

Cobertura vacinal e fatores relacionados à vacinação dos adolescentes residentes na área norte de Teresina/PI¹

Vaccine coverage and factors related to the vaccination of adolescents living in the north area of Teresina/PI

La cobertura de vacunación y factores relacionados con la vacunación de los adolescentes que viven en la zona norte de Teresina/PI

Telma Maria Evangelista de Araújo^I, Laís Carvalho de Sá^{II}, Andréia Alves de Sena Silva^{III}, Jéssica Pereira Costa^{IV}

^I Produzido a partir do relatório final PIBIC/CNPQ/UFPI 2008

^I Enfermagem. Doutora em Enfermagem em Saúde Coletiva. Professor Adjunto, Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina, PI, Brasil, E-mail: telmaevangelista@gmail.com.

^{II} Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem, UFPI. Bolsista PIBIC/CNPQ/UFPI. Teresina, PI, Brasil, E-mail: laiscarvalhodesa@hotmail.com.

^{III} Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem, UFPI. Teresina, PI, Brasil, E-mail: anddotisenna@hotmail.com.

^{IV} Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem, UFPI. Teresina, PI, Brasil, E-mail: jeskinhacosta@hotmail.com.

RESUMO

Atualmente, os adolescentes fazem parte dos grupos prioritários ao Programa Nacional de Imunização em virtude da elevada susceptibilidade a algumas doenças evitáveis por imunizantes e especialmente pela sua baixa cobertura vacinal necessária ao controle das doenças imunopreveníveis. A presente pesquisa objetivou verificar a cobertura vacinal dos adolescentes residentes na área norte de Teresina. Trata-se de um estudo transversal realizado por meio de inquérito domiciliar, com amostragem por conglomerado. Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2008, por meio de entrevistas, com 178 adolescentes residentes na área pesquisada. Os resultados foram processados com a utilização do software Epi-Info versão 6.04b. A análise foi feita por meio de estatísticas descritivas como frequências absolutas e percentuais. Constatou-se que a maioria é do sexo feminino (63%) com 17 a 19 anos de idade (57,3%), 9 a 11 anos de estudo (62%) e renda familiar dois salários mínimos (61%). Aproximadamente 50% desconheciam o cartão e as vacinas destinadas ao adolescente. As coberturas vacinais apresentaram-se baixas, especialmente contra o tétano (2,5%). Conclui-se que a escola e os profissionais de saúde possuem papel preponderante na sensibilização dos adolescentes para o cuidado com a sua saúde.

Descritores: Adolescente; Enfermagem; Epidemiologia; Imunização.

ABSTRACT

Nowadays, young people are among of priority groups for the Immunization National Program because of high susceptibility to some preventable diseases by vaccines and especially for the low immunization coverage against vaccine-preventable diseases. This present survey attempts to ascertain the vaccination coverage of teenagers living in the north of Teresina. This is a cross-sectional study using household survey with cluster sampling. The informations were collected from September to November of 2008, through interviews with 178 teenagers living in the area surveyed. The results were processed using Epi-Info version 6.04b. The analysis was done using descriptive statistics as absolute frequencies and percentages. It was found that the majority are female (63%) with 17 to 19 years old (57.3%), 9 to 11 years of learning (62%) and the income family two minimum wages (61%). Approximately 50% were unaware of the card and vaccines for teenagers. The vaccination coverage was low, especially against tetanus (2.5%). It is concluded that the school and the health professionals have a main role in the awareness of teenagers to care for their health.

Descriptors: Adolescent; Nursing; Epidemiology; Immunization.

RESUMEN

Actualmente los jóvenes se encuentran entre los grupos prioritarios para el Programa Nacional de Inmunización, debido a la alta susceptibilidad a algunas enfermedades prevenibles por vacunas y especialmente por la baja cobertura vacunal contra las enfermedades prevenibles por vacunación. Esta investigación trata de determinar la cobertura de vacunación de los adolescentes que viven en el norte de Teresina. Trata-se de un estudio transversal realizado mediante encuesta de hogares con muestreo por conglomerados. Los datos fueron recolectados entre septiembre y noviembre de 2008, a través de entrevistas con 178 adolescentes que viven en el área estudiada. Los resultados fueron procesados mediante Epi-Info versión 6.04b. El análisis se realizó utilizando la estadística descriptiva como frecuencias absolutas y porcentajes. Se encontró que la mayoría son mujeres (63%) con 17 a 19 años de edad (57,3%), 9 a 11 años de escolaridad (62%) y el ingreso familiar de dos salarios mínimos (61%). Aproximadamente 50% no eran conscientes de la tarjeta y vacunas para los adolescentes. Los niveles de vacunación fueron bajos, especialmente contra el tétano (2,5%). Se concluye que la escuela y los profesionales de la salud tienen un papel en la sensibilización de los adolescentes en cuidar de su salud.

