



**Programa de Valorização da Atenção Básica**

**Pedro Henrique Barros Mendes**

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ADEQUAÇÃO DA COBERTURA VACINAL  
CONTRA O HPV REALIZADO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA JARDIM ROMA - NOVA  
IGUAÇU/ RJ

**Nova Iguaçu - RJ**

**2016**

**Pedro Henrique Barros Mendes**

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ADEQUAÇÃO DA COBERTURA VACINAL  
CONTRA O HPV REALIZADO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA JARDIM ROMA – NOVA  
IGUAÇU/ RJ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Programa de Valorização do Profissional da  
Atenção Básica – PROVAB, como requisito  
para conclusão no Curso de Especialização em  
Saúde da Família.

**Orientador(a):** Paulo Apratto

**Nova Iguaçu - RJ**

**2016**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse projeto de intervenção aos funcionários da Clínica da Saúde da Família Jardim Roma, que foram muito prestativos a todas as minhas solicitações. Certeza que vou levar vocês no meu coração. Obrigado pela paciência e amizade.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço à Deus pela saúde e por estar sempre ao meu lado nas condutas, guiando-me pelo caminho do bem e me tornando meio de cuidado. Ao meu pai, gratidão eterna é o que sinto, sem ele nada disso seria possível. À minha mãe, obrigado pela confiança e tudo que fez por mim durante esse primeiro como médico da família. À minha irmã querida, sou grato pelo carinho e amor inigualável. Ao meu sobrinho, ainda à caminho, certeza que todas minhas realizações serão conquistas nossas, já te amo desde o ventre. À minha amiga, enfermeira, Jennifer, certeza que seu conhecimento e sua intensa dedicação em ajudar foram fundamentais para a conclusão desse projeto. Por fim, um muito obrigado aos médicos, tutores, pacientes e amigos que direta ou indiretamente me ajudaram a chegar até aqui.

**“A mente que se abre para uma nova idéia  
jamais voltará ao seu tamanho original”**

**Albert Einstein**

## RESUMO

A infecção por subtipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV) é responsável por cerca de 70% dos cânceres cervicais. Este câncer é responsável pela morte de cerca de 265 mil mulheres por ano no mundo, o que torna o HPV um grande problema para a saúde pública. A prevenção do câncer de colo do útero é uma das ações prioritárias de intervenção como consta no Pacto pela Vida. Por esse motivo, o Sistema Único de Saúde (SUS) incluiu a vacina contra o HPV no calendário universal de imunização, visando à redução da incidência e mortalidade de câncer de colo de útero a médio e longo prazo. Trata-se de um projeto de intervenção cujo objetivo foi adequar a cobertura vacinal da vacina contra o HPV na população do sexo feminino de 11 a 13 anos na Clínica da Família Jardim Roma, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, no ano de 2015. Com esse projeto esperou-se administrar a vacina anti-HPV na população-alvo conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Foi observado uma redução na cobertura vacinal de 78,8% para 75%, entre a 1ª dose de 2014 e 2015. A taxa de abandono entre os anos diminuiu de 62,4% para 24,6%, sendo ainda considerada elevada.

**Palavras-chave:** câncer de colo de útero; prevenção de câncer de colo uterino; cobertura vacinal; Papilomavírus Humano.

## **ABSTRACT**

The infection with oncogenic subtypes of the Human Papillomavirus (HPV) is responsible for about 70% of cervical cancers. This cancer is responsible for the deaths of about 265,000 women worldwide each year, which makes HPV a major problem for public health. Prevention of cervical cancer is one of the priorities of intervention as part of the Pact for Life. Therefore, the National Unified Health System (SUS) included the HPV vaccine in the universal immunization schedule in order to reduce the incidence and mortality of cervical cancer in the medium and long term. It is an intervention project aimed to adapt the vaccination coverage of the HPV vaccine on female population 11-13 years old at the Family Clinic Jardim Roma, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, in 2015. With this project was expected to administer the anti-HPV vaccine in the target population as recommended by the Ministry of Health (MS). A reduction in vaccination coverage of 78.8% to 75% between the first dose in 2014 and 2015 was observed. But, the dropout rate between the years decreased from 62.4% to 24.6%, nevertheless is still considered high.

**Keywords:** cancer; cervix uteri; cervix neoplasms prevention; immunization coverage; Papillomaviridae.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Pág.

Figura 1 – Mapa de adesão ao Pacto pela Vida na Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2011.....	21
Figura 2 – Distribuição da população por sexo, segundo faixas etárias, Nova Iguaçu, RJ, 2010.....	22
Figura 3 – Distribuição de estabelecimentos de saúde públicos e privados, Nova Iguaçu, 2015.....	23
Figura 4 – Mapa de bairros da cidade de Nova Iguaçu e foto da fachada da Clínica da Família Jardim Roma, 2015.....	24
Figura 5 – Foto da fachada da Clínica da Família Jardim Roma, 2015.....	24



**LISTA DE TABELAS**

**Pág.**

Tabela 1- Cobertura vacinal na população do sexo feminino, faixa etária de 9 a 13 anos, na CSF Jardim Roma, Nova Iguaçu, 2014 e 2015..... 31

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário em Saúde

Anti-HPV – vacina anti-Papilomavírus Humano

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

DATASUS – Base de dados do SUS

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HPV – Papilomavírus Humano

IARC – International Agency for Research on Cancer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNI – Programa Nacional de Imunização

RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional

SI – Sistema de Informação

SI-PNI – Sistema de Informação- Programa Nacional de Imunização

SUS – Sistema Único de Saúde

TAG – Grupo Técnico Assessor de Imunizações

TCE-RJ – Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

Pág.

