siendo que apenas 39,8% poseían tarjeta de vacuna. La aplicación de vacuna con VTV (vacuna contra rubéola, sarampión y papera) fue del 5,4%; para DT (vacuna contra difteria y tétano) fue del 22,9%; para la vacuna contra hepatitis-B, 27,2% y 35,2% para la vacuna contra fiebre amarilla. Se verificó que la baja aplicación de vacuna encontrada en este estudio está relacionada a lo que sigue: oportunidades perdidas de vacunación (65,5%); la deficiencia de conocimiento acerca de las vacunas, entre la edad mayor de 15 años, cuando comparadas a los de 10 a 14 años (RP = 2,11; IC95% = 1,41–3,17); al género masculino (RP = 1,69; IC95% = 1,09–2,61). Considerando que el estudio fue realizado en áreas de actuación de los equipos de la “Estrategia Salud de la Familia”, y siendo la vacunación una acción prioritaria ofertada a la población en el servicio de salud, se esperaba encontrar una población esclarecida sobre el calendario de vacunación, vacunas y protección conferida, pues la actividad de vacunación es una práctica de extremo valor, que utiliza la herramienta más poderosa contra determinados agentes agresores (las vacunas) rompiendo la cadena de transmisión de muchas enfermedades. Mientras envuelve una reconstrucción de conocimientos y prácticas con nuevas dimensiones para la producción de atenciones, considerando que los adolescentes mientras seres crítico, reflexivos, tienen la capacidad de evaluar la incorporación o no de tales valores y de modificarlos de acuerdo con sus propias ideas.

Palabras-Clave: Hepatitis B. Enfermería. Epidemiología. Inmunización.

APRESENTAÇÃO

Como enfermeira da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (PI), iniciei a minha trajetória na Saúde Pública, atuando no município na área da assistência, da gestão, no serviço de epidemiologia e com a Estratégia Saúde da Família, desde a sua implantação em 1997. Esta atuação permitiu acompanhar a atenção dispensada à família, em todo o ciclo vital, no qual destacamos a adolescência, e a ação de imunização. Este estudo apresenta, sem a pretensão de esgotar a discussão, a análise dos fatores associados à cobertura vacinal contra hepatite B na faixa etária de 10 a 19 anos.

A apresentação do estudo está construída em seis capítulos:

No capítulo 1 – Considerações iniciais – apresento o problema de estudo, a partir de uma revisão da literatura, seguido pelo os objetivos do estudo e justificativa.

No capítulo 2 – Marco Teórico – trago a discussão sobre a hepatite B, a doença e a prevenção através da imunização, e a adolescência, como fundamentação para a apreensão da temática da vacinação contra hepatite B em adolescentes.

No capítulo 3 – Metodologia – descrevo a caracterização do estudo, a descrição detalhada dos procedimentos metodológicos do trabalho de campo, a técnica de coleta e de análise de dados;

No capítulo 4 – Resultado – trago os resultados obtidos subdividido em duas seções: na primeira mostram-se as análises univariadas - são apresentadas a descrição da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e econômicos, acesso aos serviços, conhecimento sobre o cartão de vacinas e sobre as vacinas e doenças contra as quais protegem; e na segunda as análises bivariadas, apresentam-se a relação da condição de estar vacinado contra hepatite B, com as características sociodemográficas e econômicas dos adolescentes, acesso aos serviços de saúde e à informação, ter filho e sentir medo da vacina. A condição de estar vacinado foi tomada como a variável dependente e as demais características como variáveis independentes.

No capítulo 5 – Discussão – sobre o conhecimento produzido pela pesquisa, busco apresentar, a partir da compreensão dos resultados, a vinculação das variáveis estudadas com a condição de estar vacinado contra hepatite B.

No capítulo 6 – Considerações finais – finalizo com algumas considerações sobre os principais resultados obtidos no estudo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 Calendário de Vacinação do Adolescente – PNI/2006.	14
Gráfico 1 Cobertura vacinal dos adolescentes do estudo. Teresina – PI, 2008, (n= 261).	54
Gráfico 2 Cobertura vacinal e oportunidades perdidas de vacinação (OPV) dos adolescentes do estudo. Teresina – PI, 2008, (n = 261).	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica dos adolescentes do estudo. Teresina – PI, 2008 (n = 261)	52
Tabela 2 - Caracterização econômica dos adolescentes do estudo. Teresina – PI, 2008 (n = 261)	53
Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes do estudo, quanto ao número de doses recebidas da vacina contra hepatite B. Teresina – PI, 2008 (n = 261).	55
Tabela 4 - Distribuição dos adolescentes do estudo quanto ao acesso ao serviço de saúde. Teresina – PI, 2008	56
Tabela 5 - Distribuição dos adolescentes do estudo quanto ao acesso à informação sobre vacina. Teresina – PI, 2008.	57
Tabela 6 - Distribuição dos adolescentes do estudo quanto ao conhecimento acerca do cartão de vacina. Teresina – PI, 2008.	58
Tabela 7 - Conhecimento pelos adolescentes sobre as vacinas e respectivas doenças contra as quais protegem. Teresina /PI – 2008 (n = 261).	59
Tabela 8 - Associação entre as variáveis sócio-demográficas dos adolescentes do estudo e a condição de estar vacinado contra hepatite B. Teresina – PI, 2008 (n = 261)	60
Tabela 9 - Associação entre as variáveis econômicas dos adolescentes do estudo e a condição de estar vacinado contra hepatite B. Teresina – PI, 2008 (n = 261).	61
Tabela 10 - Associação entre acesso ao serviço de saúde e a condição de estar vacinado contra hepatite B dos adolescentes do estudo. Teresina – PI, 2008, (n = 261)	61
Tabela 11 - Associação da condição de estar vacinado contra hepatite B dos adolescentes com o conhecimento sobre a vacina, fonte de informação, local e horário de funcionamento da sala de vacina – PI, 2008.	62
Tabela 12 - Associação entre o adolescente ter filho com a condição de estar vacinado contra hepatite B. Teresina – PI, 2008 (n = 261).	63
Tabela 13 – Associação entre o adolescente sentir medo de vacina com a condição de estar vacinado contra hepatite B. Teresina – PI, 2008 (n = 261).	63

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1 Problema de pesquisa	16
1.2 Objetivos	20
1.3 Justificativa	20
2 MARCO TEÓRICO	23
2.1 Hepatite B	23
2.2 Adolescência	37
3 METODOLOGIA	44
4 RESULTADOS	51
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	83
ANEXOS	95

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Programa Nacional de Imunização – PNI, criado no Brasil em 1973, vem desenvolvendo ações planejadas e sistematizadas em imunizações. Estratégias diversas, campanhas, rotinas e bloqueios erradicaram a febre amarela em 1942, a varíola em 1973 e a poliomielite em 1989, controlaram o sarampo, o tétano neonatal, as formas graves de tuberculose, a difteria, o tétano acidental, a coqueluche. Mais recentemente, implementaram medidas para o controle das infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo b, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, da hepatite B, da influenza e suas complicações no idoso, também das infecções pneumocócica (BRASIL, 2003).

O primeiro calendário de vacinas do PNI disponibilizou vacinas somente para as crianças. Nesta última década, o Ministério da Saúde instituiu três calendários de vacinação: da criança, do adolescente e do adulto e idoso, disponibilizando para o adolescente as vacinas contra as seguintes doenças: hepatite B; difteria; tétano; febre amarela; sarampo; caxumba e rubéola (BRASIL, 2006a).

Vacina	Doenças evitadas	Nº de doses	Idade ao iniciar	Idade de reforço	Intervalo entre as doses	Via de administração
Contra Hepatite B	Hepatite B	03	11 a 19 anos, na primeira visita ao serviço de saúde.	-	2ª – 01 mês após a 1ª e a 3ª 06 meses após a 1ª.	Intramuscular
dT (dupla tipo adulto)	Difteria e tétano	03		A cada 10 anos	02 meses	Intramuscular
Contra Febre Amarela	Febre Amarela	Única		A cada 10 anos	-	Subcutânea
SCR (Tríplice Viral)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Única		-	-	Subcutânea

Quadro 1 Calendário de Vacinação do Adolescente * – PNI/2006.

*Adolescente que não tiver comprovação de vacinação anterior, seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Considerando-se as vacinas como instrumentos de uma prática de alcance coletivo, entende-se que o ato de vacinar, na sua dimensão individual, resulta em proteção não só do indivíduo vacinado contra determinadas doenças, mas também em proteção da coletividade, na qual esse sujeito está inserido. Dessa forma, essa ação, mesmo quando realizada na rotina das unidades de saúde, toma uma dimensão coletiva, visto estar sendo voltada para indivíduos inseridos em determinado contexto social e em uma realidade epidemiológica específica (ARAÚJO, 2005).

Desse modo, ainda de acordo com a citada autora, a vacinação não deve ser entendida como uma ação coletiva, apenas quando realizada de forma massificada, mediante a execução de campanhas de abrangência nacional ou regional, ou local, mas também como prática do dia a dia das unidades de saúde, devendo, portanto, deixar de ser exclusiva de serviços que prestam apenas assistência preventiva passando a incorporar outros tipos de serviço.

Portanto, a vacina vem sendo utilizada como um meio para interromper a cadeia de transmissão das doenças imunopreveníveis. Dentre essas doenças, destacamos a hepatite B, que atinge um número significativo de indivíduos, e dentre estes os adolescentes, com possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas.

Dentro da política atual de saúde, a atividade de vacinação é executada na atenção básica, principalmente pela Estratégia Saúde da Família - ESF, que conta com uma equipe multiprofissional, trabalha com território definido e população adstrita, prioriza as ações de saúde a partir de um diagnóstico local, cuida da família, atuando em todo o ciclo vital (BRASIL, 2001a).

Neste estudo tomou-se a definição de adolescente da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera adolescência a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, compreendendo a faixa etária de 10 a 19 anos. (BRASIL, 2005a).

Considera-se que a ESF, nas questões relacionadas à saúde desse grupo, vem se apresentando como campo propício à incorporação da proposta de saúde integral de adolescentes e jovens, política lançada pelo Ministério da Saúde em

2005, que tem como objetivos: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunizações, atividades educativas, identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes (BRASIL, 2005b).

Portanto, no desenvolvimento desta pesquisa se estudou os adolescentes que são acompanhados por equipes da ESF. Considerando que em nossa sociedade ainda circulam idéias sobre a adolescência que se associam à noção de crise, desordem, irresponsabilidade, com enfoque no risco de gravidez, risco de uso de drogas, risco de contrair o vírus HIV e risco de morte frente à violência, caracterizando esse período da vida de forma negativa. Espera-se que esses aspectos, na ESF, sejam analisados de forma contextualizada, pois esses riscos estão associados a questões sociais; condições de vida; acesso ou não à informação; insuficiência de políticas públicas de saúde e educação, situações que os expõem a problemas (BRASIL, 2005b).

Espera-se que na ESF esses adolescentes sejam acolhidos e assistidos, com um olhar mais diferenciado, de forma contextualizada, compreendendo que as experiências que as pessoas vivenciam no cuidado cotidiano à saúde estão em parte relacionadas ao conhecimento que elas possuem sobre as tecnologias em saúde. E que, nem sempre ter acesso ao serviço, significa incorporar medidas e mudanças nas atitudes relacionadas à saúde (FIGUEIREDO, 2007).

1.1 Problema de pesquisa

As hepatites virais se constituem em um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil. A infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) é uma das principais causas de doença aguda e crônica do fígado, podendo evoluir ainda para cirrose e carcinoma hepatocelular. Acredita-se que existam mais de 350 milhões de portadores crônicos do VHB, e que mais de 500 mil morram, anualmente, vítimas dessa enfermidade. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que 15% da população já foram expostos ao vírus da hepatite B, e que 1% sofra de hepatite B crônica (BRASIL, 2005c, 2008a).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005d), as hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário

pelo tecido hepático, que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém, com importantes particularidades.

A distribuição das hepatites virais é universal, sendo que a magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. No Brasil, também há grande variação regional na prevalência de cada um dos agentes etiológicos. As hepatites virais têm grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas.

Estudo realizado antes da política de vacinação contra a hepatite B, apontava três padrões de distribuição da hepatite B no Brasil: alta endemicidade presente na região amazônica, parte do Espírito Santo e oeste de Santa Catarina; endemicidade intermediária, nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste e baixa endemicidade, na região Sul do país. No entanto, esse padrão vem se modificando após a introdução da vacina contra hepatite B, estudos mais recentes classificam a região Norte como de baixa ou moderada endemicidade, permanecendo com alta endemicidade a região sudeste do Pará (BRASIL, 2005d).

Nas demais regiões, a situação encontrada é de moderada endemicidade na região sul, sendo registrada alta endemicidade no oeste do Paraná. A região Sudeste apresenta baixa endemicidade, exceto o sul do Espírito Santo e nordeste de Minas Gerais, que apresenta alta prevalência. A região Centro-Oeste é baixa endemicidade, exceto o norte de Mato-Grosso, que apresenta prevalência moderada. O Nordeste está em situação de baixa endemicidade (BRASIL, 2005d).

A transmissão do vírus da hepatite B (HBV) se faz por via parenteral, e pela via sexual, sendo considerada uma doença sexualmente transmissível. A transmissão vertical (materno-infantil) também é causa freqüente de disseminação do HBV, geralmente a transmissão ocorre no momento do parto, por meio do contato com sangue, líquido amniótico ou secreções maternas, sendo rara a transmissão via transplacentária, leite materno ou após o nascimento (ARRAES *et. al.*, 2003).

De maneira semelhante às outras hepatites, as infecções causadas pelo HBV são habitualmente anictéricas. Apenas 30% dos indivíduos apresentam a forma icterica da doença, reconhecida clinicamente. Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos adultos infectados cronicam. Cerca de 70 a 90% das infecções ocorridas

em menores de cinco anos cronicam e 20 a 25% dos casos crônicos com evidências de replicação viral evoluem para doença hepática avançada (cirrose e hepatocarcinoma) (BRASIL, 2005d).

Segundo a Secretaria de Saúde do Piauí, em 2006 foram notificados 1.127 casos de hepatite virais, dos quais, 46,49% são do tipo A; 2,84% do tipo B; 0,71% do tipo C; 1,72% classificadas como outras hepatites e 48,19% sem classificação etiológica, fato que compromete a avaliação real da situação do agravo no Estado (PIAÚÍ, 2007).

Adolescentes têm sido considerados um grupo com risco elevado de exposição ao VHB, pois são suscetíveis à pressão negativa de seus pares, sensação de invulnerabilidade e imortalidade, e apresentam dificuldades em associar comportamentos de risco atual e conseqüências futuras. Assim, estudos têm mostrado um aumento da positividade para o VHB na adolescência que se estende até a idade adulta (OLIVEIRA, *et. al.*, 2007; TUNG e MIDDLEMAN, 2005).

A vacina contra o VHB é a forma mais eficaz para a prevenção da hepatite B e tem proporcionado grande avanço no controle dessa enfermidade. Assim, desde 1998, o PNI recomenda a vacinação universal das crianças contra hepatite B e mais de uma centena de países já incluíram essa vacina em seus programas de imunização. No Brasil, a mesma tem sido oferecida gratuitamente a grupos de risco desde o início da década de 90 e, mais recentemente, a partir de 2001 foi estendida a indivíduos com idade até 19 anos em todas as regiões (SÃO PAULO, 2006).

Entretanto, de acordo com o Programa Nacional de Imunização - PNI (BRASIL, 2003, 2004), para que a doença se mantenha sob controle se faz necessária uma cobertura vacinal mínima de 95%. Cobertura vacinal pode ser entendida como a proporção da população que recebeu o número completo de doses de uma vacina em relação à população existente em um determinado local (BRASIL, 2001b; ARAÚJO, 2005).

Estudos têm mostrado uma baixa cobertura vacinal contra hepatite B na população de adolescentes. Os jovens são resistentes à vacinação contra hepatite B, apesar do conhecimento do próprio risco de infecção pelo VHB. A baixa adesão à vacina tem sido atribuída ao longo período necessário para completar o esquema vacinal, cujo número de doses é três, com intervalo de um mês da primeira para a

segunda e seis meses da primeira para a terceira (OLIVEIRA, *et. al.*, 2007; MIDDLEMAN, 2004).

As coberturas vacinais em âmbito nacional ainda estão muito aquém da mínima recomendada pelo Ministério da Saúde. No Brasil, a cobertura vacinal para a Hepatite B dos adolescentes (10 a 19 anos), no ano de 2005, foi de 36,9% e no Piauí, considerando-se a mesma faixa etária, foi de 16,7%, em Teresina foi de 32,52% (BRASIL, 2006b).

Estudo da cobertura vacinal para hepatite B, entre 2001 e 2004, em São Paulo, apontou que a vacinação de crianças em idade escolar e adolescentes teve uma boa adesão inicial. No entanto, apenas metade completou o esquema vacinal e a faixa etária com menor cobertura foi entre os de 15 a 19 anos, com 35% (ARANDA, 2005).

Aprimorando o acompanhamento de cobertura vacinal por área de atuação de cada equipe da Estratégia Saúde da Família, em Teresina, na Coordenadoria Regional de Saúde Centro/Norte, foi implantado o cartão de vacina da família (Anexo A), que está permitindo o monitoramento mais efetivo e como resultado preliminar desta atividade, destacamos as dificuldades em atingir a cobertura da vacina contra hepatite B, entre os adolescentes, fato que motivou a realização desta pesquisa.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), para o desenvolvimento das atividades de vacinação com a comunidade faz-se necessário o diagnóstico e o planejamento de ações para avaliar a baixa cobertura ou a situação vacinal do local. Recomenda-se iniciar com os seguintes questionamentos: será que a população está suficientemente esclarecida sobre a existência de doenças que podem ser evitadas? Os responsáveis pelos adolescentes ou eles próprios conhecem os tipos de vacinas e o número de doses necessárias para a completa imunização? O serviço está divulgando os locais e horários de funcionamento da vacinação e a gratuidade das vacinas? Os adolescentes não voltam para as demais doses com receio das reações? As famílias estão encontrando problemas para chegar até o serviço? Quais são esses problemas? Os horários de vacinação são os mais adequados aos modos de vida e de produção da maioria das famílias? A comunidade acredita no serviço e em seus profissionais?

Destaca-se que estas perguntas também fazem parte da curiosidade da autora deste estudo, cujo foco é centrado nos fatores associados à condição de estar vacinado contra hepatite B, entre os adolescentes, residentes em uma área de atuação da Estratégia Saúde da Família.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral:

Analisar os fatores associados à condição de estar vacinado entre adolescentes de uma área da Estratégia Saúde da Família, de Teresina/PI.

1.2.2 Específicos:

- Caracterizar a população do estudo quanto aos aspectos sócio-econômicos e demográficos;
- Estimar a cobertura vacinal da hepatite B e demais vacinas do calendário básico dos adolescentes estudados;
- Analisar os fatores que interferem na condição de estar vacinado contra hepatite B;
- Levantar o conhecimento dos adolescentes, residentes na área da pesquisa, quanto ao calendário de vacinação e proteção conferida.

1.3 Justificativa

O interesse por estudar os fatores associados à baixa cobertura vacinal contra hepatite B em adolescentes está associado à preocupação com o controle desse agravo, que vem sendo considerado um grave problema de saúde no Brasil e no mundo. Dentre os portadores crônicos da hepatite B, estima-se que existam cerca de dois milhões no Brasil, e que a maioria das pessoas desconhece sua condição sorológica, agravando ainda mais a cadeia de transmissão da infecção (BRASIL, 2005e).

Soma-se a esse fato, o conhecimento de que a hepatite B crônica em cerca de 5 a 10% dos casos em adultos, podendo chegar a 90% em menores de um ano e de 20 a 50% para crianças de um a cinco anos. A fase crônica é considerada aquela em que o agente etiológico permanece no hospedeiro após seis meses do início da infecção. Parte dos casos crônicos evolui para doença hepática avançada, como cirrose e hepatocarcinoma. O tratamento específico é realizado em serviços especializados, e os que não respondem ao tratamento passam a depender de um transplante, tornando onerosos os custos para manutenção do tratamento dessa clientela (BRASIL, 2005c, 2008a).

O interesse também foi influenciado pela vivência da pesquisadora, que desde o início da inserção no trabalho, participa do desafio de implementar o programa de imunização. No período de 1993 a 1997, como enfermeira do Departamento de Epidemiologia do município de Teresina (PI), participou do gerenciamento das atividades de imunização, atuando diretamente com os profissionais das salas de vacina, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Experiência que proporcionou identificar a importância, as dificuldades e os desafios da imunização.

Nesse período, realizou supervisão nas salas de vacinas, que proporcionou compreender que a ação de imunização faz parte de um contexto amplo de assistência e que não depende somente dos profissionais das salas de vacina; todos os profissionais dos serviços de saúde, especialmente aqueles inseridos na área de saúde pública devem estar sensibilizados para a importância da atividade, setores como recepção, triagem e ambulatórios são exemplos de potenciais colaboradores.

Desde 2006, faço parte da equipe de supervisores da atenção básica, no acompanhamento do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Centro/Norte de Teresina. Em 2007, iniciou-se na CRS Centro-Norte um processo de monitoramento das coberturas vacinais, onde foram incluídos os menores de um ano de idade, os adolescentes e as mulheres em idade fértil, cujos objetivos foram avaliar as coberturas para todas as vacinas do esquema preconizado pelo Ministério da Saúde para os primeiros; em relação aos adolescentes foi avaliada a cobertura da vacina contra hepatite B; e, por último, foi feita a avaliação da cobertura contra difteria e tétano (vacina dupla adulto – dT) entre as mulheres em idade fértil.

Os dados preliminares desta avaliação demonstram uma baixa cobertura vacinal contra a hepatite B, entre os adolescentes e as estratégias para melhorar a cobertura vacinal não estão obtendo êxito.

Nesse sentido, face às considerações levantadas, a gravidade da doença, a dificuldade do tratamento e a disponibilidade de uma vacina que tem eficácia comprovada para prevenir esse agravo, considera-se o estudo de relevância, para a comunidade, gestores dos serviços de saúde e profissionais de saúde, acreditando que os resultados possam redirecionar as estratégias de implementação da vacinação contra hepatite B junto aos adolescentes.

2 MARCO TEORICO

2.1 Hepatite B

Nesse início do século XXI, o Vírus da Hepatite B (VHB) continua a ser um dos mais frequentes vírus que atingem a Humanidade. O estudo da epidemiologia desse vírus é importante não só pelo elevado número de indivíduos atingidos em todo o Mundo, mas também pelas complicações letais das suas formas agudas (hepatite fulminante) e crônicas, insuficiência hepática, carcinoma hepatocelular e cirrose hepática (ANTUNES; MACEDO; ESTRADA, 2004).

Em 1965, na Filadélfia, Blumberg *et. al.* (1977, *apud* PERIM, 2004) que pesquisavam o polimorfismo de proteínas séricas, descobriram ao acaso, um antígeno no sangue de um aborígene australiano, inicialmente denominado antígeno Austrália (AU), pesquisas posteriores associaram o AU a níveis séricos elevados de alanina aminotransferase (ALT) e a um vírus – o vírus da hepatite B (HBV).

O HBV, um membro da família Hepadnaviridae, é o menor vírus DNA conhecido. O seu genoma é constituído por aproximadamente 3200 pares de bases, organizados em dupla hélice incompleta. Possui uma complexa estrutura antigênica, constituída por 4 genes: préC/C, pres/S, Pe, X (WHO, 2004).

O HBV possui diâmetro de 42 nm e é formado por uma superfície ou envelope viral e por um núcleo. No núcleo, também chamado core ou nucleocapsídeo, encontra-se o DNA, a respectiva DNA polimerase, o antígeno do core (HBcAg) e o antígeno e (HBeAg). O envelope viral é protéico e constituído pelo antígeno de superfície HBsAg, que aparece sob as formas esféricas e tubulares (WHO, 2002).

Segundo Ferreira; Silveira (2004) o vírus da hepatite B infecta o homem, que constitui o reservatório natural. O risco de desenvolver doença aguda ictérica aumenta com a idade do paciente, inversamente à possibilidade de cronificação. Quando os recém-nascidos entram em contato com os vírus B, há 90% de chance de se tornarem cronicamente infectados; quando a infecção ocorre aos cinco anos, a possibilidade cai para 30-50%, sendo a taxa reduzida para 5-10% se a infecção ocorre em adultos.

Estudos apontam que o VHB circula em altas concentrações no sangue e em títulos baixos nos outros fluidos orgânicos, e que é aproximadamente 100 vezes mais infectante do que o HIV e 10 vezes mais do que o vírus da hepatite C. Cerca de duas a três semanas antes de aparecerem os primeiros sinais da doença, o sangue e os outros líquidos orgânicos de uma pessoa portadora do VHB já podem ser infectantes e se mantêm assim durante a fase aguda. Atenção especial deve ser dada aos portadores crônicos que podem permanecer infectantes por toda a vida (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

Classicamente, divide-se sua história natural em três fases: 1) fase de tolerância imune, mais comumente vista em crianças que adquiriram o VHB por transmissão perinatal ou nos primeiros anos de vida, sendo caracterizada pela positividade do AgHbs e do AgHbe, de altos níveis de carga viral (DNA-VHB). 2) a segunda fase, da *reação imune*, é caracterizada por níveis séricos de DNA-VHB menos elevados; o AgHbe é positivo (em altos títulos) nessa fase, podendo haver soroconversão para anti-Hbe em cerca de 8 a 15% ao ano, na dependência de vários fatores; 3) a soroconversão AgHbe → anti-Hbe marca a transição da hepatite crônica B para o estado de portador inativo do AgHbs (FERREIRA; BORGES, 2007).

Apesar da expectativa de regressão da atividade da doença após a soroconversão AgHbe → anti-Hbe, cerca de 20 a 30% continuam a demonstrar elevados níveis de carga viral, aminotransferases elevadas e doença ativa à biópsia; esses pacientes, em geral, são portadores de variantes do vírus B (com mutações nas regiões pré-*core* e promotor do *core* do genoma viral) que deletam a expressão do AgHbe e são hoje denominados de portadores de hepatite crônica B AgHbe negativa (FERREIRA; BORGES, 2007).

A evolução clínica da hepatite B, na fase aguda, consiste de três períodos, no primeiro, chamado prodrômico ou pré-ictérico, tem evolução de mais ou menos quatro semanas, com aparecimento de febre, astenia, dores musculares ou articulares e sintomas digestivos. No segundo período, chamado ictérico, há o abrandamento dos sintomas digestivos e surgimento da icterícia, às vezes acompanhada de prurido e o terceiro período, que é o de convalescença, desaparece a icterícia, e cerca de 90 a 95% dos pacientes evoluem para a cura (BRASIL, 2005e).

A hepatite B crônica ocorre quando a reação inflamatória do fígado nos casos agudos sintomáticos e assintomáticos persiste por mais de seis meses, os sintomas, quando presente são inespecíficos, após anos de evolução, pode aparecer cirrose, com surgimento de icterícia, edema, ascite, varizes de esôfago e alterações hematológicas, podendo evoluir para hepatocarcinoma sem passar pelo estágio de cirrose (BRASIL, 2005d).

Os portadores crônicos do VHB, para além da probabilidade considerável de evoluírem para as complicações atrás referidas, representam o grande reservatório do vírus na natureza. A possibilidade de após infecção se tornar portador crônico é tanto maior quanto menor for a idade (ANTUNES; MACEDO; ESTRADA, 2004).

Na década de 90, surtos de hepatite B foram detectados no sul da Amazônia, estudo sorológico realizado em 2001, em município da região, constatou a presença VHB em 40% dos participantes, com incremento da prevalência de marcadores de infecção com o aumento da idade. Associado a infecção pelo VHB, foi detectado marcadores de hepatite Delta em 28% dos portadores (SOUTO *et. al.*, 2004).

Pesquisas mais recentes evidenciaram os genótipos do VHB, em número de 8, (A-H), segundo Ferreira; Borges (2007) parecem ter uma importância crucial no manuseio da hepatite B, embora não estejam ainda disponíveis para uso clínico; no Brasil predominam os genótipos A e F, no Sudeste Asiático, B e C, no Sul da Europa, o genótipo D e na América do Norte e Europa Setentrional o A. As variantes pré-core do VHB são mais comuns nos genótipos B, C e principalmente no D, o que explica o maior número desses doentes portadores dessas variantes no Sudeste Asiático e nos países mediterrâneos. O genótipo C está associado à doença hepática mais grave e maior frequência de hepatocarcinoma do que o genótipo B.

A avaliação do paciente pré-tratamento é fundamental e objetiva selecionar os indivíduos que serão tratados. Além da história e exame físico cuidadosos é importante todas as provas de função hepática (aminotransferases (ALT, AST), fosfatase alcalina, gamaglutamiltransferase, albumina sérica, provas de coagulação, bilirrubinas) e sorologias para o VHB (AgHbs, AgHbe/anti-Hbe, anti Hbc (total e IgM), anti-Hbs), VHC e HIV, também, é fundamental incluir-se nas provas laboratoriais a

quantificação do DNA-VHB sérico, realizada através de técnicas de PCR (FERREIRA; BORGES, 2007).

Todos os pacientes devem realizar, a cada 6 meses, ultrassonografia abdominal e dosagem da alfa-fetoproteína sérica para detecção precoce de hepatocarcinoma, particularmente se o paciente apresenta cirrose hepática já estabelecida. A biópsia hepática é arma fundamental na avaliação do doente e é o indicador mais fidedigno da presença de atividade necroinflamatória e fibrose (MARCELLIN; ASSELAN; BOYER, 2005).

Além dos portadores de hepatite crônica B AgHbe positivos, está indicado o tratamento também para: os portadores de hepatite crônica B AgHbe negativos (com ALT e carga viral elevado e biópsia com atividade necro-inflamatória importante), as manifestações extra-hepáticas da doença (glomerulonefrite, artrite, poliarterite), os cirróticos compensados ou descompensados (estes últimos, com qualquer nível de carga viral), formas graves de hepatite aguda e para os coinfectados com o HIV; em pacientes transplantados de fígado, por cirrose pelo VHB, é fundamental que o tratamento seja instituído no pré-transplante (para os portadores de replicação viral ativa) e mantido no pós-transplante para impedir a infecção do enxerto pelo VHB, que é universal na ausência de terapia efetiva contra esse patógeno (KEEFE, 2006).

Segundo Ferreira; Borges, (2007), o principal objetivo do tratamento da hepatite crônica B é eliminar ou suprimir significativamente a replicação do VHB e prevenir a progressão para a cirrose e o carcinoma hepatocelular. Na luz atual dos conhecimentos, a terapia deve procurar reduzir e manter os níveis séricos do DNA-VHB os mais baixos possíveis, a ALT normal e a atividade necroinflamatória à biópsia ausente ou de baixa magnitude. A soroconversão AgHbe → anti-Hbe é meta essencial no tratamento dos AgHbe positivos e só a sua ocorrência deve autorizar a retirada da terapia com análogos nucleosídeos/nucleotídeos nesse grupo de doentes.

Na atualidade, cinco drogas têm sido aprovadas para o tratamento da infecção pelo VHB - o intérferon $\alpha 2b$ (IFN $\alpha 2b$), o peg intérferon $\alpha 2a$ (PEG-IFN $\alpha 2a$), a lamivudina, o adefovir dipivoxil, o entecavir e mais recentemente a telbivudina; os quatro últimos são análogos de nucleosídeos/nucleotídeos utilizados por via oral,

e que inibem a transcrição reversa, que ocorre durante o ciclo de replicação viral no hepatócito (KEEFE, 2006).

A hepatite B é transmitida por meio de relações sexuais desprotegidas, pois o vírus encontra-se no sêmen e secreções vaginais; intervenções odontológicas e cirúrgicas, hemodiálise, tatuagens, piercings que sejam realizados sem as medidas de biossegurança recomendadas; transfusão de sangue e derivados contaminados; uso de drogas com compartilhamento de seringas, agulhas ou outros equipamentos; transmissão vertical (mãe/filho); aleitamento materno e acidentes perfurocortantes (BRASIL, 2005c).

A transmissão vertical merece destaque, porque representa a principal via de disseminação do VHB nas regiões de alta prevalência e de que os neonatos, quando infectados, têm alto risco de desenvolver formas crônicas. A transmissão aumenta substancialmente se a mãe é positiva para os marcadores HBsAg e HBeAg, que indicam ativa replicação viral (WHO, 2006; OMS, 2001).

De maneira geral, o diagnóstico da hepatite B só é possível por meio da detecção dos marcadores sorológicos. Em 1998, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) iniciou um projeto com o objetivo de fornecer avaliações de ensaios laboratoriais para a detecção de antígeno de superfície de hepatite B e marcadores sorológicos que contribuíssem com a avaliação clínica dos portadores do vírus.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005d), são marcadores de triagem para a hepatite B:

HBsAg (antígeno de superfície do HBV) – primeiramente denominado como antígeno Austrália. É o primeiro marcador a surgir após a infecção pelo HBV, em torno de 30 a 45 dias, podendo permanecer detectável por até 120 dias. Está presente nas infecções agudas e crônicas.

Anti-HBc (anticorpos IgG contra o antígeno do núcleo do HBV) – é um marcador que indica contato prévio com o vírus. Permanece detectável por toda a vida nos indivíduos que tiveram a infecção (mesmo naqueles que não cronificaram, ou seja, eliminaram o vírus). Representa importante marcador para estudos epidemiológicos.

Anti-HBc IgM (anticorpos da classe IgM contra o antígeno do núcleo do HBV) – é um marcador de infecção recente, portanto confirma o diagnóstico de hepatite B aguda. Pode persistir por até seis meses após o início da infecção.

Anti-HBs (anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV) – indica imunidade contra o HBV. É detectado geralmente entre 1 a 10 semanas após o desaparecimento do HBsAg e indica bom prognóstico. É encontrado isoladamente em pacientes vacinados.

HBeAg (antígeno “e” do HBV) – é indicativo de replicação viral e, portanto, de alta infectividade. Está presente na fase aguda, surge após o aparecimento do HBsAg e pode permanecer por até 10 semanas. Na hepatite crônica pelo HBV, a presença do HBeAg indica replicação viral e atividade da doença (maior probabilidade de evolução para cirrose).

Anti-HBe (anticorpo contra o antígeno “e” do HBV) – marcador de bom prognóstico na hepatite aguda pelo HBV. A soroconversão HBeAg para anti-HBe indica alta probabilidade de resolução da infecção nos casos agudos (ou seja, provavelmente o indivíduo não vai se tornar um portador crônico do vírus). Na hepatite crônica pelo HBV a presença do anti-HBe, de modo geral, indica ausência de replicação do vírus, ou seja, menor atividade da doença e, com isso, menor chance de desenvolvimento de cirrose.

Respeitando-se as ressalvas já feitas, recomenda-se em caso de suspeita de hepatite B, a pesquisa inicial dos marcadores sorológicos: HBsAg, anti-HBc (total), caso haja justificativa com base na história clínica. A necessidade da pesquisa de marcadores adicionais poderia ser orientada pelos resultados iniciais. Faz parte da rotina dos laboratórios manterem acondicionados os espécimes já examinados por, pelo menos, duas semanas após a emissão do laudo, tempo necessário para elucidar eventuais dúvidas ou complementar algum exame referente à amostra (BRASIL, 2005d).

A hepatite B, também é um importante problema de saúde pública nos Estados Unidos, embora tenham ocorrido progressos substanciais no controle dessa doença. De acordo com dados do inquérito do exame nacional de saúde e nutrição nesse país em 2005, cerca de 5% ou 12,5 milhões de pessoas estão infectadas, e cerca de 10% destas apresentam infecção crônica (CDC, 2007).

Estudos de prevalência, que quantificam a positividade para HBsAg (antígeno de superfície do vírus da hepatite B), em doadores de sangue, permite classificar as áreas geográficas segundo o nível de endemia, em alta – prevalência

de 8 a 20%; média – prevalência de 2 a 7% e baixa – prevalência de menos de 2% (ZUNINO, 2002).

A incidência de infecção depende da área endêmica. No Brasil, estudo descreve três padrões de distribuição da hepatite B: alta endemicidade presente na região amazônica, parte do Espírito Santo e Santa Catarina; endemicidade intermediária, nas regiões nordeste, centro-oeste e sudeste e baixa endemicidade, na região sul do país (BRASIL, 2005d).

Estudo realizado em Rondônia mostrou que a prevalência de Hepatite B aumenta com a idade, tendo sido identificada soroprevalência de 61,79% para hepatite B e 0,38 para hepatite C (EL KHOURI *et. al.*, 2005).

Dentre as ações prioritárias para o controle da hepatite B, doença sexualmente transmissível, está a vacinação. Atualmente é a única doença sexualmente transmissível que pode ser prevenida através de imunização, Apesar disso a hepatite causada pelo vírus B é, ainda nos dias atuais, uma das principais causas de doença hepática no mundo. Calcula-se que em torno de um milhão de pessoas morrem por complicações da doença hepática a cada ano. A hepatite crônica causada pelo VHB tem se revelado uma doença complexa, de difícil manejo, em função de, entre outros fatores, peculiaridades na relação vírus-hospedeiro, surgimento de mutantes, heterogeneidade viral e diversidade das formas clínicas (FERREIRA; SILVEIRA, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (2001) recomenda como estratégias de vacinação contra a hepatite B, a vacinação sistemática das crianças menores de um ano de vida; a prevenção da transmissão perinatal do HBV, com a vacinação dos recém-nascidos, nas primeiras 24 horas de vida e a vacinação seletiva para grupos expostos a fatores de risco, semelhante a que estava sendo utilizada nos Estados Unidos.