1-	INTRODUÇÃO .....	12
2-	PROBLEMA .....	14
3-	JUSTIFICATIVA .....	15
4-	OBJETIVOS .....	17
	4.1- Objetivo Geral .....	17
	4.2- Objetivos Específicos .....	17
5-	REVISÃO DE LITERATURA .....	18
6-	METODOLOGIA .....	22
	6.1- População de estudo .....	22
	6.2- Tipo de estudo .....	24
	6.3- Coleta e análise dos dados .....	25
7-	CRONOGRAMA .....	26
8-	RECURSOS NECESSÁRIOS .....	27
9-	RESULTADOS ESPERADOS .....	28
10-	REFERÊNCIAS .....	32

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero ainda é um importante problema de saúde pública, um dos principais responsáveis pela mortalidade no sexo feminino, particularmente nas regiões mais pobres do mundo, apesar de programas para detecção precoce com base no exame de Papanicolaou terem sido propostos há mais de 50 anos (Althuis et al., 2005; Fonseca et al., 2004). A cada ano surgem 15 mil novos casos e, destas, 5 mil mulheres morrem por ano (INCA, 2015).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada dez pessoas estão infectadas pelo HPV, e trata-se de um vírus reconhecidamente causador do câncer de colo de útero, além de estar relacionado a vários outros tipos de câncer (OMS, 2012).

A detecção precoce de lesões precursoras com o uso do exame de Papanicolaou é a principal estratégia de combate dessa neoplasia. Porém, mesmo o rastreamento populacional (diferente do oportunístico que é a realizado no Brasil) não afeta a incidência de infecção pelo HPV, e as lesões necessitam de acompanhamento cuidadoso e tratamento (Araújo et al., 2013).

Diante disso, a prevenção primária do HPV compreende além do tratamento e da remoção das verrugas via cauterização, a mitigação do contágio desse vírus, por meio do uso de métodos de barreiras nas relações sexuais, dos cuidados higiênicos e da utilização das vacinas bivalente e quadrivalente.

Vale ressaltar, a propósito da prevenção dos agravos associados ao HPV, a questão da persistência e do progresso da infecção, ao lado da possibilidade de reincidência, que evidencia a importância do diagnóstico precoce (Costa e Goldenberg, 2013).

A vacina não é terapêutica nem eficaz em mulheres previamente infectadas à vacinação, o que reforça a relevância da administração na pré-adolescência e adolescência. Mulheres com idade superior e sexualmente ativas podem até se beneficiar apenas para a proteção contra os subtipos que ainda não tenham sido adquiridos (Araújo et al., 2013).

Atualmente, encontram-se comercialmente disponíveis duas vacinas para utilização, a vacina bivalente, que protege contra os subtipos virais 16 e 18 (oncogênicos), e a quadrivalente, que oferece proteção contra os tipos 6 e 11, 16 e 18, que protegeria adicionalmente contra condilomas anogenitais associados à infecção pelos subtipos 6 e 11 (Araújo et al., 2013). Em 2014, o Ministério da Saúde do Brasil incluiu a vacina quadrivalente no Programa Nacional de Imunização para adolescentes de 11 a 13 anos.

Contudo, para obtenção de “imunidade coletiva ou de rebanho”, isto é, reduzindo a transmissão mesmo entre as pessoas não vacinadas, torna-se necessária uma cobertura vacinal de 80%. Sendo estabelecido este percentual como meta pelo MS (Brasil, 2013).

## 2. PROBLEMA

Dados do MS (2015) afirmam que até agosto de 2015, 2,5 milhões de meninas de 9 a 11 anos foram vacinadas contra o HPV. O que representa 50,4% do público-alvo, do total de 4,9 milhões de meninas nessa faixa etária. No ano anterior, quando o imunobiológico passou a ser disponibilizado e administrado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 100% do público estimado foi vacinado com a primeira dose, alcançando 5 milhões de meninas de 11 a 13 anos. Contudo em 2014, apenas 3 milhões destas meninas retornaram às unidades de saúde para administração da segunda dose, o que representa cerca de 60% da população-alvo (Datasus, 2015).

A meta do Ministério da Saúde é vacinar ao menos 80% do público-alvo, pois o impacto da vacinação em termos de saúde coletiva será obtido ao atingir este percentual de cobertura vacinal, gerando uma “imunidade coletiva ou de rebanho”, ou seja, reduzindo a transmissão mesmo entre as pessoas não vacinadas.

As vacinas consistem em tecnologias consideradas prioritárias para a saúde das populações, sendo a vacina contra o HPV um caso particularmente interessante, visto que é uma medida profilática contra infecção persistente de sorotipos de HPV, reconhecidamente associados ao desenvolvimento do câncer de colo uterino (causa necessária, mas não suficiente) (Anvisa, 2011).

A vacina contra HPV, quando combinada aos métodos de rastreamento tradicionais, é custo-efetiva. De acordo com os dados da Anvisa (2011), um substancial incremento no orçamento do PNI/MS foi introduzido, uma vez que a vacina contra o HPV no sistema de saúde comprometeria mais de 25% do orçamento anterior ao programa (Anvisa, 2011).

Contudo, além do custo da vacina elevado, a maioria das análises não leva em conta as dificuldades de execução dos programas de rastreamento do câncer, que devem ser realizados concomitantemente. E, a implantação de um programa de imunização universal em meninas pré-adolescentes nos sistemas de saúde depende de questões culturais e sociais, como a adesão familiar, as ações e as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, o apoio de instituições como escolas e igrejas.

Diante disso, foi realizado um levantamento preliminar acerca das doses da vacina anti-HPV realizadas desde a inauguração da clínica (julho de 2014) até a entrega deste documento (dezembro de 2015), com intuito de verificar a cobertura vacinal e adesão das adolescentes cadastradas na CSF Jardim Roma.