Os Estados Unidos implementaram uma estratégia para eliminar a transmissão do vírus da hepatite B, com início na década de 1990, composta por quatro ações, que inclui a prevenção da transmissão perinatal do vírus da hepatite B, com triagem sorológica das gestantes e imunoprofilaxia para os recém-nascidos de mães infectadas com o vírus; vacinação infantil para todas os recém-nascidos; vacinação de todas as crianças e adolescentes com menos de 19 anos de idade e

vacinação de adultos em situação de risco de infecção pelo vírus da hepatite B (CDC, 2007).

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda que a primeira dose da vacina deva ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. Se os adolescentes (10 a 19 anos) não tiverem comprovação de vacina anterior, deve ser iniciada a série (1, 2, 6 meses) e para os adultos em situação de risco de infecção pelo vírus da hepatite B (BRASIL, 2001b).

As principais finalidades da vacinação contra o VHB são prevenir a doença aguda, impedir a cronificação da hepatopatia e sua evolução para cirrose e/ou hepatocarcinoma e, ainda, contribuir para minimizar a transmissão viral. As características da transmissão do VHB tornam necessário implantar estratégias complexas de vacinação, para que sejam protegidos tanto recém-nascidos quanto adolescentes e adultos. A estratégia utilizada pela OMS, endossada por praticamente todas as outras organizações oficiais para controlar a infecção pelo vírus B, foi a introdução da vacina para todas as crianças ao nascimento (FERREIRA; SILVEIRA, 2006).

As primeiras vacinas contra hepatite B foram licenciadas em 1982 e eram derivadas de plasma de pacientes com infecção crônica, com AgHBs inativados por métodos físico-químicos. A partir de 1986, utilizam-se vacinas produzidas com tecnologia de DNA recombinante, produzida com a inserção do plasmídeo contendo o gene para o AgHBs dentro de uma levedura (*Sacharomes cerevisiae*). As células do levedo produzem o AgHBs, que são purificados e utilizados na produção de vacinas (SÃO PAULO, 2006).

Estudo sobre a imunogenicidade de quatro vacinas recombinantes contra a hepatite B, incluindo uma brasileira (Butang), administrada em jovens com 17 a 19 anos, obteve taxas semelhantes de soroconversão (anti-HBs > 10 mUI/ml, cerca de um mês após a terceira dose), em torno de 96% (BALDY *et. al.*, 2004).

Um estudo de soroconversão da vacina Butang (Instituto Butantan), realizado por Martins *et. al.* (2003), utilizando a dose de 10 mcg em crianças e adolescentes e 20 mcg em adultos, considerando como títulos protetores anti-HBs ≥ 10 UI/ml, verificou uma soroproteção em lactentes de 93,7%, crianças 100%, adolescentes 95,1%, adultos (20-30 anos) 91,8% e adultos (31-40 anos) 79,8%.

O Ministério da Saúde, com base em pesquisa conduzida no Brasil, cujo resultado aponta que a vacina contra hepatite B do Instituto Butantan apresenta imunogenicidade e segurança comparáveis à vacina de referência internacional, recomenda o uso da vacina em todas as faixas etárias, embora reconheça que a soroproteção possa ser menor entre os idosos (BRASIL, 2008b; 2008c).

No Brasil, a vacina para hepatite B (Butang) encontra-se disponível em todos os postos de saúde, sendo de distribuição gratuita; deve ser realizada em indivíduos de 0 a 19 anos e acima disso em grupos populacionais mais vulneráveis (alcoolidas, imunodeprimidos, profissionais de saúde, profissionais do sexo, hemodialisados, presidiários, entre outros), com imunogenicidade reduzida. O esquema de vacinação é composto por três doses, sendo a 1ª administrada ao nascimento, a 2ª após 30 dias e a 3ª, após 180 dias da 1ª dose, cada dose é de 0,5 ml em menores de 20 anos e de 1ml em maiores de 20 anos, por via intramuscular (IM), não devendo ser feita em região glútea em função da grande quantidade de tecido adiposo no local, tendo indicação o vasto lateral da coxa em crianças e o deltóide em adultos. Não há contra-indicação específica.

É importante lembrar que a vacina apesar de ser de baixa reatogenicidade, pode produzir pequenas reações como: dor no local da injeção e febre baixa, que são os eventos adversos mais frequentemente observados em crianças e adultos, ocorrendo em 1% a 6% dos vacinados. Mal-estar, cefaléia e fadiga também podem ocorrer (BRASIL, 2001a).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2006), os fatores que podem afetar a resposta à vacina incluem: modo de conservação da vacina, local da aplicação, sexo, idade, peso maior que 70 kg, obesidade, fumo, fatores genéticos, doenças crônicas e condição nutricional e imunológica. Devido à excelente imunogenicidade da vacina, não está indicada sorologia após a vacinação, exceto para os grupos de risco, tais como: profissionais da saúde, pacientes em diálise e recém-nascidos de mães portadoras do AgHBs. Diversos estudos demonstram que as vacinas contra hepatite B têm boa imunogenicidade e são eficazes, com proteção em mais de 90% dos adultos jovens saudáveis e em mais de 95% em lactentes, crianças e adolescentes. A eficácia diminui gradativamente após os 40 anos de idade. A obesidade, o estresse, o tabagismo e o etilismo também são fatores associados a uma menor eficácia vacinal.

Ao envelhecer existe uma resposta com títulos do anti-HBs de entre 40% e 70% após a vacinação, quando comparados aos títulos superiores de 90% em pessoas mais jovens e sem fatores de imunossupressão, deve-se levar em consideração o período de aplicabilidade da vacinas, sendo que a proteção é de até quinze anos, sem necessitar de reforço (MARTINS *et. al.*, 2003)

A imunidade adquirida naturalmente é estabelecida pela presença concomitante do anti-HBs e anti-HBc IgG ou total. Eventualmente, o anti-HBc pode ser o único indicador da imunidade natural detectável sorologicamente, pois com o tempo o nível de anti-HBs pode tornar-se indetectável. A ocorrência do anti-HBs como marcador isolado de imunidade contra o HBV adquirida naturalmente é possível, embora seja muito pouco frequente. É aconselhável considerar a possibilidade de resultado falso-positivo. São suscetíveis à patologia, pessoas com perfil sorológico HBsAg, anti-HBc e anti-HBs negativos concomitantemente. A vacina contra a hepatite B tem como imunizante o HBsAg (produzido por técnica do DNA recombinante) induzindo, portanto, à formação do anti-HBs, isoladamente (BRASIL, 2005d).

Para a Sociedade Brasileira de Pediatria (2006), o teste sorológico deve ser realizado de um a três meses após completar o esquema vacinal. Com o tempo, os títulos de anticorpos podem cair e até se tornar indetectáveis; porém, a proteção contra doença sintomática e infecção crônica persiste. As pessoas que responderam à vacina apresentam resposta anamnésica quando em contato com o vírus, demonstrando que as vacinas induzem memória imunológica, por isso, até o momento, não se recomenda revacinação de pessoas imunocompetentes.

A vacinação neonatal pode produzir uma dramática redução do VHB na população infantil dentro de poucos anos (18 – 20). Estudo realizado na Itália demonstra benefícios da vacinação tanto para neonatos e adolescentes, e com a vacinação desse grupo, espera-se uma cobertura vacinal na população de 0 a 24 anos, em 12 anos, após o qual somente os neonatos terão de ser vacinados (SILVEIRA *et. al.*, 1999).

Assim, o método mais viável para completar o esquema de vacinação, é promover a vacinação de todas as pessoas prioritárias, crianças e adolescentes, em qualquer contato com os serviços de saúde. Segundo a Organização Pan-

Americana de Saúde (1985), ainda existe um considerável número de indivíduos prioritários aos programas de imunização, sem a vacinação necessária, o que evidencia a perda de oportunidade de vacinar pelos serviços de saúde.

Nos Estados Unidos, a cobertura vacinal com hepatite B, entre as crianças, está em torno de 90% e a vacinação entre os adolescentes tem aumentado, desde que foi colocado como requisito para entrada na escola de ensino fundamental, que se encontra em vigor em 45 estados, e como requisito de acesso às escolas de ensino médio, adotado em 37 estados (CDC, 2007).

No estado da Flórida, onde se adotou cobrar a vacinação contra hepatite B, para crianças e adolescentes, a medida tem se mostrado eficaz para diminuir a infecção e garantir cobertura vacinal adequada. Para os adolescentes matriculados na sétima série, foi implementada a vacinação, com inclusão da segunda dose da vacina tríplice viral (VTV, contra sarampo, rubéola e caxumba) e uma dose de reforço com dT (vacina dupla adulto, contra difteria e tétano) (FOGARTY *et. al.*, 2004).

Nos Estados Unidos, existem dentro da rede de saúde, Centros de saúde com base na escola (SBHCs) que foram desenvolvidos como uma solução potencial para melhorar o acesso das crianças e adolescentes aos cuidados de saúde. SBHCs se destinam a prestar cuidados primários para os não segurados e os de baixa renda. Dentre os serviços ofertados, incluem-se imunizações, serviços de saúde mental, encaminhamentos para serviços especializados e acesso a aconselhamento telefônico. Cuidados urgentes e de emergência são encaminhados para outros serviços. Oferece ainda testes de gravidez, diagnóstico e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, aconselhamento em planejamento familiar e controle de natalidade, quando necessário os alunos são encaminhados a clínicas de atendimento pré-natal e contracepção. SBHCs são dotados de profissionais de saúde, tais como enfermeiros e médicos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001).

Allison *et al.* (2007), em estudo que comparou serviços prestados em Centros de saúde com base na escola (SBHCs) com os tradicionais locais de atendimento ambulatorial, em Denver (Estados Unidos), verificaram que nos Centros de Saúde Escolares há uma melhora do acesso aos cuidados de saúde e da

qualidade do atendimento de adolescentes de baixa renda, na faixa etária de 14 a 17 anos. Foi definido como marcadores de qualidade de saúde do adolescente ter incluído uma visita de manutenção da saúde, uso das vacinas contra influenza, contra tétano e a vacina contra hepatite B, se indicado. A análise considerou ainda a influência da variável gênero, raça/etnia, plano de saúde e doença crônica.

Na avaliação da vacinação dos adolescentes, considerando que a imunização pode ser afetada pelo número de oportunidades para vacinação, o número de visitas foi também incluído na análise para o recebimento das vacinas contra tétano, hepatite B, gripe. O local de vacinação também foi examinado porque os adolescentes poderiam ter recebido vacinas em outras clínicas. A pesquisa aponta que o SBHCs desempenha um papel importante na melhoria do acesso a cuidados de saúde para adolescentes de baixa renda. Os usuários do SBHC tiveram uma maior probabilidade de ter tido uma consulta e de ter recebido as vacinas recomendadas, em comparação com adolescentes que só utilizaram outras clínicas do sistema de saúde. Comparado com outros usuários, os do SBHC fizeram mais consultas de cuidados primários e foram menos propensos a usar o serviço de urgência (ALLISON *et al.*, 2007).

Os estudos mostram que o sistema de prestação de cuidados de saúde na SBHC é um importante determinante da qualidade do atendimento. Embora não se comparem a qualidade de atendimento dos SBHC com os padrões de saúde nacionais recomendados. Tendo sido utilizado como padrão de atendimento aquele dispensado por clínicas tradicionais da rede local de saúde. Ao se comparar os usuários do SBHC com usuários dos serviços tradicionais, observou-se que usuários do SBHC estavam mais propensos para receber as vacinas, sugerindo que a adição de SBHCs melhora a qualidade do atendimento oferecido pela rede tradicional de saúde (PASTORE *et al.*, 1998; KAPLAN *et al.*, 1998; LANCMAN *et al.*, 2000; ALLISON *et al.*, 2007)

A qualidade dos cuidados prestados pela SBHCs segundo Allison *et al.* (2007), é possível porque eles fazem parte do sistema de saúde que tem uma ênfase na acessibilidade da informação e integração dos serviços. SBHCs que não fazem parte de um sistema integrado de cuidados de saúde podem não ter recursos, tais como imunização, para executar bem e com qualidade os cuidado recomendados. Embora permaneçam baixas as taxas de imunização, pois o estudo

verificou que menos da metade dos adolescentes receberam as vacinas indicadas, descobriu-se que as taxas de vacinação com as vacinas contra hepatite B, tétano, e gripe foram superiores entre os usuários do SBHC, em comparação com os adolescentes usuários de outros serviços.

No Brasil, o Ministério da Saúde também normatizou a obrigatoriedade da comprovação da vacinação contra hepatite B e as demais do calendário de vacinação preconizado, para efeito de matrícula no ensino fundamental e médio, através da portaria 597 de 2004 (BRASIL, 2004a). Porém, em 2006, com a edição da portaria 1.602 (Brasil, 2006a), que institui em todo o território nacional, os calendários de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, atualmente em vigor, anulou a portaria 597 de 2004, sendo excluída a obrigatoriedade da comprovação da vacinação junto à escola.

Apesar de o adolescente contar com um calendário específico e as vacinas serem disponibilizadas nos serviços de saúde, ainda existe um número considerável de adolescentes sem a vacinação necessária, o que evidencia a perda de oportunidade de vacinar pelos serviços de saúde; estudo realizado por Araújo (2005) encontrou um percentual elevado de oportunidade perdida de vacinação (OPV) em torno de 54% entre as crianças residentes em Teresina (PI); nesse estudo a autora toma como referência o conceito de OPV da Organização Pan-Americana de Saúde, que considera que uma oportunidade de vacinação é perdida quando uma pessoa candidata à imunização e que não tenha contra-indicações comparece ao serviço de saúde e não recebe as vacinas necessárias.

De acordo com Araújo (2005), há necessidade de se ampliar o conceito de OPV, visto que se encontra centrado nos serviços de saúde, sendo necessário olhar a questão a partir da população e da dimensão social. Considerando que o estudo se desenvolveu em áreas com cobertura da Estratégia Saúde da Família, e o cuidado transcende os muros dos serviços, faz-se necessário ampliar essa avaliação de OPV para além da dimensão técnica e gerencial dos serviços de saúde.

No modelo de saúde adotado no Brasil, a vacinação é ofertada pela atenção básica, principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca a complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas, preventivas e de promoção em saúde, com o objetivo de proporcionar o enfrentamento e a resolução

de problemas de saúde, num território definido. Trabalha, portanto, com todo o ciclo vital, inclusive com os adolescentes.

Com o objetivo de melhorar a atenção aos escolares, contemplando crianças, adolescentes e adultos jovens, foi lançado no Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE), que tem como objetivo: - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2008d).

O Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2008d) prever a necessidade de diagnóstico situacional que compreenda questões referentes a determinantes sociais, cenário epidemiológico e modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das ESF que atuarão no PSE; mapeamento da Rede SUS de AB/SF e da Rede de Escolas - federal, estadual e municipal, criando espaços comuns, os territórios de responsabilidade; atribuições das equipes da ESF e das escolas em cada um dos territórios de responsabilidade, quantificando o número de escolas, de alunos de cada escola e as questões prioritárias do perfil desses alunos, bem como definindo responsáveis das áreas da saúde e da educação pelo seguimento do projeto dentro de cada território; identificação de cada instituição de ensino atendida pelo Programa Saúde na Escola com definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola; programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no projeto político-pedagógico de cada uma das escolas.

2.2 Adolescência

Nas últimas décadas vem crescendo o estudo sobre adolescência, considerada um período de mudança e transição, que afeta os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais. Segundo Assis *et al.* (2003), os adolescentes possuem uma visão muito positiva de si próprios, a despeito da visão que os adultos e a sociedade em geral têm deles. Valores como alegria e otimismo; cuidado com o corpo; o respeito e a igualdade entre as pessoas; amizade e solidariedade são atributos fortemente valorizados por eles.

Os fatores biopsicossociais relacionados ao processo de crescimento, desenvolvimento pessoal e inserção social caracterizam esse grupo como vulneráveis aos agravos sociais, envolvendo diferentes demandas que compreendem a família, grupo social e os serviços de atenção pedagógica, de saúde, de assistência social, trabalho, lazer, esportes e outros. E, como em todas as etapas da vida, as situações adversas e os fatores de risco estão presentes, e mecanismos protetores devem ser incrementados para promover a qualidade de vida desse grupo.

A proteção e a promoção da qualidade de vida dos adolescentes representam desafios, por ser formado de pessoas ainda imaturas para enfrentar sozinhas as demandas impostas pela sociedade. Assim, as necessidades de saúde dependem da qualidade de interação biológica, psicológica e social, portanto das realidades específicas em que vivem os adolescentes e que apontam que as ações de saúde pública necessitam ser mais eficientes, abrangentes e criativas (COSTA; BIGRAS, 2007).

Do ponto de vista legal, no Brasil, os direitos fundamentais à infância e adolescência estão assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1999), que assegura ao adolescente o direito à proteção, à vida e à saúde. Garantido o acesso ao serviço de saúde, através do Sistema Único de Saúde, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (TERESINA, 1999).

A abordagem profissional dos adolescentes envolve os princípios éticos da confidencialidade, considerando aspectos relacionados ao consentimento legal do atendimento ou intervenção, que fazem diferença na qualidade e no resultado da

ação ofertada. No sentido de garantir o direito fundamental à saúde, o Ministério da Saúde lançou, em 2005, o Marco Legal da Saúde de Adolescente, com o objetivo de subsidiar os profissionais de saúde, gestores, órgãos e instituições que atuam na área da saúde do adolescente, de modo que os direitos dos mesmos sejam amplamente divulgados e discutidos pela sociedade (BRASIL, 2005b).

Legalmente, no atendimento profissional, o consentimento para realização de determinada ação ou intervenção deve ser autorizado por pais ou responsáveis, porém tem sido consensual entre os profissionais a importância do consentimento do adolescente, participando assim das decisões relacionadas a si próprio. Para Costa; Bigras, 2007, o sigilo do atendimento e da confidencialidade estabelece uma relação de confiança mútua, somente rompida quando existir risco para o adolescente (suicídio, homicídio, doença grave, outros).

A família e adolescente precisam ser esclarecidas sobre este princípio, garantido pelo artigo 154 do Código Penal Brasileiro, que trata do sigilo profissional, que garante a não revelação de determinados fatos para os responsáveis legais, desde que o assistido tenha capacidade de avaliar o problema e de buscar solução para o mesmo. A decisão de quebra do sigilo deve ser bem avaliada e de preferência pela equipe de saúde, decidida com o adolescente, encorajando-o a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas (BRASIL, 2005b).

É certo que adolescência é um período que merece atenção e cuidado, tanto da família, dos profissionais da educação e da saúde. As atividades a serem desenvolvidas com os jovens precisam levar em conta as características individuais, a importância da família e o meio social, para terem efeitos positivos (ASSIS *et al.*, 2003).