O panorama inicial sugeriu cobertura atípica em 2014 e baixa em 2015. Além de taxa de abandono elevada, acima de 10%, como classificada pelo PNI. O projeto de intervenção consistiu na implantação de ações visando a captação das adolescentes na faixa etária preconizada, sendo estas cadastradas da distinta clínica. Dentre estas, podemos relatar a distribuição de panfletos nos domicílios pelos agentes comunitários em Saúde (ACS); a busca ativa das adolescentes nos domicílios; captação oportunística, devido a visitas ou consultas na CSF por outras queixas, aproveitando-se o espaço para orientação familiar e convite à vacinação das adolescentes durante a anamnese; e a confecção e fixação de cartaz convidando às famílias a vacinação na entrada da unidade.

### 3. JUSTIFICATIVA

Um estudo conduzido no Brasil, em 2007, estimou que alcançando a imunização contra o HPV de 70% das adolescentes menores de 12 anos, associado à realização de ao menos três exames de Papanicolaou em mulheres na faixa etária entre 35 e 45 anos, preveniria 100.000 novos casos de câncer invasor, reduzindo o risco de câncer na vida das mulheres em 61% (Brasil, 2013).

Considerando que o HPV é condição necessária para o câncer do colo do útero, mas não suficiente, a vacinação contra o vírus representa potencial para redução de lesões precursoras e da carga da doença em longo prazo.

Soma-se a este cenário, o fato da cidade de Nova Iguaçu ter aderido ao Pacto pela Saúde, que engloba o Pacto pela Vida, uma diretriz do Ministério da Saúde que define as prioridades para o SUS que devem ser seguidas pelos três níveis de governo. A agenda de atividades prioritárias busca a atenção integral da população, dentre as quais, ao controle do câncer de colo de útero e de mama, ao fortalecimento da atenção básica e à promoção da saúde.

As atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar da CSF devem se pautar na identificação dos problemas de saúde prevalentes, tendo como referência o perfil epidemiológico, demográfico e social da população. O levantamento de dados realizado nos registros de vacinação da unidade demonstrou que a cobertura vacinal anti-HPV está divergente do preconizado pelo MS, acima no ano de 2014 e abaixo, em 2015.

Sendo assim, a falta de alcance da faixa etária preconizada e, conseqüentemente, a baixa eficácia em longo prazo na redução da incidência e mortalidade de câncer de colo de útero aumenta consideravelmente .

Diante do exposto, esse projeto de intervenção se justifica pela alta prevalência do câncer de colo de útero, bem como sua mortalidade, além da adequação da imunização das adolescentes a fim de administrar as doses na população-alvo (faixa etária preconizada pelo MS) e de mitigar os custos elevados com o programa, tornando-o mais custo-efetivo.



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Aumentar a cobertura vacinal das adolescentes com idade entre 9 e 13 anos completos, adscritas na Clínica da Família Jardim Roma preconizado pelo Ministério da Saúde.

### **4.2 Objetivo Específico**

- ✓ Analisar a cobertura vacinal contra o HPV na população adscrita atendida na Clínica da Família Jardim Roma;
- ✓ Desenvolver mecanismos de captação do público-alvo na faixa etária preconizada pelo MS cadastrado na CSF Jardim Roma;
- ✓ Alcançar a cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde de ao menos 80%.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

O câncer de colo de útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Esse processo é progressivo podendo ocorrer em 10 ou 20 anos culminando no câncer, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Ou seja, consiste em uma doença de progressão lenta e com longa fase assintomática (Silveira, 2005).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, no Brasil, em 2014, foram estimados 15.590 novos casos, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2014). Em 2013, esta neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,86 óbitos para cada 100 mil mulheres (OMS, 2012).

As estimativas para o Brasil, em 2015, é que ocorram aproximadamente 395 mil casos novos de câncer, sem considerar os casos de câncer de pele, destes 190 mil serão no sexo feminino, e 15 mil serão no colo do útero (Peres, 2015).

Entretanto, é considerado um dos tipos de câncer com maior potencial de prevenção e cura, uma vez que existem mecanismos efetivos de controle e cura em 100% dos casos ainda em fase inicial. Está associado à infecção persistente por alguns subtipos do Papilomavírus Humano (HPV), principalmente o HPV 16 e o HPV 18, responsáveis por 70% dos cânceres cervicais (INCA, 2014).

O Papilomavírus Humano (HPV) é um vírus que causa infecções abrasivas no epitélio escamoso queratinizado, ou seja, lesões na pele, e é também causador de infecções no tecido não queratinizado, como a mucosa da boca, conjuntiva, vagina, pênis, cérvix e reto (Santos, 2002).

A contaminação pelo vírus do HPV pode ser sexual, não sexual (familiar ou nosocomial por fômites) ou materno-fetal, podendo ser gestacional, intra e periparto. A infecção viral apresenta-se de formas clínica, subclínica ou latente. Diante dessas formas apresentadas, o tratamento do HPV pode ser realizado através de métodos diversificados, cada um com suas limitações e com variáveis graus de eficácia e aceitabilidade por parte do paciente assistido (Carvalho e Oyakawa, 2000).

Na forma de contágio sexual é a doença sexualmente transmissível (DST) viral mais frequente na população sexualmente ativa, principalmente em mulheres por serem mais suscetíveis à doença. Estima-se que aproximadamente 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo da vida. Contudo, o câncer pode ser considerado um evento raro, visto que na maioria dos casos, a infecção é transitória, regredindo espontaneamente entre seis meses e dois anos após a exposição (INCA, 2014).

O HPV é dividido em dois grupos, conforme seu potencial de oncogenicidade, as lesões cancerígenas (alto risco) e verrugas genitais (baixo risco). Existem mais de 150 tipos virais do HPV, onde aproximadamente 35 são encontrados no trato ano-genital. O Papilomavírus Humano é um tipo viral de DNA (ácido desoxirribonucleico), que conforme a sequência genética do DNA ele é descrito como, HPV 1, HPV 2, HPV 3 e assim por diante (Santos, 2002). Os tipos virais HPV 6 e 11 estão comumente associados às lesões verrugosas (condiloma acuminado) e os tipos HPV 16 e 18 são mais relacionados às lesões malignas (cancerígenas).

Logo, a prevenção é uma estratégia para o controle da transmissão viral que se fundamenta à diminuição do risco de contágio do HPV, que é parcialmente realizada por meio do uso de preservativos durante a relação sexual com penetração, que também pode ocorrer por intermédio do contato com a pele da vulva, a região perineal, a perianal e a bolsa escrotal (Brasil, 2013).

A busca pelo diagnóstico precoce através do exame de colpocitológico, popularmente conhecido como Exame de Papanicolau, que possibilita a detecção de lesões causadas pela infecção do vírus Papilomavírus Humano, mas que só é possível um diagnóstico viral preciso, através de técnicas específicas.

Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) ampliou o Calendário Nacional de Vacinação, introduzindo a imunização anti-HPV, como mais uma forma de prevenção primária à infecção deste vírus. Pressupondo que as adolescentes pertencentes à faixa etária de 9 a 13 anos não tiveram atividade sexual, com a não exposição ao vírus e, conseqüentemente, conferindo maior eficácia da vacina, induzindo a maior produção de anticorpos, cerca de dez vezes maior, comparada às respostas de infecções naturalmente adquiridas.

Atualmente no Brasil há duas vacinas disponíveis: a bivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 e os tipos oncogênicos 16 e 18. Ambas são eficazes contra as lesões precursoras do câncer do colo do útero ocasionadas pelos tipos virais presentes na vacina, reduzindo a carga da doença, e tem maior evidência de proteção e indicação se utilizadas antes do contato com o vírus (Brasil, 2013).

O MS adotou uma imunização progressiva, iniciando a campanha em 2014 incluindo adolescentes de 11 a 13 anos, 11 meses e 29 dias. A vacina ficou disponível durante todo o ano. Em 2015, o público alvo foram as adolescentes na faixa etária compreendida entre 9 e 11 anos, 11 meses e 29 dias. A partir de 2016, a vacinação deve contemplar as adolescentes com 9 anos de idade.

A vacina deve ser administrada pela via intramuscular, em dose de 0,5 ml, preferencialmente na região do deltoide e conservada em temperatura entre +2°C e +8°C e não devendo ser congelada (Datusus, 2015a).

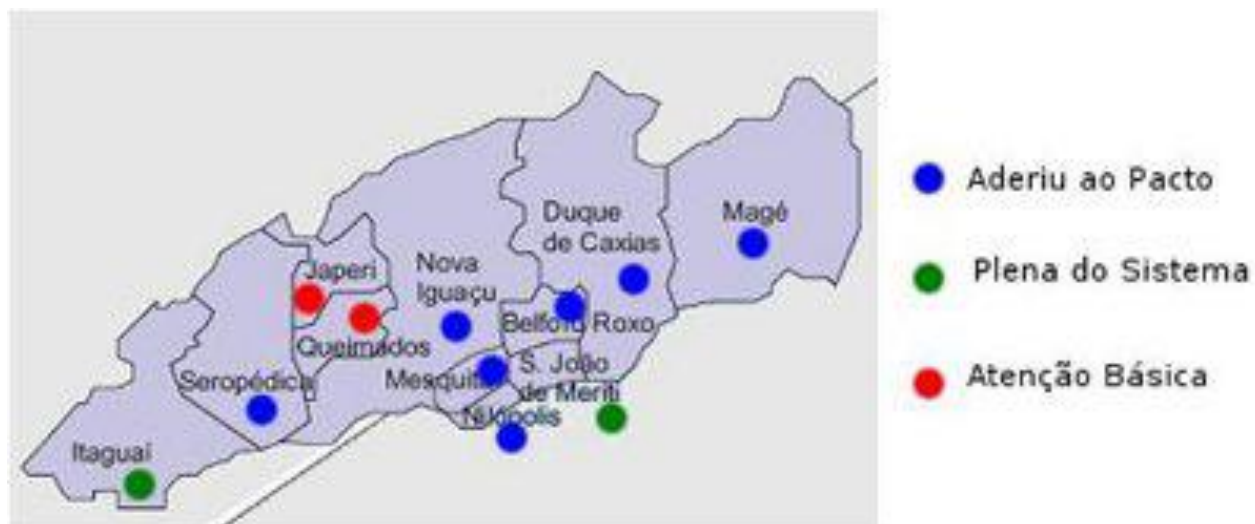
O Ministério da Saúde adotou o esquema vacinal estendido, de três doses, aplicadas em intervalos de 0, 6 meses e 60 meses. Neste esquema o intervalo entre a primeira e a segunda dose é de seis meses, entre a segunda e terceira, cinquenta e quatro meses e entre a primeira e a terceira dose, intervalo de sessenta meses. Esta decisão foi tomada a partir da recomendação do Grupo Técnico Assessor de Imunizações da Organização Pan-Americana de Saúde (TAG/OPAS), após aprovação pelo Comitê Técnico de Imunizações do PNI.

No entanto, a vacinação contra o vírus não substitui o rastreamento pelo exame de Papanicolaou, também conhecido como preventivo. Uma vez que a vacina não protege contra os outros subtipos virais oncogênicos, cerca de 30% casos de colo de útero (Brasil, 2013).