De acordo com os princípios de proteção integral ao adolescente, profissionais das diferentes áreas do conhecimento, em especial os da saúde, juntamente com a família exercem um efeito protetor e contribuem contra os problemas de saúde. Estudo realizado por Cardoso e Cocco (2003), aponta que o adolescente sente a falta da família, do profissional de saúde e da educação, no acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento pessoal. Nessa perspectiva espera-se que os serviços contribuam com as ações de promoção da

saúde, atendendo às necessidades do adolescente, independentemente da presença de agravo ou doença.

O adolescente de família de baixa renda também é amparado pelos programas sociais do governo, como a Bolsa Família que é um programa de transferência de renda diretamente às famílias pobres e extremamente pobres que vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de compromissos nas áreas de Educação e Saúde e tem por objetivos: aliviar a pobreza de forma imediata, por meio da transferência de renda diretamente às famílias; contribuir para a redução da pobreza entre gerações, e apoiar e desenvolver as famílias, por meio da articulação com programas complementares (BRASIL, 2008e).

Atualmente, a concessão de benefícios financeiros pela Bolsa Família considera famílias pobres aquelas com até R\$ 120,00 de renda mensal familiar por pessoa, e famílias extremamente pobres aquelas com até R\$ 60,00 de renda mensal familiar por pessoa. A definição dos valores de renda mensal familiar por pessoa para concessão de benefícios e a estimativa de famílias pobres existentes no Brasil e em cada município foram elaboradas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Essa estimativa tem como referência informações da PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios/2004 e do Censo Populacional (BRASIL, 2008e).

De acordo com as diretrizes da Política de Saúde Integral de Adolescente e Jovem (BRASIL, 2005a), os profissionais de saúde devem incluir medidas de promoção da saúde e de prevenção de agravos, dentre estas está a realização da imunização, de acordo com o calendário vacinal. Dentre as vacinas disponibilizadas destacamos a vacina contra hepatite B, considerando que os adolescentes encontram-se mais vulnerável quanto às doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo Slonim *et al.* (2005), os adolescentes apresentam comportamento de risco para hepatite B e desconhecem a vacina. Sendo que entre aqueles que são sexualmente ativos, possuem tatuagem e já haviam contraído uma doença sexualmente transmissível ou que trabalham com a manipulação de hemoderivados, apresentaram-se mais sensíveis para iniciar a vacinação contra hepatite B.

A saúde pública vem desprendendo uma atenção especial à população jovem, pois é mais vulnerável aos riscos à saúde, inclusive as doenças

transmissíveis, e dentre estas as doenças sexualmente transmissíveis, agravado pela falta de informação e/ou orientação (BESERRA; ARAÚJO; BARROSO, 2006).

Estudo realizado por Taquette *et al.* (2005), indicam uma multiplicidade de fatores de risco às doenças sexualmente transmissíveis - DST entre as adolescentes. Para se obter uma diminuição destes, são necessários investimentos sociais estruturais, especialmente no que diz respeito ao acesso universal à educação e à saúde. Quanto ao preservativo, pensamos que a intervenção das equipes de saúde deve incidir primordialmente na promoção de seu uso constante em todas as relações sexuais. No Brasil, o preservativo é muito pouco usado pelos jovens. Segundo dados do Ministério da Saúde, os menores índices de uso se encontram entre 15 e 19 anos.

O estudo aponta ainda, que não devemos, porém, abandonar outras medidas de redução de infecção por DST-Aids igualmente importantes: orientações sobre o início da vida sexual, fidelidade mútua, redução do número de parceiros e abandono de práticas sexuais de risco. Urge que estratégias eficazes sejam criadas para se alcançar esse objetivo e, para tal, os adolescentes têm de ser ouvidos enquanto participantes do processo. De nada adianta oferecer-lhes soluções prontas.

Outras vulnerabilidades a que os jovens estão expostos são as relacionadas à saúde reprodutiva, área propícia e bastante usada para perpetuar conceitos sociais existentes sobre o papel feminino e masculino. As determinações sociais interferem na sexualidade de homens e mulheres e estabelecem atitudes próprias e diferentes quanto à sexualidade, anticoncepção, maternidade e paternidade (LUZ; BERNI, 2000).

A sexualidade dos adolescentes é motivo de preocupação, devido à gravidez, doença sexualmente transmissível e outras complicações associadas ao exercício ativo da sexualidade, sem uso de preservativo. Faustini *et al.* (2003) diz que a falta de conhecimento sobre a fisiologia da reprodução e da contracepção parece constituir um dos principais obstáculos para o uso de contraceptivos entre os adolescentes.

Nos dias atuais, na busca de uma melhor assistência à saúde, fazem-se necessárias mudanças nas relações interpessoais dos profissionais de saúde e a

clientela, com valorização do diálogo, no sentido de alcançar um cuidado holístico (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Branco (2002), em estudo que se insere num projeto de avaliação do Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD – no Rio de Janeiro, com o objetivo de compreender os sentidos que os profissionais de saúde atribuem à saúde do adolescente, favorecendo a identificação dos elementos que facilitam ou dificultam a incorporação das propostas do PROSAD, identificou de que o elemento informação está no núcleo central das representações sociais dos profissionais.

No que diz respeito ao conhecimento, estudo realizado por Schimidt e Middleman (2001) destaca a importância dos adolescentes terem acesso à informação, que permita avaliar o seu próprio risco de adquirir hepatite B, motivando-os para aceitarem a vacinação. E a propósito disso Tung e Middleman (2005) apontam a necessidade de um trabalho da saúde em parceria com as escolas, o envolvimento dos professores nos programas de vacinação é muito importante, pois eles contribuem incentivando a participação e a aceitação da vacina.

Middleman (2004) também apontou a escola como um local estratégico para facilitar o acesso à vacina contra hepatite B, mas que outros fatores podem afetar a aceitação da vacina, como as questões relacionadas a gênero e raça, que devem ser levadas em consideração na abordagem junto a esse público.

Tura; Madeira; Gaze (2002) desenvolveram estudo sobre os sentidos atribuídos as hepatites por professores de Escolas do Ensino Fundamental, por se considerar que essa perspectiva, devido à sua dinâmica e a pluralidade de níveis e relações por ela integradas, pode trazer contribuições pertinentes à elaboração de programas educativos de prevenção. O estudo comparativo permitiu captar um conjunto pouco articulado e coerente de informações, marcado por imagens clínicas de doentes observados ou referidos, apontando para a necessidade de no processo de educação em saúde priorizar atenção especial aos professores envolvidos com a atividade.

Em se tratando de adolescente, não há fórmulas específicas para o estabelecimento desse diálogo, acredita-se que a atuação dos profissionais de saúde com as escolas facilita esse acesso e produz uma nova cultura em relação ao processo saúde-doença (SILVA; SILVA; LOSING, 2006). Portanto, olhar para a

temática da vacinação, e o cuidado à saúde do adolescente, leva a refletir sobre as relações entre as famílias e os serviços de saúde, a partir da fundamentação teórica de Ayres (2004, 2007) acerca do cuidado e reconstrução das práticas de saúde, abordando o cuidado numa perspectiva de interação entre sujeitos, implicando a percepção e a construção da intersubjetividade.

Para Baggio (2006), a prática do cuidado objetiva prioritariamente cuidar do outro, atendendo os aspectos físicos e emocionais, de modo a preservar a dignidade do ser humano. Os profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família têm condições de participar do processo de cuidar dos adolescentes, desenvolvendo ações na área da promoção à saúde e na prevenção de agravos e doenças.

Ayres (2007) projeta para o futuro uma série de desafios na área da saúde, levando à reflexão e estruturações em diversos campos de saberes e práticas. É importante estar atento para que nossa presença diante do outro não se resuma à aplicação de conhecimentos, que a ação em saúde não seja restrita e que articule a intervenção técnica a outros aspectos não tecnológicos. Na saúde, a preocupação com o controle da doença, dos sintomas, da patogenia, da infecção ou de epidemias, tem um enfoque que, de certa forma, prevalece a normatividade do sucesso das práticas de saúde.

A proteção e a promoção da qualidade de vida dos adolescentes representam desafios, para Costa; Bigras (2007), as ações de educação em saúde devem levar em conta o enfoque de risco, que prioriza a atuação no problema associado ao dano, aliado ao enfoque na resiliência, que desenvolve competências individuais e coletivas, preparando os adolescentes para enfrentar e superar problemas.

Na adolescência, o perfil de morbidade muda em relação à infância, passam a ser importantes os agravos decorrentes do comportamento sexual, do uso de drogas e do convívio social, ou seja, do estilo de vida de cada adolescente (MONTEIRO; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2006). Nesse sentido, ganha importância, nessa fase da vida, as ações promotoras de saúde, incluindo a atividade física, alimentação adequada, não uso de álcool, tabaco e outras drogas, bem como o desenvolvimento de uma cultura de paz, de compromisso e responsabilidade com os problemas sociais, e o cuidado com a saúde.

No cuidado à saúde do adolescente, estando a prática da vacinação aí inserida, faz-se importante repensar os valores expressados por eles, possibilitando aproximações da compreensão das decisões tomadas e estratégias adotadas. Não significa dispensar as técnicas ou os protocolos de vacinação, mas a necessidade de fazer adaptações, que permitam potencializar o acesso à imunização.

Consideram-se a adolescência e juventude também fontes potenciais de transformação da sociedade, pela postura desafiadora, não conformista com a situação social e econômica do seu meio. Portanto, cabe ao profissional, responsável em promover a saúde dos adolescentes, fazer uso dessa visão positiva que eles possuem, apoiando-os na aceitação de seus potenciais e limites, com o objetivo de promover a aceitação do outro e a transformação da sociedade (ASSIS *et al.*, 2003).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido por meio de inquérito domiciliar, é de natureza quantitativa, seccional, que se caracteriza pela observação de uma quantidade selecionada de indivíduos em uma única oportunidade, ou seja, em um único instante de cada indivíduo (BLOCK; KLEIN, 2002).

Os inquéritos em saúde têm como função precípua a quantificação dos problemas de saúde da população, gerando informações que são úteis ao planejamento dos serviços de saúde, visto que o banco de dados resultante de cada inquérito pode ser utilizado em momentos posteriores, não só para comparações, mas para vários outros fins relacionados à saúde. Também são fundamentais na identificação dos problemas, considerando tratar-se de dados primários, portanto, com maior grau de fidedignidade (PEREIRA, 2000).

3.2 Local da Pesquisa:

O estudo foi realizado no município de Teresina, capital do Estado do Piauí, cuja população de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2007), são de 791.341 habitantes. Teresina encontra-se na modalidade de gestão plena do sistema municipal de saúde, tendo sido regionalizada desde 2002. Assim, estão divididas em três Coordenadorias Regionais de Saúde, quais sejam: Centro/Norte, Leste/Sudeste e Sul. Em 1997 aderiu à Estratégia Saúde da Família e atualmente conta com 225 equipes saúde da família, que proporcionam cobertura de 85% da população (TERESINA, 2007).

Selecionou-se intencionalmente para este estudo, a Coordenadoria Centro/Norte, a qual está inserida em uma área com população geral é de 237.450 habitantes (TERESINA, 2003). Na área correspondente a esta coordenadoria estão inseridas 23 unidades de saúde da família, e apenas uma não possui sala de vacina. São, portanto 22 salas de vacinação para atender a população durante o horário

comercial. Possui 72 equipes da Estratégia Saúde da Família, das quais 67 estão inseridas na zona urbana e 05 na zona rural. (TERESINA, 2007).

A seleção da referida CRS, esta relacionada também à implantação do Cartão de Vacina da Família nas áreas cobertas com a Estratégia Saúde da Família, ação exclusiva desta Regional.

3.3 População do Estudo/Tamanho e Tipo de Amostra

A população fonte foi constituída pelos adolescentes que residem na área da pesquisa coberta pela Estratégia Saúde da Família, a qual é representada por 44.157 adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, sendo 22.018 do sexo feminino e 22.139 do sexo masculino (TERESINA, 2007).

Com relação ao tamanho da amostra, foram considerados os estudos sobre cobertura vacinal para a Hepatite B que aparecem na literatura pesquisada, os quais apresentam taxas variando entre 30 a 40%. Tomando-se por base uma prevalência de 35%, um erro tolerável de amostragem de 7% e um nível de confiança de 95% e, supondo-se uma amostra aleatória simples, esperou-se encontrar 178 adolescentes. Entretanto, como a amostra não foi casual simples e sim por conglomerado e objetivando-se corrigir imprecisão relacionada ao desenho amostral, arbitrou-se um efeito de desenho (deff) de 1,5. Salvo em situações especiais, um deff de 1,4 ou de 1,5 já deve ser suficiente para resguardar a precisão desejada (LUIZ, 2002; SILVA, 1998). Assim, o tamanho da amostra passou a ser de 267 adolescentes, com base na fórmula utilizada para o cálculo de população infinita, a seguir:

$$n = Z^2 \cdot (p \cdot q) / e^2$$

Onde; n = tamanho da população, Z= nível de confiança, p = prevalência presumida, q = 1-p, e = erro tolerável. Assim, tem-se o número que segue:

$$n = 1,96^2 \times 0,35 \times 0,65 / 0,07 = 178 \times 1,5 = 267$$

No desenho amostral utilizou-se o processo de amostragem por conglomerados que consiste em uma técnica probabilística na qual as unidades

amostrais são grupos (*clusters*) de elementos. Os conglomerados devem ser heterogêneos, porém bastante semelhantes entre si em relação à variável de interesse e representativos dos subconjuntos populacionais que integram a população total (HADDAD, 2004).

Cabe destacar que se trata de uma amostragem por conglomerado diferente daquela frequentemente utilizada. Tal processo é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para ser aplicado nos inquéritos de cobertura vacinal, tendo sido testado e aprovado por Barata *et al.* (2005), no ano 2000, nos municípios de Diadema e São Caetano do Sul/SP.

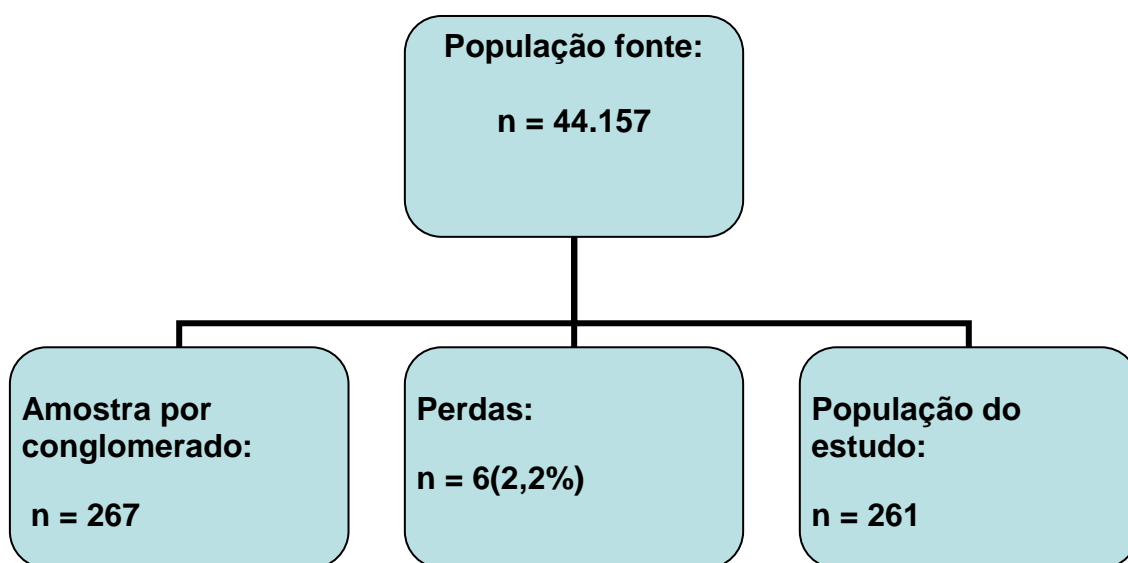
Essa técnica é conhecida como amostragem por conglomerados 30 por 7 e foi desenvolvida para estimar a cobertura vacinal com 10% de precisão e 95% de confiança. Foi fundamentada em uma técnica de inquérito populacional usada nos Estados Unidos, em 1965 e, posteriormente, na África. Desde então, a metodologia da OMS vem sendo aplicada com pequenas variações em várias partes do mundo. Entretanto, não há consenso quanto à precisão das estimativas obtidas (MILLIGAN, NJIE, BENNETT, 2004; YOON *et al.*, 1997).

Neste estudo, cada uma das 72 áreas foi considerada um conglomerado, sendo que cada um possuía em média 307 adolescentes. No primeiro estágio, foram sorteados aleatoriamente 30 conglomerados. No segundo estágio, foram selecionadas sete adolescentes em cada conglomerado, desde que os pais ou eles próprios, em caso de serem independentes, concordassem com a participação, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para atingir o tamanho amostral calculado, foram acrescentados nove conglomerados além dos trinta para satisfazer o deff, sendo que no último (39º conglomerado) apenas um adolescente deveria ser investigado para perfazer a amostra de 267 (Apêndice A).

Em um terceiro estágio, foram construídos croquis das áreas (unidades amostrais). As ruas foram numeradas, e, por sorteio casual simples, determinou-se aquela pela qual seria iniciada a busca dos adolescentes. Por último, o lado da rua também sorteado e este serviu como ponto de partida. Em relação ao domicílio, apenas o primeiro foi sorteado, e, a partir dele, foram selecionados os adolescentes nos domicílios subseqüentes. Objetivando diminuir a correlação intraclasse, sempre que houve mais de um adolescente em um mesmo domicílio, somente um participou

do estudo, mediante sorteio. Quando o adolescente não foi encontrado no momento da entrevista, aconteceu até dois retornos. Quando houve recusa, que totalizaram seis, o adolescente não foi substituído por outro, e neste caso, o conglomerado ficou inferior a sete.

Constituição da população do estudo:



Neste estudo a população foi constituída por 44.157 adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, e uma amostra por conglomerado de 267. A perda foi de 2,2%, e está relacionada à recusa (Apêndice B). De acordo com Luiz (2002), é aceitável uma perda de até 10%. Então, o percentual encontrado foi muito abaixo daquele que poderia comprometer o estudo.

3.4 Variáveis do estudo:

Foram levantados os dados sócio-econômicos e demográficos; cobertura vacinal, posse do cartão de vacinas, acesso às unidades de saúde do município, acolhimento na sala de vacina, conhecimento sobre a hepatite B e sobre a vacina contra a Hepatite B, fonte de informação e motivos para a não vacinação.

3.5 Definições do estudo:

Adolescente - Para efeito do estudo tomou-se a definição de adolescente da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera adolescência a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, compreendendo a faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2005b).

Domicílio – é o local de moradia, com entrada independente, constituído por um ou mais cômodos. Nessa perspectiva também serão considerados domicílios os edifícios em construção, veículos, buracos, tendas, e outros, desde que destinados a alojar pessoas.

3.6 Treinamento dos pesquisadores de campo para a aplicação dos instrumentos

Realizou-se um treinamento (Apêndice C, D) com carga horária de 08 horas, para 17 graduandos de enfermagem do 4º e 6º períodos. Os conteúdos contemplados se relacionaram a estudos seccionais, à pesquisa propriamente dita e à técnica de abordagem aos entrevistados e esquema vacinal do adolescente. Ainda durante o treinamento foram distribuídos mapas dos territórios das equipes da Estratégia Saúde da Família, com os respectivos conglomerado do estudo e fornecido informações sobre o acesso aos locais. Os agentes comunitários de saúde das respectivas microáreas também se fizeram presentes no treinamento. O mapeamento do território foi previamente solicitado às Equipes da Estratégia Saúde da Família (Apêndice E).

3.7 Pré-teste do formulário

O formulário foi testado pelos pesquisadores de campo, em um conglomerado escolhido aleatoriamente, com 10 adolescentes, verificou-se a compreensão das perguntas, tempo necessário para o preenchimento e dificuldades relacionadas ao processo de coleta de dados. Após o teste, houve a necessidade de

se reformular algumas perguntas e de mudar alguns termos que não foram compreendidos pelos adolescentes.

3.8 Coleta de dados

Os dados foram coletados mediante a realização de visitas nos domicílios dos adolescentes do estudo, com a utilização de um formulário pré-testado (Apêndice F), no período de março a abril de 2008, pela própria pesquisadora auxiliada por uma equipe de estudantes de enfermagem, previamente treinada.

3.9 Organização e Análise dos dados

Os formulários foram revisados e as inconsistências foram corrigidas antes da digitação. Os dados foram recategorizados de modo que as perguntas abertas se tornaram fechadas para facilitar o processo de análise. Posteriormente, foram digitados com a utilização do software Epi-Info versão 3.4.1. Após a digitação procedeu-se a limpeza e checagem do banco de dados.

A faixa etária dos adolescentes foi subdividida, adaptando a classificação da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP (COSTA; SOUZA, 2005): 10 - 14 anos adolescência precoce, 15 – 16 anos adolescência intermediária e 17 – 19 anos adolescência tardia. Neste estudo agrupa-se as duas últimas categorias (15 – 19 anos).

Calcularam-se as coberturas vacinais para todas as vacinas com as respectivas oportunidades perdidas de vacinação, considerando nesse cálculo, somente a informação comprovada mediante apresentação do cartão de vacina. Para efeito deste estudo foi considerado OPV, a situação do adolescente não estar vacinado, a despeito de ter procurado o serviço de saúde no período da adolescência. Desse modo o cálculo de OPV foi pela fórmula: $OPV = \frac{\text{número de adolescentes que procuraram o serviço de saúde e não foram vacinados}}{\text{número de adolescentes que procuraram o serviço de saúde e deveriam ter sido vacinados}}$.

Na avaliação da renda, calculou-se a renda familiar per capita, de acordo com Rocha (1998), que diz tratar-se do somatório de todas as rendas percebidas por todos os membros da família, dividido pelo número de membros da família. Considerou-se família como o conjunto de pessoas que funciona de forma solidária em termos de rendimento e consumo. A renda familiar per capita foi categorizada em 05 extratos, de acordo com a classificação utilizada pelo IBGE (2006), segundo o salário mínimo vigente: até $\frac{1}{4}$; mais de $\frac{1}{4}$ até $\frac{1}{2}$; mais de $\frac{1}{2}$ até 01; mais de 01 até 02; mais de 2 até 05 .

Para buscar os fatores que estariam associados à condição de estar ou não vacinado contra hepatite B, utilizou-se análise bivariada, com cálculo de razão de prevalência (RP) e IC 95%. A discussão feita à luz dos conhecimentos produzidos sobre o tema, direcionando para o cuidado com os adolescentes, segundo os autores que deram sustentação teórica ao estudo.

3.10 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (Anexo B). Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantida a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas, conforme os princípios norteadores dispostos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto também foi autorizado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde (FMS), e somente após aprovação do mesmo, o estudo foi desenvolvido (Anexo C).

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados está subdividida em duas seções, sendo que na primeira, mostram-se as análises univariadas e na segunda, as análises bivariadas.

Nas análises univariadas, são apresentados a descrição da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e econômicos, acesso aos serviços, conhecimento sobre o cartão de vacinas e sobre as vacinas e doenças contra as quais protegem.

Nas análises bivariadas, apresentam-se a associação da condição de estar vacinado contra hepatite B, com as características sociodemográficas e econômicas dos adolescentes, acesso aos serviços de saúde e à informação, ter filho e sentir medo da vacina. A condição de estar vacinado foi tomada como a variável dependente e as demais características como variáveis independentes.

4.1 Análise Univariada

4.1.1 Características sócio-demográficas e econômicas

Os dados sócio-econômicos e demográficos da amostra serão apresentados nas tabelas 1 e 2 a seguir.

Tabela 1 Caracterização sócio-demográfica dos adolescentes do estudo.
Teresina – PI, 2008 (n = 261).

Características	n	%
Faixa etária		
10 – 14	106	40,6
15 – 19	155	59,4
Sexo		
Masculino	117	44,8
Feminino	144	55,2
Escolaridade (anos de estudo)		
0 – 5	50	19,2
6 – 9	131	50,2
Mais de 10	80	30,6
Estudante		
Sim	235	90,0
Não	26	10,0
Tipo de escola		
pública	175	67,0
particular	60	33,0
Reside com quem		
Pais	222	85,1
companheiro	11	4,1
Amigos	01	0,4
Avós	25	9,6
Sozinho	01	0,4
Outro	01	0,4
Nº pessoas com quem reside		
1 – 4	119	45,6
5 – 10	132	50,5
Mais de 10	10	3,9
Condição da moradia		
própria	233	89,3
Cedida	14	5,4
alugada	13	4,9
invasão	01	0,4

A população do estudo constituiu-se de 261 adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos. Observa-se na tabela 1, que 40,6% (106) tinham idade entre 10 e 14 anos e 59,4% (155) estavam entre 15 e 19 anos, a média de idade foi de 15,0. Quanto ao sexo, 55,2% são do sexo masculino; 90% são estudantes e 50,2% possuem de 6 a 9 anos de estudo; 67% estudam em escola pública; 85,1% residem com os pais; 89,3% possuem casa própria.

Tabela 2 Caracterização econômica dos adolescentes do estudo.
Teresina – PI, 2008 (n = 261).

Características	n	%
Renda familiar per capita		
0,00 – 103,70	109	51,6
103,80 – 207,50	58	27,5
207,60 – 415,00	32	15,2
416,00 – 830,00	09	4,3
831,00 – 2.075,00	03	1,4
Trabalho		
sim	23	8,8
não	238	91,2
Tipo de trabalho		
Professor de reforço	05	21,9
Mecânico	03	13,2
Empregada domestica	02	8,8
Reservista	02	8,8
Outros	11	47,3
Renda pessoal		
sim	48	18,4
não	213	81,6
Transporte		
sim	178	68,2
não	83	31,8
Tipo de transporte		
bicicleta	100	56,2
carro	50	28,1
moto	28	15,7

Quanto à renda familiar, 51,6% dos adolescentes informaram uma renda per capita até R\$ 103,75. Dentre os que exercem atividade remunerada, foram citadas ocupações diversificadas, tais como professor de reforço (5), mecânico (3), empregada doméstica (2) dentre outras. Em relação ao transporte utilizado pela família, 56,2% informaram usar bicicleta, 28,1% carro e 15,7% moto.

4.1. 2 Dados sobre a cobertura vacinal, sobre oportunidades perdidas de vacinação, acesso aos serviços de saúde, conhecimentos sobre as vacinas e doenças e respectivas fontes de informação (gráficos 1 e 2 e tabelas de nº 3 a 7).

No gráfico 1 observa-se a cobertura vacinal do grupo estudado com relação a todas as vacinas do calendário básico do adolescente. Para VTV (contra sarampo, rubéola, caxumba) observou-se uma cobertura de 5,4%; para dT (contra difteria e tétano) 22,9%; para a vacina contra hepatite-B, 27,2%. E, 35,2% para a vacina contra Febre Amarela. Todas as coberturas vacinais encontradas estão abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde.

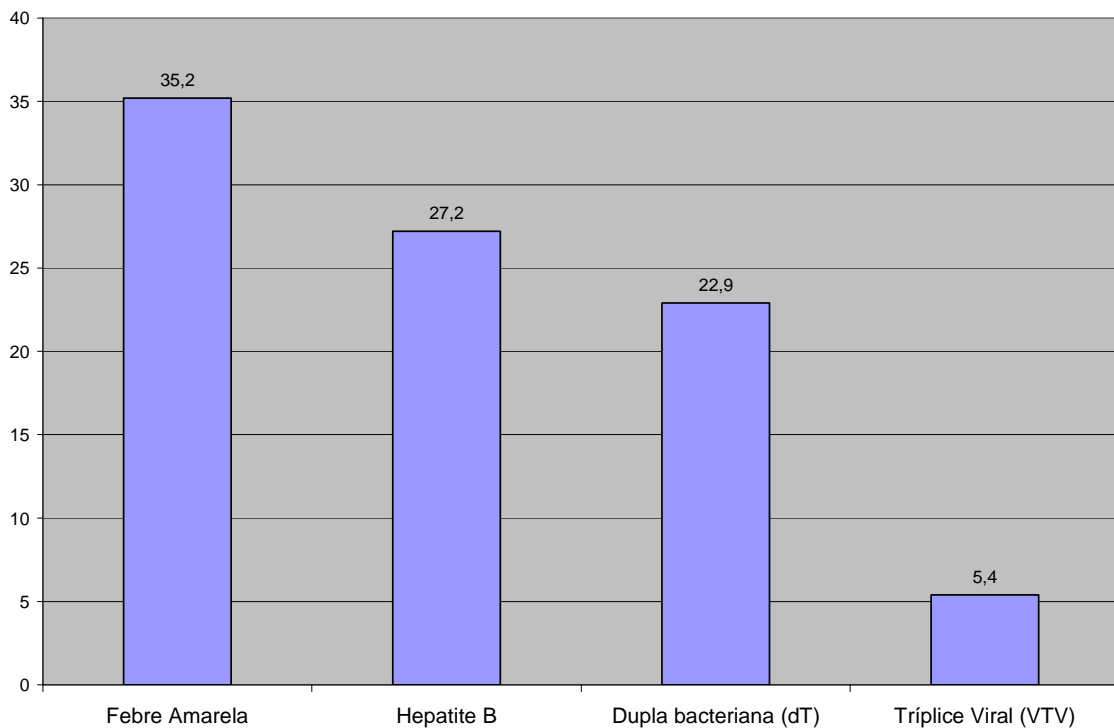
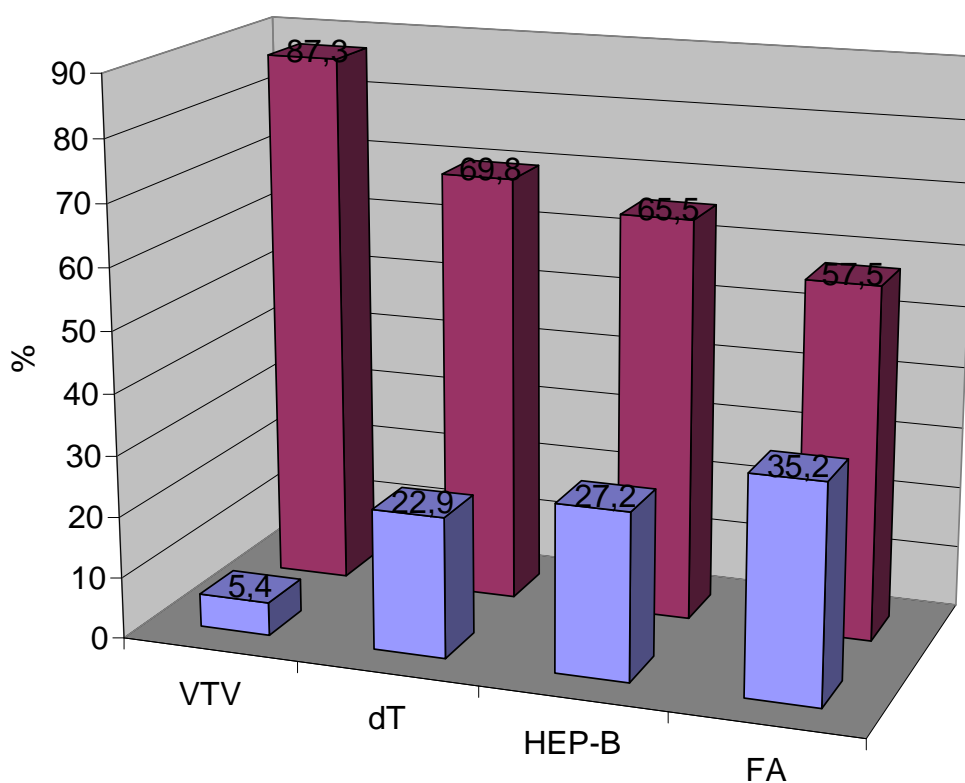


Gráfico 1 Cobertura vacinal dos adolescentes do estudo.
Teresina – PI, 2008, (n = 261).



Legenda: % vacinados % OPV

Gráfico 2 Cobertura vacinal e oportunidades perdidas de vacinação (OPV) dos adolescentes do estudo. Teresina – PI, 2008, (n = 261).

Entre os adolescentes do estudo, 92,7% procuraram o serviço de saúde no período da adolescência. Observou-se o maior percentual de OPV relacionado à vacina tríplice viral, com 87,3% dos adolescentes não vacinados, seguido da vacina dT e da vacina contra hepatite B, em que 65,5% não havia recebido a vacina, apesar de ter procurado o serviço de saúde. Com relação à vacina contra febre amarela, observou-se menor percentual de OPV, com 57,5%.

Tabela 3 Distribuição dos adolescentes do estudo, quanto ao número de doses recebidas da vacina contra hepatite B. Teresina – PI, 2008 (n = 261).

Dose da vacina	n	%
1 ^a	103	39,5
2 ^a	84	32,2
3 ^a	71	27,2

Observa-se que dos 261 adolescentes do estudo, 103 (39,5%) receberam a primeira dose da vacina contra hepatite B, 84 (32,2%) receberam duas doses e 71 (27,2%) receberam as três doses recomendadas.

Tabela 4 Distribuição dos adolescentes do estudo, quanto ao acesso ao serviço de saúde. Teresina – PI, 2008.

Características	n	%
Acesso ao serviço de saúde (n = 261)		
Sim	242	92,7
Não	19	7,3
Tipo de serviço de saúde (n = 242)		
Público	212	87,6
Privado	28	11,6
Filantrópico	02	0,8
Data em que foi ao serviço de saúde (n = 242)		
Menos de 01 ano	182	75,2
De 01 a 02 anos	42	17,3
03 ou mais anos	15	6,2
Não sabe	03	1,3
Motivo da procura ao serviço de saúde (n = 242)		
Consulta de rotina	112	46,3
Doença	60	24,8
Vacinação	43	17,8
Odontológico	14	5,8
Planejamento familiar	04	1,7
Gravidez	02	0,8
Urgência	01	0,4
Outro	06	2,5
Avaliação do serviço de saúde (n = 242)		
Bom	194	80,2
Ruim	25	10,3
Ótimo	14	5,8
Não tem opinião	09	3,7

Do total entrevistado, 92,7% dos adolescentes procuraram o serviço de saúde, 87,6% na rede pública e 75,2% há menos de um ano. Os motivos da procura foram diversificados, 46,3% buscaram para realizar consulta de rotina, aqui entendida como uma consulta para realização de exames, motivados pelos responsáveis, para pesquisar alterações detectáveis pelo sumário de urina, hemograma e parasitológico de fezes, tipo anemia e verminoses. 24,8% relataram

presença de doença e 17,8% informaram buscar o serviço de vacinação e 80,2% classificaram o serviço de saúde como bom.

Tabela 5 Distribuição dos adolescentes do estudo, quanto ao acesso à informação sobre vacina. Teresina – PI, 2008.

Características	n	%
Informação sobre vacina no serviço de saúde (n = 242*)		
Sim	97	40,1
Não	145	59,9
Informação sobre vacina fora do serviço de saúde (n = 261)		
Sim	149	57,1
Não	112	42,9
Local em que recebeu informação sobre vacina fora do serviço de saúde (n = 149**)		
Escola	72	48,3
Em casa	64	43,0
Outro	13	8,7
Quem informou sobre vacina (n = 193***)		
ACS	89	46,1
Enfermeiro	31	16,2
Médico	16	8,3
Professor	14	7,3
Imprensa (TV, jornal)	07	3,6
Mãe	05	2,3
Outro	31	16,2
Sabe onde funciona a sala de vacina (n = 261)		
Sim	198	75,9
Não	63	24,1
O horário da sala de vacina é adequado (n = 198****)		
Sim	184	92,9
Não	14	7,1

(*) considerado somente os adolescentes que foram ao serviço de saúde no período da adolescência, 242

(**) considerado somente os adolescentes que foram informados sobre vacina em espaços outros da comunidade, fora do serviço de saúde, 149

(***) considerado somente os adolescentes que foram informados sobre vacina, seja no serviço de saúde e/ou em outros espaços da comunidade, 193

(****) considerado somente os adolescentes que sabiam onde funcionava a sala de vacina, 198

Observa-se na Tabela 5 que dos 242 adolescentes que procuraram o serviço de saúde, 97 (40,1%) receberam informação sobre vacina, enquanto que

145 (59,9%) não foram informados. Na comunidade observou-se uma melhora do acesso à informação, com 57,1% dos entrevistados declarando que foram orientados quanto à vacinação, dentre estes 48,3% receberam informação na escola e 43,0% em casa, quem mais informou foi o Agente Comunitário de Saúde (46,1%).

Tabela 6 Distribuição dos adolescentes do estudo, quanto ao conhecimento acerca do cartão de vacina. Teresina – PI, 2008.

Características	n	%
Conhece o calendário de vacina do adolescente (n = 261)		
Sim	104	39,8
Não	157	60,2
Possui cartão de vacina (n = 261)		
Sim	127	48,7
Não	134	51,3
Motivo alegado por não ter o cartão de vacina (n = 134*)		
Perdeu o cartão	59	44,0
Não localizou (diz que possui)	58	43,3
Deixou em outra casa	13	9,7
Deixou na escola	3	2,2
Nunca foi vacinado	01	0,7
Vacina que conhece (n = 261)		
Febre amarela	127	48,6
Hepatite B	89	34,1
Tétano	79	30,3
Rubéola	27	10,4
Gripe	23	8,8
Sarampo	21	8,1
Anti-rábica	02	0,7

Em relação a ter conhecimento sobre o calendário de vacina do adolescente, 60,2% informaram que desconheciam. Dos 261 adolescentes, 39,8% possuíam cartão de vacina, sendo que 58 (22,2%) informaram possuir cartão, porém não conseguiram localizar, sendo neste estudo considerado como não tendo o cartão. Dentre os motivos alegados para não ter o cartão, destaca-se a perda (44,0%); a não localização, ou não saber onde guardou (43,3%) e ter deixado em outra casa (9,7%).