No que tange à legislação brasileira, a partir de 2006, foi implantado o Pacto pela Saúde, que engloba o Pacto pela vida que define as prioridades para o SUS que os três níveis de governo devem perseguir, com metas e indicadores para avaliação anual. A agenda de atividades prioritárias busca ações voltadas ao controle do câncer de colo de útero e de mama; ao fortalecimento da atenção básica; à promoção da saúde; entre outras (Brasil, 2006).

O município de Nova Iguaçu aderiu ao Pacto pela Vida conforme a figura 1, demonstrando a importância da implantação das medidas supracitadas para a população local.

Figura 1 – Mapa de adesão ao Pacto pela Vida na Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2011.



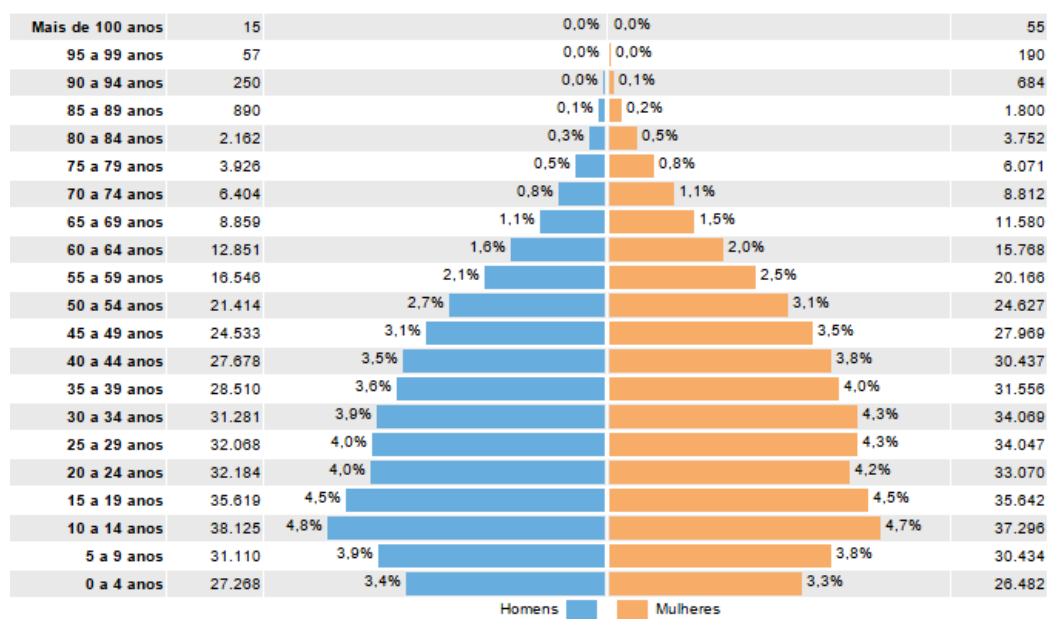
Fonte: TCE-RJ, 2011.

## 6. METODOLOGIA

### 6.1 População de estudo

A cidade de Nova Iguaçu pertence à Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro. De acordo com o Censo 2010 (IBGE, 2015) a população era de 796.257 habitantes, sendo estimada para o ano de 2015, 807.492 habitantes. Em relação a distribuição por sexo, a cidade apresenta 92,1 homens para 100 mulheres. Por faixa etária, percebemos conforme a figura 2 que a nossa população de estudo consiste na faixa com maior percentual, 4,7% da população do sexo feminino se encontra na faixa entre 10 e 14 anos.

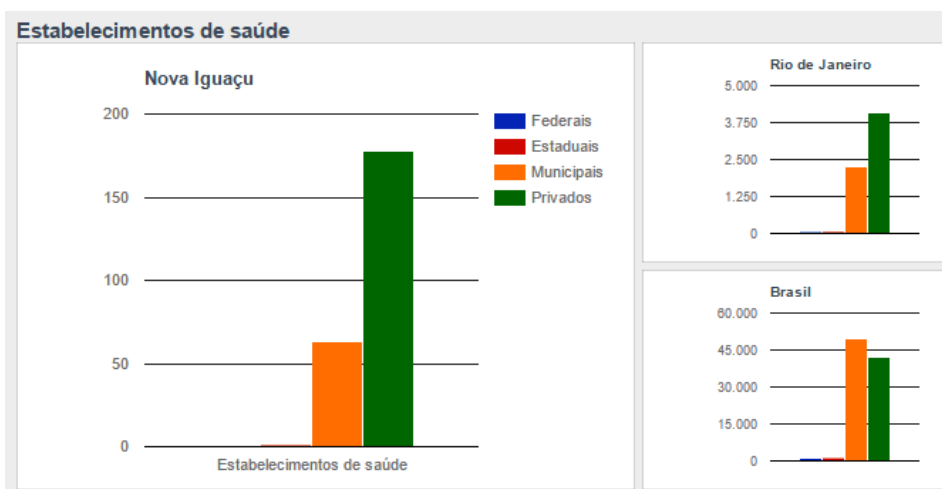
Figura 2 – Distribuição da população por sexo, segundo faixas etárias, Nova Iguaçu, RJ, 2010.



Fonte: IBGE, 2015.

Em relação aos serviços de saúde, Nova Iguaçu conta com 1 centro de saúde estadual, 63 municipais e 178 unidades privadas (Figura 3). A vacinação foi disponibilizada em todas as unidades públicas municipais de saúde (SMSNI, 2014).