Quanto às vacinas que conhecem, 48,6% citaram a vacina contra Febre Amarela, fato que atribuí-se em parte, às campanhas informativas sobre esta vacina,

em decorrência do Surto de Febre Amarela silvestre que aconteceu na região Centro-Oeste do país e amplamente explorada pela mídia, no início de 2008. 34,1% conhecem a vacina contra hepatite B e 30,3% a vacina contra o tétano.

Uma pequena parcela dos adolescentes fez referência a doenças que não são preveníveis por vacinas, tais como dengue, malária e hepatite C.

Tabela 7 Conhecimento pelos adolescentes sobre as vacinas e respectivas doenças contra as quais protegem. Teresina /PI – 2008 (n = 261).

Vacina	Proteção contra a doença	n	%
Tríplice Viral - VTV	Rubéola	08	3,1
	Sarampo	07	2,7
	Caxumba	-	-
Dupla bacteriana - dT	Tétano	49	18,7
	Difteria		
Hepatite B	Hepatite B	52	19,9
Febre Amarela	Febre Amarela	86	32,9
		-	-

De acordo com a Tabela 7, os adolescentes possuem deficiência de conhecimento acerca das vacinas. Somente 32,9% informaram conhecer a proteção ofertada com a vacina contra Febre Amarela; 19,9% da vacina contra Hepatite-B e 18,7% conhecem a vacina dT, sendo que em relação a esta só referem à proteção conferida contra o tétano. Quanto a VTV, apenas 3,1% sabem informar sobre a proteção conferida para rubéola e 2,7% para o sarampo.

Dentre os fatores que poderiam estar associados à não vacinação dos adolescentes, pesquisou-se a presença de medo relacionado ao ato de tomar a vacina, sendo que 63,2% informaram não ter medo. E entre os que informaram ter medo (36,8%), destaca-se o temor a agulha (48,9%) e a dor (41,6%).

4. 2 Análises Bivariadas

Os dados relacionados à associação de estar vacinado contra Hepatite B com as características sociodemográficas e econômicas da população do estudo e demais aspectos, tais como: acesso à informação sobre a vacina, ter filho e sentir medo da vacina, estão apresentadas nas tabelas de nº 8 a 13.

Tabela 8 Associação entre as variáveis sócio-demográficas dos adolescentes do estudo e a condição de estar vacinado contra hepatite B. Teresina – PI, 2008 (n = 261).

Variáveis	Esquema completo		Esquema incompleto ou ausente		RP ¹	IC ² 95%
	n	%	n	%		
Faixa etária						
10 – 14	42	39,6	64	60,4	1	
15 – 19	29	18,8	126	81,2	2,11	1,41-3,17
Sexo						
Feminino	48	33,3	96	66,7	1	
Masculino	23	19,7	94	80,3	1,69	1,09-2,61
Escolaridade (anos de estudo)						
6 e +	55	48,4	156	51,6	1	
0 – 5	16	32,0	34	68,0	1,22	0,77-1,95
Estudante						
Sim	68	28,9	167	71,0	1	
Não	3	11,5	23	88,5	2,50	0,84-7,40
Tipo de escola						
pública	50	28,6	125	71,4	1	
particular	18	30,0	42	70,0	0,95	0,69-1,49

(¹) RP = razão de prevalência.

(²) IC = intervalo de confiança.

De acordo com a tabela 8, observou-se que há uma associação entre estar vacinado e a faixa etária entre 10 a 14 anos do adolescente (RP = 2,11; IC95% = 1,41–3,17), ser do sexo feminino (RP = 1,69; IC95% = 1,09–2,61) e ser estudante (RP = 2,50, IC 0,84 – 7,40), quando comparados respectivamente com os adolescentes que se encontram na faixa etária de 15 a 19 anos, do sexo masculino e que não são estudantes.

Tabela 9 Associação entre as variáveis econômicas dos adolescentes do estudo e a condição de estar vacinado contra hepatite B. Teresina – PI, 2008 (n = 261).

Variáveis	Esquema completo		Esquema incompleto ou ausente		RP	IC 95%
	n	%	n	%		
Trabalho						
não	65	27,3	173	72,7	1	
sim	06	26,1	17	73,9	0,95	0,46-1,95
Renda pessoal						
não	57	26,8	156	73,2	1	
sim	14	29,2	34	70,8	1,08	0,66-1,78

Observa-se que o fato de trabalhar e de ter ou não renda não tem associação com estar vacinado contra hepatite B.

Tabela 10 Associação entre acesso ao serviço de saúde e a condição de estar vacinado contra hepatite B dos adolescentes do estudo. Teresina – PI, 2008, (n = 261).

Variável	Esquema completo		Esquema incompleto ou ausente		RP	IC 95%
	n	%	n	%		
Acesso ao serviço de saúde						
sim	65	26,9	177	73,1	1	
não	06	31,6	13	68,4	0,85	0,42-1,70

Observam-se na tabela 10 que não foi encontrada associação com relação ao fato do adolescente ter acesso ou não ao serviço de saúde e estar ou não vacinado contra hepatite B.

Tabela 11 Associação da condição de estar vacinado contra hepatite B dos adolescentes com o conhecimento sobre a vacina, fonte de informação, local e horário de funcionamento da sala de vacina. Teresina – PI, 2008.

Variáveis	Esquema completo		Esquema incompleto		RP	IC (95%)
	n	%	n	%		
Conhece o calendário de vacina do adolescente						
Sim	40	56,3	64	33,7	1	
Não	31	43,7	126	66,3	1,94	1,30-2,90
Informação sobre vacina no serviço de saúde (n = 242*)						
Sim	35	53,8	62	35,0	1	
Não	30	46,2	115	65,0	1,74	1,15-2,63
Informação sobre vacina fora do serviço de saúde (n = 261)						
Sim	43	60,6	106	55,8	1	
Não	28	39,4	84	44,2	1,15	0,76-1,73
Sabe onde funciona a sala de vacina (n = 261)						
Sim	54	76,1	144	75,8	1	
Não	17	23,9	46	24,2	1,01	0,63-1,60
O horário da sala de vacina é adequado (n = 198**)						
Sim	50	92,6	134	93,1	1	
Não	4	7,9	10	6,9	0,95	0,40-2,25

(*) considerado somente os adolescentes que foram ao serviço de saúde no período da adolescência - 242;

(**) considerado somente os adolescentes que sabiam onde funcionava a sala de vacina -198;

Observa-se que prevalências mais elevadas de vacinação contra hepatite B foram identificadas entre os adolescentes que conhecem o calendário de vacinação do adolescente (RP = 1,94; IC95% = 1,30 – 2,90), e foram informados sobre vacina no serviço de saúde (RP = 1,74; IC95% = 1,15– 2,63), quando comparados respectivamente com os adolescentes que não conhecem o calendário de vacinação, e os que não foram informados sobre vacina. Quanto às variáveis: saber onde funciona a sala de vacina e o horário de abertura da sala não teve associação com a cobertura vacinal do grupo estudado.

Tabela 12 Associação entre o adolescente ter filho com a condição de estar vacinado contra hepatite B. Teresina – PI, 2008 (n = 261).

Variável	Esquema completo		Esquema incompleto ou ausente		RP	IC 95%
	n	%	n	%		
Tem filho						
Não	68	28,1	174	71,9	1	
Sim	03	15,8	16	84,2	1,77	0,61-5,12

Observa-se que a variável ter ou não filho não interferiu na condição de estar vacinado contra hepatite B.

Tabela 13 Associação entre o adolescente sentir medo de vacina com a condição de estar vacinado contra hepatite B. Teresina – PI, 2008 (n = 261).

Variável	Esquema completo		Esquema incompleto ou ausente		RP	IC 95%
	n	%	n	%		
Medo de vacina						
Não	27	28,1	68	71,9	1	
Sim	44	26,7	122	73,3	1,05	0,70-1,58

Observa-se que a variável sentir ou não medo da vacina não apresentou associação com a cobertura vacinal (RP = 1,05; IC 95% 0,70 – 1,58).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo dos resultados foram apresentados alguns aspectos para melhor descrição da amostra estudada. Dentre essas características cabe destacar que a expressiva maioria dos adolescentes estudados (51,6%) pertenciam a famílias de muito baixa renda (renda familiar per capita até R\$ 103,75), 106 (40,6%) apresentavam idade de 10 a 14 anos e 155 (59,4%) tinham entre 15 a 19 anos. Quanto à distribuição entre os gêneros, 55,2% são do sexo feminino e 44,8% do sexo masculino. Com relação às escolas onde estudavam, 67% eram matriculados em escolas públicas. Quanto à escolaridade, 69,3% freqüentavam o ensino fundamental e o restante, o ensino médio e cursos de graduação.

De acordo com a classificação de renda per capita da família, utilizada pelos programas sociais do governo brasileiro (Brasil, 2008e), as famílias são consideradas extremamente pobres quando possuem renda mensal até R\$ 60,00 e pobres aquelas com renda de R\$ 60,01 até R\$ 120,00, observou-se neste estudo que 23,7% pertencem a famílias extremamente pobres e 33,2% a famílias pobres, o que os torna ainda mais vulneráveis.

Com relação à cobertura vacinal do grupo estudado, em que se avalia o esquema preconizado pelo PNI, observou-se coberturas abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde para todas as vacinas. Para VTV (contra sarampo, rubéola, caxumba) observou-se uma cobertura de 5,4%; para dT (contra difteria e tétano) 22,9%; para a vacina contra hepatite-B, 27,2% e 35,2% para a vacina contra Febre Amarela.

Segundo o Ministério da Saúde, todos os grupos de idade merecem atenção do programa de vacinação. Em relação aos adolescentes, foi adotado um calendário nacional de vacinação e as vacinas são oferecidas à população, mas a sua utilização depende da decisão pessoal do adolescente em ir se vacinar. A promoção de educação, com recursos da própria comunidade, e a reorganização das práticas de saúde nas salas de vacinação, bem como a responsabilização pela proteção são passos para uma ação mais abrangente em termos de solução dos problemas de saúde, em especial a melhoria da cobertura vacinal (BRASIL, 2001b).

Estudo realizado por Souto *et al.* (2004) encontrou uma cobertura vacinal de 72% entre adolescentes, mostrando que a decisão de implementar estratégias de vacinação para essa população é viável. Neste estudo, dos 261 adolescentes, 103 (39,5%) receberam a primeira dose da vacina contra hepatite B, 32,2% receberam duas doses e 27,2% (71) receberam as três doses da vacina, ou seja, dos 103 que iniciaram apenas 68,9% concluíram o esquema, evidenciando-se uma taxa de abandono de 31,1%. A taxa de abandono expressa o percentual de adolescentes que não chegou a completar o número mínimo de doses. O Ministério da Saúde atribui o abandono a vários fatores, dentre estes a falta de esclarecimento quanto ao tipo de vacina administrada e o número de doses (BRASIL, 2001b).

Resultado semelhante foi observado em estudo da cobertura vacinal da hepatite B em São Paulo, que no ano de 2004 apresentava cobertura vacinal de 50% na faixa etária de 11 a 14 anos e de 35% na faixa de 15 a 19 anos. O estudo chama a atenção de que a vacinação teve uma boa aceitação no início, no entanto apenas metade daqueles que iniciaram o esquema, o completaram e estão protegidos (ARANDA, 2005).

A vacina contra hepatite B constitui-se na principal estratégia de saúde pública para prevenir a doença aguda, impedir a cronificação da hepatopatia e sua evolução para cirrose e/ou hepatocarcinoma e, ainda para minimizar a transmissão viral (FERREIRA; SILVEIRA, 2006). A Estratégia de vacinação no Brasil, recomendada pelo Ministério da Saúde, é a vacinação universal para crianças e adolescentes, contemplando a faixa etária de 0 a 19 anos; recomenda ainda a vacinação seletiva das demais faixas etárias, na presença de algum fator de risco.

Alguns estudos têm mostrado os adolescentes como um grupo de risco elevado para infecção pelo VHB. Em regiões de endemicidade baixa, como Teresina (PI), os casos de hepatite B aguda ocorrem geralmente em adolescentes e jovens adultos. Assim, programas de prevenção contra essa infecção, incluindo a vacinação contra o VHB, devem ser prioritários para essa população (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Na avaliação da baixa cobertura vacinal encontrada, destacam-se as oportunidades perdidas de vacinação (OPV). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (1985), uma oportunidade de vacinação ocorre, quando uma pessoa candidata à imunização e que não tenha contra-indicações, comparece a um

serviço de saúde e não recebe as vacinas necessárias. Merece registro que 92,7% dos adolescentes procuraram o serviço de saúde, por motivos diversificados e somente 40,1% tiveram acesso à informação sobre vacina, demonstrando que os profissionais de saúde não solicitaram ou observaram o cartão de vacina dos adolescentes que freqüentaram os serviços de saúde, como forma de identificar aqueles que são candidatos à vacinação.

Entre os adolescentes do estudo, que procuraram o serviço de saúde no período da adolescência, observou-se o maior percentual de OPV relacionado à vacina tríplice viral, com 87,3% dos adolescentes não vacinados, seguido da vacina dT e da vacina contra hepatite B, em que 65,5% não havia recebido a vacina, apesar de ter procurado o serviço de saúde. Com relação à vacina contra febre amarela, observou-se menor percentual de OPV, com 57,5%.

Resultados semelhantes são encontrados em outros estudos. Araújo (2005) encontrou um percentual de 54,69% de ocorrência de OPV entre crianças. Figueiredo (2007) destaca que a OPV é uma das causas da baixa cobertura vacinal e a necessidade de sensibilização de todos os profissionais da equipe de saúde para que se envolvam na atividade de vacinação.

Estudos têm demonstrado que a negligência dos profissionais em observar o cartão de vacinas dos usuários, dentre outras atitudes negativas, tem se constituído numa das principais causas de OPV e conseqüentemente contribuído para baixar as coberturas vacinais (HUTCHINS, 1993; REY, 1996; GERA, 1998, apud ARAÚJO, 2005).

Observou-se que os adolescentes deste estudo possuem deficiência de conhecimento acerca das vacinas recomendadas no calendário do Ministério da Saúde, pois somente 19,9% informaram conhecer a proteção conferida pela vacina contra hepatite B. Ressalta-se que 32,9% informaram conhecer a proteção ofertada com a vacina contra Febre Amarela, que se atribui em parte, à campanha de educação em saúde, que estava sendo veiculada na mídia, no período do levantamento dos dados. O fato de o adolescente não aceitar a vacina foi associado ao não conhecimento sobre o calendário de vacinação (RP = 1,94; IC 95%: 1,30 - 2,90). E, não ter acesso à informação sobre vacina aumentou a prevalência de não

adesão à vacina com relação àqueles que foram informados (RP = 1,74; IC 95%: 1,15-2,63).

Ayres (2007) afirma que o desafio central da saúde é a humanização das práticas de saúde, com enriquecimento das relações entre os fundamentos técnicos e os valores associados à felicidade e aos projetos existenciais dos adolescentes. É importante que a prática de vacinação seja repensada como encontro entre sujeitos, que a tomada de decisão para esse cuidado sejam construções que impliquem compartilhar ações e compromissos.

Estudo com adolescente, desenvolvido por Slonim *et al.* (2005) constatou que os adolescentes sabem muito pouco sobre vacinação em geral, e em particular, da hepatite B. Apresentam ainda baixos níveis de percepção da suscetibilidade e gravidade da hepatite B, adotam comportamento de alto risco de contaminação, tais como atividade sexual sem proteção, uso de piercings e tatuagens.

Neste estudo, ser estudante não apresentou associação estatística significativa, com a condição de estar vacinado contra hepatite B, pois se por um lado, a razão de prevalência mostrou-se elevada (RP = 2,50), por outro o intervalo de confiança foi muito alargado (IC95 = 0,84 – 7,40). Tal resultado contrapõe-se ao de alguns outros estudos e pode ter ocorrido em função do tamanho da amostra, devendo-se considerar a significância clínica. Estudo realizado por Oliveira *et al.* (2007) em escola, evidenciou que dos 195 estudantes que aceitaram a primeira dose, 93,3% completaram o esquema vacinal, ratificando, assim, estudos prévios conduzidos em países desenvolvidos, onde a escola tem sido apontada como um local que facilita o cumprimento das três doses da vacina. O longo período entre a segunda e terceira dose tem sido apontado como um obstáculo para a conclusão do esquema vacinal.

Ser estudante, na maioria dos estudos facilita o acesso à vacina, pois a escola é o local onde o adolescente adquire informações e conhecimentos necessários à sua vida social e pessoal, bem como estabelece relações interpessoais, que influenciarão no seu comportamento e na probabilidade do indivíduo adotar um comportamento favorável, neste caso, a aceitação da vacina contra hepatite B.

Estudos realizados sobre a estratégia de vacinar alunos do ensino fundamental em escolas revelaram que o envolvimento de professores é muito importante, seja na divulgação ou na solicitação de consentimento, pois aumentaram o percentual de consentimento e incentivaram a participação dos alunos (TUNG; MIDDLEMAN, 2005).

Tura, Madeira e Gaze (2002), em estudo sobre os sentidos atribuídos a hepatites por professores de Escolas do Ensino Fundamental, observaram a presença de noções truncadas ou deslocadas, originando ou reforçando estereótipos e crenças que se ancoram nas práticas e relações cotidianas dos sujeitos. Esses mecanismos levam ao estabelecimento de regras e modelos de condutas preventivas, dentre os quais se destaca o cuidado em evitar o contato com os doentes, a necessidade de isolá-lo e aos objetos de seu uso pessoal, para evitar a transmissão da doença, revelando uma apropriação inadequada de informações sobre a contaminação fecal-oral, sanguínea e sexual das hepatites virais. Informações distorcidas podem comprometer as atividades de educação em saúde.

Branco (2002), em estudo realizado com o objetivo de compreender os sentidos que os profissionais de saúde atribuem à saúde do adolescente, identificou que o elemento informação está no núcleo central, um indício de que os profissionais, mesmo compreendendo a complexidade das questões da adolescência e as limitações da intervenção dos serviços de saúde, valorizam algo que eles entendem que detêm e que podem oferecer aos adolescentes, ou seja, informações, orientações e conhecimentos relativos às diferentes dimensões da vida de seus clientes. Os elementos afetividade, anticoncepção, bem-estar, cuidado, disponibilidade, dúvida, educação, equipe, juventude e serviço compõem o sistema periférico dessa representação.