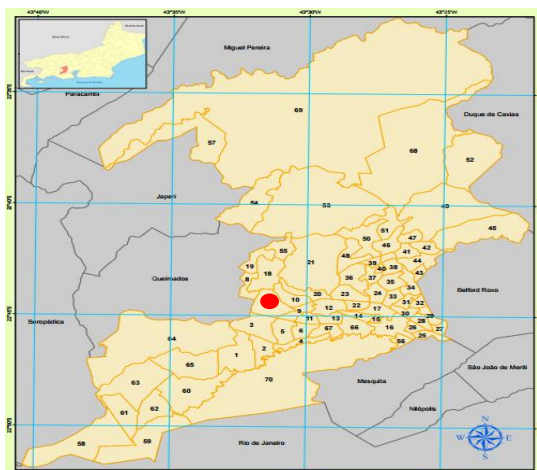
Figura 3 – Distribuição de estabelecimentos de saúde públicos e privados, Nova Iguaçu, 2015.



Fonte: IBGE, 2015.

Localizado no bairro de Riachão (Figura 4), a Clínica de Saúde da Família Jardim Roma foi inaugurada em 26 de julho de 2014, composta por duas equipes. Possui uma população cadastrada de 6200 usuários, em consonância a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012).

Figura 4 – Mapa de bairros da cidade de Nova Iguaçu, mostrando a localização da Clínica da Saúde da Família Jardim Roma.



Fonte: Prefeitura de Nova Iguaçu, 2015.

Figura 5 – Foto da fachada da Clínica da Família Jardim Roma, 2015.



Fonte: Prefeitura de Nova Iguaçu, 2015.



## **6.2 Tipo de estudo**

Trata-se de um projeto de intervenção, tal como proposto, deve ser compreendido e desenvolvido como ação conjunta, partilhada entre a equipe da ESF e a comunidade. Logo, não se trata da elaboração de um projeto para a execução posterior por outrem. Mas sim, de um projeto que desde sua elaboração e desenvolvimento, ocorre na e para a família/comunidade.

Segundo Thiollent (2005), o projeto de intervenção se pauta no conceito de pesquisa-ação, isto é, um tipo de “pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

Segundo Contandriopoulos e colaboradores (1997), “uma intervenção é caracterizada por seis componentes: objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades, efeitos e contexto preciso de um dado momento”.

Sendo assim, o objetivo deste tipo de pesquisa tange a resolução ou a elucidação dos problemas da situação observada. Os pesquisadores desempenham um papel ativo na resolução do problema alvo de intervenção, no acompanhamento e na avaliação das ações desenvolvidas para sua realização.

## **6.3 Coleta e análise de dados**

Este estudo foi realizado no período de julho a dezembro de 2015, na Clínica da Família Jardim Roma, localizada no município de Nova Iguaçu. A utilização de dados secundários de diversas fontes como INCA, IBGE, DATASUS, propiciou a produção de conhecimento a partir de dados dispersos nestas fontes. O levantamento e a coleta de dados foram realizados pelo pesquisador e, os mesmos foram submetidos à análise descritiva e estatística.

As informações das doses de vacinas contra o HPV administradas foram extraídas do livro de registro de imunizações da CSF Jardim Roma e os prontuários das famílias, referentes aos anos de 2014 e 2015.

A cobertura vacinal foi calculada considerando-se no numerador o quantitativo de doses aplicadas na população-alvo, e o denominador foi composto pelo número de meninas de 9 a 13 anos correspondente às estimativas da população residente cadastradas na ESF, multiplicando por cem (Datusus, 2015b). Logo, neste estudo, a cobertura vacinal foi definida como o percentual da população-alvo que recebeu a primeira e a segunda dose da vacina contra o HPV.

A adesão do usuário ao programa de imunização pode ser medida através do cálculo da taxa de abandono, o qual é aplicado para vacinas de esquemas multidoses, dividindo-se a diferença entre o número de primeiras doses e o número de segundas doses administradas, pelo total de primeiras doses, multiplicando-se por cem. De acordo com os parâmetros estabelecidos pelo PNI, consideram-se as taxas de abandono baixas (aquelas inferiores a 5%), médias (aquelas que são  $\geq 5\%$  e  $< 10\%$ ) e altas ( $\geq 10\%$ ).

## 7. CRONOGRAMA

<b>Atividades</b>	<b>Jul 2015</b>	<b>Ago 2015</b>	<b>Set 2015</b>	<b>Out 2015</b>	<b>Nov 2015</b>	<b>Dez 2015</b>	<b>Jan 2016</b>
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	
Diagnóstico do problema	X	X					
Elaboração do Projeto		X					
Intervenção na comunidade		X	X				
Tabulação de dados				X			
Análise de dados				X			
Interpretação dos dados				X	X		
Elaboração do relatório					X	X	
Entrega do relatório							X

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

## 8. RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos	Jul 2015	Ago 2015	Set 2015	Out 2015	Nov 2015	Dez 2015	Jan 2016
<b>Humanos</b>							
Gestor da Clínica	X	X	X	X	X	X	
Enfermeiros e técnicos	X	X	X	X	X	X	
Agentes Comunitários	X	X	X	X	X	X	
Professores / Pedagogos	X	X	X	X	X	X	
Pesquisador	X	X	X	X	X	X	X
<b>Materiais Permanentes</b>							
Ar condicionado	X	X	X	X	X	X	X
Mesa	X	X	X	X	X	X	X
Cadeiras	X	X	X	X	X	X	X
Computador	X	X	X	X	X	X	X
Telefone	X	X	X	X	X	X	
Rede de Frio	X	X	X	X	X	X	
Isopor	X	X	X	X	X	X	
Termômetro	X	X	X	X	X	X	
<b>Materiais de Consumo</b>							
Canetas	X	X	X	X	X	X	
Formulários	X	X	X	X	X	X	
Caderneta de vacinação	X	X	X	X	X	X	
Seringas descartáveis	X	X	X	X	X	X	
Álcool 70%	X	X	X	X	X	X	
Algodão	X	X	X	X	X	X	
Luvas descartáveis	X	X	X	X	X	X	
Imunobiológicos Gardasil®	X	X	X	X	X	X	
Diluentes	X	X	X	X	X	X	
<b>Financeiros</b>							
Internos	X	X	X	X	X	X	X