Allison *et al.* (2007), em estudo que comparou serviços prestados em Centros de saúde com base na escola (SBHCs) com os tradicionais locais de atendimento ambulatorial, em Denver (Estados Unidos) verificaram que os usuários do SBHC tiveram uma maior proporção de consultas comparado com outros usuários, sugere que essas visitas adicionais foram necessárias para cuidados preventivos. Aliado ao fato que os adolescentes não precisam pagar, não requerem transporte, porque os SBHCs estão localizados nas escolas e as visitas ao serviço podem acontecer durante o horário escolar.

Outros estudos de avaliação dos SBHCs como o de Kaplan *et al.* (1998), encontraram que adolescentes que utilizaram o SBHCs foram mais propensos do que os adolescentes que procuraram outros serviços de saúde, de ter tido uma consulta e passado por uma triagem para identificar comportamentos de alto risco. Lancman *et al.* (2000) estudaram taxas de vacinação contra hepatite B no SBHCs e outros serviços de saúde da comunidade e encontraram que 79% dos adolescentes tinham completado a série no SBHC e que apenas 25% tinham concluído a série em outros serviços de saúde.

Apesar do aumento da acessibilidade fornecida pelo SBHCs, barreiras para o acesso aos cuidados de saúde mantêm-se entre a população de adolescentes, pois parte dos que participaram dos estudos não realizou nenhuma consulta ou fez apenas uma consulta de urgência. A maioria desses adolescentes estava matriculada em uma escola com um SBHC, indicando que a presença de um SBHC sozinho não ultrapassa as barreiras de acesso aos adolescentes. Pastore *et al.* (1998) sugerem que adolescentes que não utilizam SBHCs e outros serviços de saúde disponíveis pensam que não possuem necessidade dos cuidados de saúde.

O Programa Saúde na Escola (PSE), lançado recentemente no Brasil e em fase de implantação, abrange avaliação das condições de saúde; promoção da saúde e prevenção; monitoramento da avaliação da saúde dos estudantes; educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens para o Programa; monitoramento e avaliação do Programa. Na avaliação das condições de saúde, que será realizada pela ESF está prevista a avaliação clínica e psicossocial; avaliação nutricional; avaliação de saúde bucal e atualização do calendário vacinal. Considera-se que o PSE proporcionará uma excelente oportunidade para melhorar a cobertura vacinal contra hepatite B e demais vacinas recomendadas no calendário de vacinação, semelhante aos resultados que estão sendo obtidos nos Estados Unidos, com os SBHCs (BRASIL, 2008d).

Em relação à faixa etária, a prevalência de não adesão à vacina foi maior em adolescentes de 15 a 19 anos, quando comparada aos da faixa etária de 10 a 14 anos (RP = 2,11; IC 95%: 1,41-3,17). A prática de vacinação no Brasil é centrada na prevenção e proteção de doenças, dentro de um enfoque de vigilância em saúde, tendo como grupo prioritário as crianças. A família valoriza esta prática de saúde, participa e responde pela saúde de seus membros.

O resultado encontrado neste estudo demonstra que o cuidado da família é estendido aos adolescentes na faixa de menor idade, porque via de regra os adolescentes de faixa etárias mais elevadas já se consideram mais independentes dos cuidados familiares e como é peculiar a idade se achar imortal, valorizam pouco os cuidados primários destinados a promover e proteger a saúde.

Em relação ao gênero, ser do sexo masculino aumentou a prevalência de não aceitação da vacina (RP = 1,69; IC 95%: 1,09-2,61). Resultado semelhante foi observado em pesquisa realizada nos Estados Unidos, que avaliou fatores de risco associados à não aceitação da vacina, e revelou que em relação ao gênero, os adolescentes do sexo feminino foram mais propensos em aceitar a vacina contra hepatite B (MIDDLEMAN, 2004). Por outro lado, estudo realizado nos Estados Unidos por Slonim *et al.* (2005), para avaliar fatores de risco associados à não aceitação da vacina, revelou que os homens foram significativamente mais prováveis do que as mulheres (43,2%) em aceitar a vacina contra hepatite B ($\chi^2 = 175,16$; $p < 0,01$).

O estudo conduzido por Middleman (2004) chama a atenção que mesmo eliminada a barreira de acesso à vacina contra hepatite B (disponibilizada na escola), existem disparidades na participação. A variável gênero desempenha papel distinto nos cuidados à saúde, independente da tradicional variável de status sócio-econômica, frequentemente associada com o acesso aos cuidados à saúde.

Estabelecer as repercussões das questões de gênero para a saúde dos e das adolescentes é imprescindível para que os profissionais de saúde possam adequar o cuidado. Segundo Luz e Berni (2000), a construção da identidade – feminina ou masculina decorre das diferentes vivências no meio social onde estão inseridos. Nesse sentido, é preciso que os pais, profissionais de saúde e educadores voltem os olhares para esses adolescentes, parte deles inseridos em sociedades com pouca opção e perspectiva, no sentido de reduzir as vulnerabilidades a que estão expostos.

Entende-se vulnerabilidade como a chance de exposição dos adolescentes ao adoecimento, resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento. É o reconhecimento do viver adolescente, que impõe a ruptura com

modelos de ações dirigidas a um sujeito universal inexistente (MONTEIRO; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2006).

A atuação dos serviços de saúde, que ocorre por meio da Estratégia Saúde da Família, exige dos profissionais de saúde, a mudança de atitude, no sentido de adequar o seu processo de trabalho, de modo que possa construir os laços de solidariedade e compromisso com a qualidade de vida dessa população. O trabalho de educação em saúde voltado à proteção e cuidados com adolescentes devem estimular a formação de rede de proteção social, envolvendo as famílias.

A maioria das ações promotoras de saúde desenvolvidas com adultos nos programas de saúde pública tem como objetivo que estes adotem comportamentos saudáveis em seu próprio benefício. Entretanto, Costa; Bigras (2007) recomendam que o enfoque da educação em saúde com adultos deva ser mais amplo, com o objetivo que estes adotem atitudes que beneficiará as crianças e adolescentes, pois sabe-se que o impacto das ações de saúde pode ser comprometido se os adultos ao seu redor, não adotarem comportamentos saudáveis.

Estudo realizado com 769 adolescentes, com o objetivo de analisar se os participantes, que previamente tiveram acesso à informação sobre hepatite B, tinham percepção para aplicar esse conhecimento e avaliar o seu próprio risco de adquirir hepatite B, constatou que a maioria dos adolescentes considerou a imunização contra hepatite B importante para a sua saúde. Aqueles que relataram um aumento individual de fatores de risco como usar bebida alcoólica, ter relação sexual sem proteção e ter contraído doença sexualmente transmissível, demonstraram percepção do risco de contrair hepatite B (SCHIMIDT, MIDDLEMAN, 2001).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta parte final retomamos a reflexão sobre os fatores associados à cobertura vacinal contra hepatite B entre os adolescentes. Ao se avaliar o esquema preconizado pelo PNI, observaram-se coberturas abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde para todas as vacinas. Para VTV (contra sarampo, rubéola, caxumba) observou-se uma cobertura de 5,4%; para dT (contra difteria e tétano) 22,9%; para a vacina contra hepatite B, 27,2% e 35,2% para a vacina contra Febre Amarela.

Verificou-se que a baixa cobertura vacinal encontrada neste estudo está relacionada às oportunidades perdidas de vacinação, com 65,5% dos adolescentes não vacinados contra hepatite B, a deficiência de conhecimento acerca das vacinas, pois não ter conhecimento sobre o calendário de vacinação do adolescente e sobre as vacinas aumentou a prevalência de não aceitação da vacina; Em relação à faixa etária, a não adesão à vacina foi maior em adolescentes de 15 a 19 anos quando comparados aos da faixa etária de 10 a 14 anos; Observou-se também que os adolescentes do sexo masculino apresentam maior prevalência em não estar vacinado contra a hepatite B, confirmando resultados encontrados em outros estudos, os quais verificaram que os adolescentes do sexo feminino são mais propensos em aceitar a vacina contra hepatite B.

Considerando que este estudo foi realizado em áreas de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família, e sendo a vacinação uma ação prioritária ofertada à população no serviço de saúde, esperava-se encontrar uma população esclarecida sobre o calendário de vacinação e sobre a proteção conferida, pois é provável que a educação em saúde pudesse contribuir para o aumento da cobertura vacinal.

Quanto ao conhecimento acerca das vacinas e calendário de vacinação, observou-se que os adolescentes deste estudo possuem deficiência de conhecimento acerca das vacinas recomendadas, pois somente 19,9% informaram conhecer a proteção conferida pela vacina contra hepatite B.

Neste estudo, ser estudante não apresentou associação significativa, entretanto, na maioria dos estudos a escola tem sido apontada como um local que facilita o cumprimento das três doses da vacina, pois o longo período entre a

primeira e terceira dose tem sido apontado como um obstáculo para a conclusão do esquema vacinal. Considerando que a cobertura vacinal está abaixo dos padrões recomendados pelo Ministério da Saúde, se faz importante repensar a prática da vacinação no cuidado à saúde do adolescente, fazendo adaptações, ou seja, lançando estratégias que permitam potencializar não só o acesso a imunização, mas também a valorização dessa ação por parte dos usuários dos serviços de saúde e da população em geral.

É oportuno destacar que todos os adolescentes que participaram deste estudo e não estavam com os esquemas atualizados foram encaminhados às salas de vacina das Unidades de Saúde da Família.

Acreditamos que as coberturas vacinais entre os adolescentes podem ser melhoradas mediante o fornecimento de vacinas em um cenário escolar, que poderia desempenhar uma parte integrante de um abrangente programa de atenção aos adolescentes, como o que está sendo proposto no Programa de Saúde do Escolar, em parceria com a Estratégia Saúde da Família, em virtude da atividade de vacinação ser uma prática de extremo valor, pois se trata de uma tecnologia de saúde que utiliza a ferramenta mais poderosa contra determinados agentes agressores (as vacinas), rompendo a cadeia de transmissão de muitas doenças. Entretanto, envolve uma reconstrução de saberes e práticas com novas dimensões para a produção de cuidados, considerando que os adolescentes enquanto seres críticos, reflexivos, têm a capacidade de avaliar a incorporação ou não de tais valores e de modificá-los de acordo com suas próprias idéias.

REFERÊNCIAS

ALLISON A. M. School-Based Health Centers: Improving Access and Quality of Care for Low-Income Adolescents. **Pediatrics**, Illinois (EUA); 120; e887-e894; originally published online Sep 10, 2007. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/4/e887>. Acesso em: 13 jul. 2008.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on School Health. School health centers and other integrated school health services. **Pediatrics**. 2001; 107:198–201. Disponível em: http://www.pediatrics.org/cgi/collectioent/office_practice. Acesso em: 13 jul. 2008.

ANTUNES, H.; MACEDO, M.; ESTRADA, A. Taxa de Cobertura Vacinal com Imunização para o Vírus da Hepatite B. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, 17: 303-08, 2004.

ARAÚJO, T.M.E. **Vacinação Infantil: conhecimentos, atitudes e práticas da população da Área Norte/Centro de Teresina/PI**. 2005. 95 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2005.

ARANDA, C.M. Cobertura vacinal – Hepatite B. **Boletim Epidemiológico Paulista – BEPA**, ano 2, n. 14, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

ARRAES, L. C. et al. Prevalência de hepatite B em parturientes e perfil sorológico perinatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, 25 (8): 571-76, set. 2003. Disponível em:<[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 28 dez. 2007.

ASSIS, S.G. et al. A Representação Social do Ser Adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8 (3):669-79, 2003. Disponível em:<[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 19 out. 2007.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), 8(14): 73-92, fé. 2004. Disponível em:<[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 20 out. 2007.

_____. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, 17(1): 43-62, jan./abr. 2007. Disponível em:<[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 20 out. 2007.

BAGGIO, M.A. O Significado do Cuidado para Profissionais da Equipe de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 8(1): 9–16, 2006. Disponível em:<[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 26 out. 2007.

BALDI, J. L. S. et al. Immunogenicity of three recombinant Hepatitis B vaccines administered to students in three doses containing half the antigen amount routinely used for adult vaccination. **Rev. Inst. Med. Trop.**, São Paulo, 46 (2): 103-07, abr. 2004. Disponível em:<[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 28 dez.2007.

BARATA, R. B. ET al. Inquérito de cobertura vacinal: avaliação empírica da técnica de amostragem por conglomerados proposta pela Organização Mundial da Saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, 17 (3): 184-190, mar., 2005. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 02 dez.. 2007.

BESERRA, E. P.; ARAÚJO, M. F. M; BARROSO, M. G. T. Promoção da Saúde em Doenças Transmissíveis – uma investigação entre adolescentes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, 19 (4):402-07, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.bireme.br>> Acesso em 19 out. 2007.

BLOCK, K.V.; KLEIN, C.H. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

BRANCO, V. M. C. Emoção E Razão: Os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, área de concentração: Ciências Humanas e Saúde). Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio De Janeiro (RJ); 2002. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 10(2): 233-234, 2002.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Resolução nº 196/96 – Brasília: CNS, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília (DF), 2001a.

_____, _____. **Manual de Procedimentos para Vacinação**. Brasília (DF), 2001b.

_____, _____. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**, Brasília (DF), 2003.

_____, _____. **Programa Nacional de Imunizações: PNI, 25 anos**, Brasília (DF), 2004.

_____, _____. Portaria nº 597/GM de 8 de abril de 2004. Estabelece o Calendário Nacional de Vacinação. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 12 de abr. 2004a. Nº 69, seção 1, p.46.

_____, _____. **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde**, Brasília (DF), 2005a.

_____, _____. **Marco Legal: saúde, um direito dos adolescentes**, Brasília (DF), 2005b.

_____, _____. **Hepatites Virais: o Brasil está atento**, 2. ed., Brasília (DF), 2005c.

_____, _____. Hepatites Virais. In: **Guia de Vigilância Epidemiológica**, 6. ed., Brasília (DF), 2005d., p. 409-33.

_____, _____. **Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais**, Brasília (DF), 2005e.

_____, _____. Portaria nº 1602/GM de 17 de julho de 2006. Estabelece o Calendário Nacional de Vacinação. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 18 de jul. 2006a. Nº 136, seção 1, p.46.

_____, _____. **Série História de Vacina Contra Hepatite no Piauí**. Brasília (DF), 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2007.

_____, _____. **Hepatites Virais: o Brasil está atento**, 3.ed., Brasília (DF), 2008a.

_____, _____. **Nota técnica nº 35 de 28 de maio de 2008**: Dispõe sobre a utilização da vacina contra hepatite B recombinante, produzida pelo Instituto Butantan. Brasília (DF), 2008b.

_____, _____. **Nota técnica nº 58 de 28 de agosto de 2008**: Indicação da vacina contra hepatite B nos serviços de saúde do SUS. Brasília (DF), 2008c.

_____, _____. Portaria nº 1861/GM de 04 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 05 de set. 2008d. Nº 172, seção 1, p.75.

_____, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MSD), Programa Bolsa Família. 2. ed., Brasília (DF), 2008e.

CARDOSO, C. P.; COCCO, M. I. M. Projeto de Vida de um de adolescentes à luz de Paulo Freire. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), 11(6): 778-85, nov./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 out. 2007.

CDC - Center for Disease Control and Prevention. “**Current Issues and Immunization**”. CDC Conference, Atlanta: National Center for Immunization and Respiratory diseases, 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis>. Acesso em: 24 nov. 2007.

COSTA, M. C. O; SOUZA, R. P. Abordagem da criança e do adolescente. In: _____ (ORG.). *Semiologia e atenção primária à criança e ao adolescente*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p. 76-91.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12 (5): 1101-109, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 out. 2007.

EL KHOURI, M. et al. Soroprevalência de hepatite B e hepatite C em Monte Negro, Rondônia, Região Amazônica Ocidental Brasileira. **Clinics**, São Paulo, 60 (1): 29-36, jan./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 out. 2007.

FAUSTINI, et al. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em Centro de Saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. *Ciência, Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8 (3): 783-789, 2003.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, 7 (4):473-87, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 dez. 2007.

_____. _____ Prevenção das hepatites virais através da imunização. **J. Pediat.**, Rio de Janeiro, 82 (3): 55-66, jul.2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 out. 2007.

FERREIRA, M. S.; BORGES, A. S. Avanços no tratamento da hepatite pelo vírus B. **Rev. Soc. Bras.Trop.**, Uberaba, 40 (4): 451-62, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 dez. 2007.

FIGUEIREDO, G.L.A. **Experiências de Famílias sobre a Vacinação de Crianças Menores de dois anos**: subsídios para o cuidado de enfermagem. 2007. 106 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto (SP), 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 out. 2007.

FOGARTY, K.J. et al. Vaccine coverage levels after implementation of a middle school vaccination requirement, Flórida, 1997-2000. In: **Publish Health Reports**. Boston (EUA), 119 (2): 163-69, mar. 2004. Disponível em: <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/phr/home>. Acesso em: 2 dez.2007.

HADDAD N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca, 2004.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamento Familiares, 2002- 2003**: Antropometria e Análise do Estado Nutricional de Crianças e Adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro, 2006.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo do Piauí - 2007**. Teresina (PI), 2007.

KAPLAN, D. W. et al. Managed care and school-based health centers. Use of health services. **Arch Pediatr Adolesc Med**. 1998;152:25–33. Disponível em: <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/152/1/25?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=kaplan+1998&searchid=1&FIRSTINDEX=60&resourcetype=HWCIT>. Acesso em: 13 jul. 2008.

KEEFE, E.B. **Treatment of Chronic Hepatitis B: Highlights From the 41st Annual Meeting of the European Association for the study of the liver**. Conference Coverage, medscape Gastroenterology, may. 2006. Disponível em: www.seacch.medscape.com. Acesso em: 01 jan. 2008.

LANCMAN H, et al. Adolescent hepatitis B vaccination: comparison among 2 high school-based health centers and an adolescent clinic. **Arch Pediatr Adolesc Med**. 2000;154:1085 –1088. Disponível em: <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/154/11/1085?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMA>

T=&fulltext=lancman+2000&searchid=1&FIRSTINDEX=60&resourcetype=HWCIT.
Acesso em: 13 jul. 2008.

LUÍZ, R. R. O Tamanho da Amostra em Investigações Epidemiológicas. IN: MEDRONHO, R.A. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

LUZ, A.M. H; BERNI, N.I.O. Feminino e Masculino: repercussões na saúde dos adolescentes. In: RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE (org.). **Projeto Acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn, 2000. p. 37-45.

MARCELLIN, P; ASSELAN, T; BOYER, N. Treatment of Chronic Hepatitis B. **Journal of Viral Hepatitis**, n. 12, 2005. Disponível em: www.seacch.medscape.com
Acesso em: 01 jan. 2008.