## 9. RESULTADOS ESPERADOS

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se pauta em uma assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população. As atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar da ESF devem se basear na identificação dos problemas de saúde prevalentes, tendo como referência o perfil epidemiológico, demográfico e social da população. Entre as competências das equipes inclui-se a assistência integral, incorporando como objetivo das ações à pessoa, ao meio ambiente e aos comportamentos interpessoais, tendo como ferramenta a visita domiciliar a fim de monitorar a situação de saúde das famílias.

O cenário observado na CSF Jardim Roma anterior ao projeto de intervenção contava com cobertura vacinal de 788% para a 1ª dose e 296% para a 2ª dose da vacina anti-HPV (tabela 1).

Tabela 1 – Cobertura vacinal na população do sexo feminino, faixa etária de 9 a 13 anos, na CSF Jardim Roma, Nova Iguaçu, 2014 e 2015.

Período/ Faixa etária	Pop. Cadastrada	1ª dose	Cobertura vacinal (%)	2ª dose	Cobertura vacinal (%)	Taxa de abandono (%)
<b>07/2014 a 02/2015</b>						
9-13 anos	25	197	788,0	74	296,0	62,4%
> 13 anos*	-	11	-	2		
<b>03/2015 a 12/ 2015</b>						
9-13 anos	76	57	75,0	43	56,6	24,6%
> 13 anos*	-	0	-	2	-	

\* Para a faixa etária > 13 anos a cobertura vacinal não foi calculada uma vez que não se dispõe da idade exata das vacinadas e, portanto, não se estabeleceu o total da população cadastrada na CSF Jardim Roma.

Acredita-se que esse número elevado se deve ao cadastramento da população residente na área de abrangência ser ainda parcial realizado pelas equipes de saúde da família, visto que a clínica foi inaugurada em julho de 2014, 4 meses após o início

da campanha pelo MS. Acrescenta-se a este fato, a repercussão da mídia em divulgar os benefícios da vacina, a distribuição gratuita e a migração de adolescentes fora da área de abrangência ou fora da faixa etária, uma vez que a vacina pode ser administrada em mulheres até 26 anos.

Entretanto, mesmo em 2014, podemos observar uma diferença elevada entre a 1ª e a 2ª dose. Pois, seis meses após a primeira dose, o número de adolescentes vacinadas reduziu consideravelmente, devido a veiculação na mídia acerca dos efeitos adversos cuja repercussão foi nacional. Isto é, a taxa de abandono observada foi de 62,4% (tabela 1).

Ao analisarmos a cobertura vacinal foi possível observar aspectos importantes, que, segundo Teixeira e Rocha (2010), consiste em presença de cobertura vacinal atípica, no ano de 2014, apresentando valores extremos díspares que representam erros no registro de doses ou ainda a subenumeração ou sobre-enumeração das estimativas da população-alvo.

Sendo assim, este projeto de intervenção contou com a parceria das escolas do entorno, utilizando como espaço aberto às famílias e à comunidade para orientações acerca do imunobiológico, bem como para administração do mesmo. Outras ações foram implementadas para a captação das adolescentes, respeitando o protocolo preconizado pelo MS, como a distribuição de panfletos nos domicílios pelos agentes comunitários em Saúde (ACS); a busca ativa das adolescentes; captação oportunística, devido a visitas ou consultas na CSF por outras queixas, aproveitando-se o espaço para orientação familiar e convite à vacinação das adolescentes durante a anamnese; e a confecção e fixação de cartaz convidando às famílias a vacinação na entrada da unidade.

No ano de 2015, cobertura vacinal baixa, próxima da meta, mas ainda insuficientes para garantir o controle da doença, ou o estado atual de eliminação ou erradicação, predispondo à ocorrência de casos localizados com diferentes potenciais de localização. Foi observado uma pequena discrepância entre a adesão da primeira e segunda dose da vacina, sendo 75% e 56,6%, para a 1ª e 2ª dose, respectivamente. Vale ressaltar que neste ano, o público-alvo era distinto, adolescentes do sexo feminino de 9 a 11 anos.

Entretanto, acredita-se que muitas não haviam sido imunizadas no ano anterior devido ao cadastramento ainda parcial das famílias na CSF Jardim Roma. O que pode ter subestimado a frequência de vacinação. Observou-se ainda, a taxa de abandono bem inferior, de 24,6%, considerada elevada segundo os parâmetros estabelecidos pelo PNI.

A implantação deste projeto de intervenção na CSF Jardim Roma culminou na redução da população vacinada contra o HPV durante o período em que foram intensificadas as ações desenvolvidas para informar, orientar e estimular a realização da mesma, nas escolas e instituições apoiadoras.

O que não significa uma perda de cobertura real, uma vez que sabemos da imunização de mulheres fora da faixa etária preconizada, e da administração de vacinas em adolescentes pertencentes ao estrato etário adequado, mas fora da área de abrangência da CSF. Observamos ainda que a taxa de abandono foi também reduzida, o que implicou em maior vínculo entre a população e o profissional de saúde. Sugere ainda, êxito das medidas implementadas pelo projeto de intervenção, uma vez que a população que teve acesso às orientações ao serviço de saúde de modo geral, aderiu à imunização.