MARTINS, R.M. et al. Estudo Multicêntrico de imunogenicidade e reatogenicidade de vacinas contra hepatite B: informe preliminar. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 12 (3): 165-66, jul.-set., 2003. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

MILLIGAN, P.; NJIE, A.; BENNETT, S. Comparison of two cluster sampling methods for health surveys in developing countries. **Int.J. Epidemio.**, 33 (3):469-76, 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

MIDDLEMAN, A.B. Race/ethnicity and gender disparities in the utilization of a school-based hepatitis B immunization initiative. **J. Adolesc. Health**, 34: 414-19, maio 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

MONTEIRO, A.I.; MEDEIROS, J.D; OLIVEIRA, J.R. Estilo de Vida e Vulnerabilidade Social dos Adolescentes no Bairro de Felipe Camarão, Natal/RN. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 9 (1): 176-90, jan.- abr. 2006. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 26 out. 2007.

OLIVEIRA, M. D. S. et al. Análise de Fatores Associados a não aceitação da vacina contra hepatite B em adolescentes escolares de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12 (5): 1247-252, set./out., 2007.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Introduction du vaccin contre l'hépatite B dans les services de vaccination infantile**. Geneve (Suisse): OMS, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/eh>>. Acesso em: 28 dez.2007.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Simpósio Internacional sobre imunización contra El sarampión**. Publicación científica n. 477. Washington: OPS, 1985.

PASTORE, D. R et al. School-based health center utilization: a survey of users and non-users. **Arch Pediatr Adolesc Med**. 1998;152:763–767. Disponível em: <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/158/8/763?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=pastore+1998&searchid=1&FIRSTINDEX=60&resourcetype=HWCIT>. Acesso em: 13 jul. 2008.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PERIM, E.B. **Hepatite B entre as Gestantes atendidas pelo Programa de Pré-natal da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**: prevalência de marcadores e cuidados prestados aos recém-nascidos. 2004. 61 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2004.

PIAUI, Secretaria de Saúde do Estado (SESAPI). **Situação das Hepatites Virais no Piauí**. Teresina (PI): SESAPI, 2007. Relatório do Serviço de Epidemiologia.

PINHO, I.C.; SIQUEIRA, J.C.B.A.; PINHO, L.M.O. As Percepções do Enfermeiro Acerca da Integralidade da Assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 8 (1): 42–51, 2006. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 26 out. 2007.

ROCHA, S. Renda e Pobreza – medidas per capita versus adulto equivalente. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): Texto para discussão nº 609, nov. 1998. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/1998/td_0609.pdf. Acesso em: 08 out. 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Informes Técnicos Institucionais: vacina contra hepatite B. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 40 (6): 1137-140, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 out. 2007.

SCHIMIDT, M; MIDDLEMAN, A.B. The importance of hepatitis B vaccination among adolescents. **J. Adolesc. Health**, 29:217-22, 2001. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

SILVA, C.C.; SILVA, A.T.M.C.; LOSING, A. A Integração e Articulação Entre as Ações de Saúde e de Educação no Programa Saúde da Família – PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 8 (1): 70-74, 2006. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 26 out. 2007.

SILVA, N. N. **Amostragem probabilística**: um curso introdutório. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

SILVEIRA, T. R. et al. Hepatitis B seroprevalence in Latin América. **Rev. Panam. Salud Pública**, 6 (6): 378-83, 1999. Disponível em:<<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 28 dez.2007.

SLONIM, A.B. et al. Adolescents' knowledge, beliefs, and behaviors regarding hepatitis B: Insights and implications for programs targeting vaccine-preventable diseases. **J. Adolesc. Health**, 36 (3): 178-86, 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Vacina contra hepatite B. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, 52 (5): 288-89, set./out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 dez. 2007.

SOUTO, F. J. D. et al. Prevalência da hepatite B em área rural de município hiperendêmico na Amazônia Mato-grossense: situação epidemiológica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 13 (2): 93-102, abr./jun. 2004.

TAQUETTE, S.R. et al. A relação entre características sociais e comportamentais de adolescentes e as doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, 51 (3): 148-52, maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 out. 2007.

TERESINA, Prefeitura Municipal - PMT. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Teresina (PI): PMT, 1999.

TERESINA, Secretaria de Planejamento (SEPLAN). **Distribuição de População de Teresina por Bairro**. Teresina: SEPLAN, 2003.

TERESINA, Fundação Municipal de Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB: **Relatório de Cadastro das Equipes e Cadastros de Famílias**. Teresina (PI), 2007.

TUNG, C.S; MIDDLEMAN, A.B. An evaluation of school-level factors used in a successful school-based hepatitis B immunization initiative. **J. Adolesc. Health**, 37: 61-68, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

TURA, L. F. R.; MADEIRA, M. C.; GAZE, R. Representações Sociais das Hepatites Virais e suas Implicações nas Práticas Educativas de Prevenção. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 10(2): 195-213, 2002.

ZUNINO, M.E. Epidemiologia de la hepatitis B en Chile y esquemas de vacunación em latinoamérica. **Rev Chil. Infec.**, 19 (3):140-55, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/cgi-bin/wxis.exe/iah>>. Acesso em: 2 dez. 2007.

WHO – World Health Organization. **Hepatitis B**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em:<<http://www.who.int/ehb>>. Acesso em: 28 dez. 2007.

_____. **Hepatitis B surface antigen assays: operational characteristics**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em:<<http://www.who.int/ehb>>. Acesso em: 28 dez. 2007.

_____. **Preventing Mother-to-child Transmission of Hepatitis B**. Manila (Philippines):WHO, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/ehb>>. Acesso em: 28 dez. 2007.

YOON S.S. et al. Efficiency of EPI cluster sampling for assessing diarrhea and dysentery prevalence. **Bull World Health Organ**, 75 (5): 417-26. 1997.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Relação de Conglomerados da pesquisa de campo



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

Relação de Conglomerados da pesquisa de campo

CONGLO- MERADO	FORMU- LÁRIO	ÁREA	MICRO ÁREA	LOCALIDADE/ BAIRRO
1	1-7	197	3	MOCAMBINHO
2	36-42	168	7	MOCAMBINHO
3	8-14	160	3	ÁGUA MINERAL
4	15-21	28	1	ÁGUA MINERAL
5	22-28	235	4	POVOADO BOA HORA*
6	29-35	162	2	BOM JESUS
7	43-49	194	4	ALTO ALEGRE
8	50-56	62	3	POVOADO CAMPESTRE NORTE*
9	57-63	181	5	MARQUÊS
10	64-70	182	3	PORENQUANTO
11	71-77	167	2	MORRO DA ESPERANÇA
12	78-84	163	6	CABRAL
13	85-91	107	5	PEDRA MOLE
14	92-98	166	4	MATINHA
15	99-105	175	1	PIRAJÁ
16	106-112	233	6	CENTRO

CONGLO-MERADO	FORMU-LÁRIO	ÁREA	MICRO-ÁREA	BAIRRO
17	113-119	234	1	POVOADO GURUPÁ*
18	120-126	186	2	MAFRENSE
19	127-133	159	2	MATADOURO
20	134-140	191	6	MATADOURO
21	141-147	165	6	MATADOURO
22	148-154	157	2	AEROPORTO
23	155-161	156	2	ITAPERÚ
24	162-168	24	5	AROEIRAS/ MONTE VERDE
25	169-175	220	3	SANTA ROSA: PARQUE BRASIL III
26	176-182	221	5	SANTAROSA/ PARQUE BRASIL III
27	183-189	26	2	NOVA BRASÍLIA
28	190-196	174	2	NOVA BRASÍLIA
29	197-203	238	3	NOVA BRASÍLIA
30	204-210	100	2	NOVA TERESINA
31	211-217	211	5	SANTA ROSA/ PARQUE BRASIL I
32	218-224	41	4	AROEIRAS/PARQUE FIRMINO FILHO
33	225-231	189	1	ALTO ALEGRE
34	232-238	237	1	POTI VELHO
35	239-245	178	6	PRIMAVERA
36	246-252	180	4	REAL COPAGRE
37	253-259	158	3	AEROPORTO
38	260-266	179	3	PRIMAVERA
39	267-273	239	2	CIDADE INDUSTRIAL/SANTA MARIA DA CODIPI

(*) = Localidade rural

APÊNDICE B – Registro de perdas por conglomerados

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

Registro de perdas por conglomerados

CONGLO- MERADO	FORMU- LÁRIO	ÁREA	MICRO ÁREA	PERDAS/ FORMULÁRIO(F)
1	1-7	197	3	1(F=7)
9	57-63	181	5	1 (F=63)
11	71-77	167	2	1 (F=74)
13	85-91	107	5	1 (F=86)
27	183-189	26	2	1 (F=189)
28	190-196	174	2	1 (F=196)

APÊNDICE C – Programa para Treinamento dos Pesquisadores de Campo



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

PROGRAMA PARA TREINAMENTO DOS PESQUISADORES DE CAMPO

1. LOCAL: Universidade Federal do Piauí/sala de aula do Hospital Universitário

2. MINISTRANTE: Pesquisadora Responsável

3. PARTICIPANTES: 17 estudantes, dos quais 13 do 6º e os demais do 4º período de enfermagem, sendo 13 da FACID, 02 da UFPI e 02 da NOVAFAPI.

4. CARGA HORÁRIA: 8 horas

5. OBJETIVOS:

- Informar os pesquisadores de campo sobre o estudo em desenvolvimento.
- Discutir esquema básico de vacinação do adolescente.
- Introduzir noções básicas sobre estudos seccionais.
- Orientar os pesquisadores de campo sobre os procedimentos metodológicos a serem desenvolvidos durante a coleta de dados do estudo.

6. CONTEÚDOS/CARGA HORÁRIA:

6.1. Pesquisa em desenvolvimento: (01h30min)

- Situação problema, justificativa, objetivos e método do estudo.

6.2 Esquema básico de vacinação do adolescente: (01h)

Vacinas do calendário básico do adolescente (do PNI e da rede de saúde privada), idade ao iniciar, intervalos, doses, via e local de aplicação, identificação das doenças contra as quais as vacinas protegem, especificamente.

6.3. Estudos Seccionais ou de Prevalência: (01h30min)

Conceito, características, usos e limitações, fases do estudo dando ênfase à construção e aplicação dos instrumentos de coleta de dados, medidas objetivas (tipos de variáveis), métodos de amostragem, importância da seleção e treinamento dos entrevistadores, estudo piloto, coleta de dados e controle de qualidade da coleta.

6.4. Procedimentos metodológicos para a coleta dos dados: (4 horas).

Entrega dos mapas (croquis) com os conglomerados a serem pesquisada (fornecidos pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família), divisão dos grupos de entrevistadores por conglomerado, discussão sobre a importância dos registros corretos e do preenchimento de todos os dados dos formulários, conduta diante de residências com mais de um adolescente, necessidade de retornar no mínimo três vezes à residência em que não encontrar os responsáveis pelo adolescente ou que os mesmos não estejam, no momento, de posse do cartão, desde que haja possibilidade de resgatá-lo, enfim padronização de todas as condutas e marcação de encontro com todo o grupo de 4 em 4 dias e individualmente ou por telefone, sempre que houver necessidade.

Os Agentes Comunitários de Saúde, responsáveis pelos conglomerados incluídos no estudo foram convidados para participar desse momento, contribuindo na identificação dos endereços a serem visitados.

7. INSTRUÇÕES SOBRE AS ENTREVISTAS:

- 7.1.** Estar bem familiarizado com as questões antes de aplicá-las.
- 7.2.** Antes de iniciar a entrevista, o (a) entrevistador (a), deverá apresentar-se, e depois explicar os objetivos da pesquisa.
- 7.3.** Algumas pessoas se sentem estimuladas a falar de aspectos fora do contexto da pesquisa. Nesse caso, ouvir com a maior neutralidade possível, evitando de forma discreta o prolongamento desse tipo de diálogo.
- 7.4.** Aceitar a opinião do entrevistado seja ela qual for, não emitindo as próprias opiniões, antes do final da entrevista.
- 7.5.** Considerando os aspectos éticos da pesquisa (do ponto de vista de contribuição), ao encontrar um cartão com vacinas em atraso, proceder à orientação sobre a necessidade de atualizá-lo e conseqüências do atraso.
- 7.6.** Revisar atentamente o preenchimento dos instrumentos.
- 7.7.** Agradecer a participação do adolescente e responsável.

APÊNDICE D – Registro fotográfico do treinamento com os pesquisadores de campo





APÊNDICE E – Carta de Apresentação

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Ilmo(a).Sr (a).

MD. Diretor (a) da Unidade Saúde da Família

Senhor (a) diretor (a), apresento a V.Sa. a aluna Ayla Maria Calixto de Carvalho, do Curso de mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, regularmente matriculada nesta instituição de ensino de pesquisa e pós-graduação, que realizará uma pesquisa intitulada “ANÁLISE DOS FATORES DETERMINANTES DA COBERTURA VACINAL CONTRA HEPATITE B EM ADOLESCENTES.”, sob a minha orientação e cujos sujeitos a serem entrevistados deverão ser adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família.

Os adolescentes, que consentirem em participar do estudo, após serem informadas sobre o mesmo, assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 196/96, e serão entrevistadas em suas residências.

A pesquisa a ser realizada trata-se de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem. A coleta de dados deverá ser entre janeiro a abril/2008. Para tanto solicito a V.Sa. autorização para que a referida aluna possa ter acesso às dependências da referida Instituição e definir com as Equipes da Estratégia Saúde da Família, os adolescentes que serão convidados a participar do estudo. Em oportuno informo a V. Sa, que o presidente da Fundação Municipal de Saúde já consentiu formalmente, que dados desta instituição sejam utilizados para fins deste estudo.

Na certeza de que ser prontamente atendida neste pleito, desde já agradeço.

Teresina (PI), ____ de _____ de _____.

Dr^a Telma Maria Evangelista de Araújo
Professora/Orientadora do Programa de Mestrado da UFPI

APÊNDICE F – Entrevista com os adolescentes



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM
FORMULÁRIO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

Área _____ Conglomerado Nº _____ Data ____/____/____ Nº []

Parte I - Caracterização sócio-econômica e demográfica

1. Qual é a sua Idade (anos) ? []
2. Sexo: 1.masc. 2. fem. []
3. Quantas pessoas residem na sua casa? []
4. Qual é a sua escolaridade (quantos anos de estudo)? []
5. Você atualmente é estudante ? 1. Sim; 2.Não []
6. (Caso sim), A escola em que você estuda é pública ou particular? []
1. Pública 2. Particular 3.outros _____
7. A sua casa é própria? []
1. Sim 2. Não 3. Outros _____
Quantos cômodos tem sua casa? _____ []
8. Qual é a renda da sua família? (mensal/em reais) []
9. Você trabalha fora de casa? 1. Sim 2. Não []
- 10.(Caso sim), Qual o tipo de trabalho? _____
- 11.Você tem renda pessoal ? 1. Sim 2. Não []
- 12.(Caso sim), qual é a sua renda mensal? (em reais) []
- 13.A sua família ou você possui algum meio de transporte?
1. Sim 2. Não []
14. (caso sim) Qual(is) o(s) transporte(s)? _____

15. Com quem você mora ? 1. com os pais; 2. com o companheiro; []
 3. com amigos; 4. com avós; 5. sozinho
16. Você tem filho? 1. Sim; 2. Não []

Parte II - Acesso a Serviços de Saúde

1. Você já foi ao serviço de saúde no período da adolescência (de 10 a 19 anos)
 1. Sim; 2. Não []
2. (Caso sim), Qual foi o serviço de saúde que você procurou?
 1. Público 2. Privado 3. Outros _____ []
3. Quando foi que você procurou o serviço de saúde? []
 1. menos de um ano; 2. 1 a 2 anos; 3. 3 ou mais anos. 4. Não se aplica
3. (Caso tenha procurado algum serviço de saúde, qual foi o motivo que o levou a procurar? []
 1. consulta de rotina; 2. vacinação; 3. planejamento familiar; 5. doença,
 6. outro _____
4. Como você avalia o atendimento no serviço de saúde? []
 1. ruim; 2. bom; 3. ótimo 4. Não tem opinião sobre o serviço.
5. Você recebeu informações sobre as vacinas, quando foi ao serviço de saúde?
 1. Sim; 2. Não []
6. Você sabe onde funciona o serviço de vacinação? 1. Sim; 2. Não []
7. O horário do serviço é adequado para suas necessidades? []
 1. Sim 2. Não

Parte III - Cartão de Vacina

1. Você conhece o calendário de vacina do adolescente? 1. Sim; 2. Não []
2. Quais as vacinas que conhece? _____ []
3. Você possui cartão de vacina? 1. Sim; 2. Não []
4. (Caso não) quais os motivos: []
 1. Nunca foi vacinado 2. Perdeu o cartão 3. deixou na escola
 4. Deixou em outra casa 5. Outros _____
5. (Caso sim), você pode me mostrar para eu verificar as vacinas que você já tomou? 1. Sim 2. Não []

VTV	HEP-B/dose	FA/dose	dT/dose	OUTRAS
1 ^a	1.	1.	1.	
REF	2.	REF.	2.	
	3.		3.	
			REF.	

Registrar as vacinas/doses/datas nos espaços acima.

6. A(s) vacina (s) que você tomou protege contra quais doenças?

7. Você sente medo, quando precisa tomar vacina? 1.Sim; 2.Não

[]

8. (Caso sim), tem medo do que? _____

ANEXO

ANEXO B: Parecer do Comitê de Ética



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, Brasil CEP 64049-550
Telefones: (86) 3215-5734 Fax (86) 3215 5560
e-mail: cep.ufpi@ufpi.br

PARECER

Parecer Nº. 32/08

Pesquisador (a) Responsável: Ayla Maria Calixto de Carvalho

Demais Pesquisadores: Telma Maria Evangelista de Araújo

CAAE Nº.: 0032.045.000-08

Instituição onde será desenvolvido: Universidade Federal do Piauí

Instituição onde os dados serão coletados: com equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família)

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí analisou na sessão do dia 28/01/2008 o projeto de pesquisa: "ANÁLISE DOS FATORES DE DETERMINANTES DA BAIXA COBERTURA VACINAL CONTRA HEPATITE B EM ADOLESCENTES".

Mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como APROVADO, pois o mesmo preenche os requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio, a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Teresina, 28 de Janeiro de 2008

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Ferraz Mendes'.

Profa. Dra. Regina Ferraz Mendes
Coordenadora do CEP-UFPI

ANEXO C: Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa da Instituição

MEMO/CAA/Nº13/2008

Teresina, 18 de janeiro de 2008

Da: Coordenação de Ações Assistenciais
Para: Coordenação Regional de Saúde Centro/Norte

Apresentamos Ayla Maria Calixto de Carvalho, que realizará a pesquisa "**Análise de fatores determinantes da baixa cobertura vacinal contra hepatite B em adolescentes**".

Após a conclusão da pesquisa, deverá ser apresentado um relatório à Presidência da FMS, pela pesquisadora.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Amariles de Souza Borba".

Amariles de Souza Borba

COORDENADORA DE AÇÕES ASSISTENCIAIS

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)