De acordo com Teixeira e Rocha (2010), as coberturas vacinais que oscilam em níveis acima dos parâmetros definidos como ideais, por vezes acima da meta, não representam a realidade, transmitindo uma falsa ideia de segurança quando em algumas situações, efetivamente, a população está desprotegida.

A análise da cobertura vacinal é relevante pois permite a identificação de possíveis falhas de cobertura, como por exemplo, falha na cobertura da atenção básica; falhas no registro de vacinação ou na alimentação dos sistemas de informação; recusa dos pais e até mesmo da adolescente; falhas na divulgação das informações; não resgate dos não vacinados; população-alvo subestimada ou superestimada, dentre outros aspectos. Algumas destas hipóteses foram apresentadas, no entanto sugere-se a realização de outros estudos para comprovação das mesmas.

Entre os anos de 2014 e 2015, a cidade de Nova Iguaçu foi contemplada com a expansão da ESF, ampliando em cerca de 20 novas CSF. A abertura destas unidades no entorno, associada à finalização do cadastramento da população e às orientações

em saúde voltadas para mães e adolescentes, pode ter contribuído para redução no número de administração de doses da vacina na CSF Jardim Roma.

Desta maneira, medidas educacionais em relação à saúde são primordiais e devem ser empregadas para que haja total esclarecimento acerca da infecção viral pelo HPV, além do incentivo à realização do exame de Papanicolaou para mulheres sexualmente ativas de 25 a 64 anos.

O trabalho da equipe continua, pois sabemos que ainda adolescentes que não compareceram à unidade para administração da vacina anti-HPV, talvez ainda por receio das mães ao que se referem os efeitos adversos ou à carência de informação acerca dos benefícios em longo prazo da imunização. A efetiva operacionalização da campanha de vacinação é de responsabilidade solidária com as instituições de ensino tendo em vista que estas atuam como ponto estratégico no alcance das metas da campanha. Por este motivo, estamos confiantes de que as ações propostas e executadas no projeto de intervenção devem ser mantidas e o mais breve possível, a cobertura vacinal alcançará 100% da população adscrita dentro da faixa etária preconizada pelo MS.

## 10. REFERÊNCIAS

1. Althuis MD, Dozier JM, Anderson WE et al. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1993-1997. *Int J Epidemiol* 2005; 34(2): 405-12.
2. Anvisa. Câncer de Colo de útero: A vacina para prevenção do HPV e o desafio para melhoria da qualidade do rastreamento no Brasil. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde* 2011; 17(VI): 1-16.
3. Araujo, Silvia Cristina Fonseca de; Caetano, Rosângela; Braga, Jose Ueleres; Costa e Silva, Frances Valéria. Eficácia das vacinas comercialmente disponíveis contra a infecção pelo papilomavírus em mulheres: revisão sistemática e metanálise. *Cadernos Saúde Pública*. 2013, vol.29, suppl.1, pp. s32-s44.
4. Brasil. Ministério da Saúde GM/Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação-geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico sobre a Vacina contra o Papilomavírus Humano (HPV) na Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da início à segunda dose da vacinação contra HPV. Portal Saúde, 2015. [acesso 25 out 2015]. Disponível em URL: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/09/saude-da-inicio-a-vacinacao-da-segunda-dose-contrahpv>
8. Carvalho JJM, Oyakawa NI. Consenso Brasileiro de HPV. 1. ed. São Paulo: BG editora e Produções culturais Ltda, 2000.
9. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A. (org.) Avaliação em Saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.



10. Costa, Larissa Aparecida; Goldenberg, Paulete. Papilomavírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. Saúde e Sociedade. 2013, vol.22, n.1, pp. 249-261.
11. Datasus a. Sistema de Informações. Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), 2014. [acesso em 12 dez 2015]. Disponível em URL: [http://pni.datasus.gov.br/consulta\\_hpv\\_14C08\\_Mun.php?uf=RJ](http://pni.datasus.gov.br/consulta_hpv_14C08_Mun.php?uf=RJ)
12. Datasus b. Sistema de Informações. Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), 2014. [acesso em 12 dez 2015]. Disponível em URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/cpnidescr.htm>
13. Fonseca LS, Ramaciotti AS, Eluf Neto J. Mortality trends from uterine cervical cancer in the city of São Paulo from 1980 to 1999. Cad Saude Publica 2004; 20(1): 136-42.
14. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ 2014. [acesso 07 nov 2015]. Disponível em URL: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=330350>
15. INCA. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar. (Brasil). Câncer de colo de útero. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em URL: [http://www2.INCA.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.INCA.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao)
16. Peres, Ana Cláudia. Sob o signo do câncer. RADIS, Rio de Janeiro, v. 155, p.16-21, ago. 2015.
17. Santos NSO, Romanos MTV, Wigg MD. Introdução a virologia Humana. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
18. Secretaria Geral de Planejamento. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Estudo socioeconômicos dos municípios do Estado do Rio de Janeiro: Nova Iguaçu, 2011.
19. Secretaria Municipal de Saúde. Blog Oficial. Prefeitura da cidade de Nova Iguaçu. [acesso em 5 dez 2015]. Disponível em URL: <http://saudenovaiguacu.com.br/jardim-roma-ganha-clinica-da-familia-no-sabado-26/>

20. Silveira, LA (Org.). Câncer ginecológico: diagnóstico e tratamento. Florianópolis: Ed.EFSC, 2005.
21. Thiollent, M. Metodologia da pesquisa-ação. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.
22. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Globocan, 2012. [acesso em 19 nov 2015]. Disponível em URL: <http://globocan.iarc.fr/>



Secretaria de  
Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde

Ministério  
da Saúde