Descritores: Adolescentes; Enfermería; Epidemiología; Inmunización.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define a adolescência como o período da vida entre 10 e 19 anos, no qual ocorrem intensas mudanças, caracterizadas por rápido crescimento, surgimento de características sexuais, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade e integração social, ou seja, é quando ocorre o desenvolvimento físico e psíquico, tornando o ser humano apto à reprodução e à perpetuação da espécie⁽¹⁾.

No Brasil, os adolescentes correspondem a 20,8% da população geral, sendo que 10% estão na faixa de 10 a 14 anos e 10,8% de 15 a 19 anos. Se por um lado esta fase do ciclo vital é considerada a parte da trajetória humana relativamente isenta de problemas⁽²⁾, por outro, sabe-se que neste período há uma elevada susceptibilidade a algumas doenças, tais como rubéola, sarampo, tétano, AIDS e especialmente à Hepatite B, pois apresentam tendência a relações sexuais sem proteção e com múltiplos parceiros, experiências com drogas ilícitas e muitas vezes uso abusivo de álcool.

Assim como acontece em muitos países subdesenvolvidos, ainda observa-se taxas elevadas de morbidade e mortalidade por doenças imunopreveníveis no Brasil⁽³⁾. Em relação às Hepatites, especialmente a B, continuam se constituindo em 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 desta 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⁽⁴⁾.

No estado do Piauí, no ano de 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 desse agravo no Estado⁽⁵⁾.

Os adolescentes têm sido considerados um grupo com risco elevado de exposição ao VHB, pois são susceptíveis à pressão negativa de seus pares, sensação de invulnerabilidade e imortalidade, e apresentam dificuldades em associar comportamentos de risco atual e consequências futuras. Dentre os comportamentos de riscos para as hepatites, também se destacam o uso de drogas injetáveis, de tatuagens e de piercings. Assim, estudos têm demonstrado um aumento da positividade para o VHB na adolescência que se estende até a idade adulta, razão pela qual o Programa Nacional de Imunização (PNI) incluiu a vacina contra Hepatite B no calendário vacinal do adolescente⁽⁶⁾.

Em relação ao sarampo e à rubéola, também são agravos que podem trazer sérias complicações aos adolescentes, e se constituem em doenças infecciosas agudas, de natureza viral, transmissíveis e extremamente contagiosas. A rubéola oferece potencial risco em caso de gravidez, podendo ocorrer morte fetal intra-uterina ou nascimento do bebê com síndrome da rubéola congênita⁽⁶⁾. O Brasil apresentou 365 casos de rubéola em 2005, sendo a região Nordeste responsável por 66 casos. No Piauí, no mesmo ano, foram notificados 24 casos, com apenas dois confirmados laboratorialmente. Ressalta-se que estes foram os últimos casos no Estado. No ano de 2007, o país

vivenciou um surto de rubéola, ficando apenas a região norte e o Estado do Piauí, na região nordeste, sem casos confirmados⁽⁷⁾.

Outro agravo para o qual os adolescentes são considerados de alta susceptibilidade é o tétano, cujo agente causal é um bacilo gram positivo anaeróbico, denominado de *Clostridium tetani*. Os esporos do bacilo tetânico têm como porta de entrada qualquer solução de continuidade e, nesta fase da vida são comuns os acidentes, o que os deixa vulneráveis à doença⁽⁶⁾. Em 2005, a incidência de tétano acidental foi de 452 casos no Brasil e na região Nordeste 179. No mesmo ano, foram registrados dez casos de tétano neonatal no país, sendo que um deles ocorreu no Piauí⁽⁷⁾.

Diante do estado de vulnerabilidade às doenças citadas, os adolescentes passaram a fazer parte dos grupos prioritários pelo PNI, cujo objetivo é reduzir a morbimortalidade por doenças evitáveis por imunizantes, mediante o alcance de altas e homogêneas coberturas vacinais realizadas nas rotinas das unidades de saúde e nas campanhas nacionais. Desse modo, os programas de vacinação constituem uma das ações de saúde de caráter preventivo de maior eficiência e, se bem conduzidos, apresentam resultados notáveis em prazos curtos⁽³⁾.

De acordo com a Portaria nº 597/GM do Ministério da Saúde⁽⁸⁾, que dispõe sobre o calendário básico de imunização, os serviços de saúde devem oferecer na rotina, aos adolescentes, as vacinas que seguem: hepatite B, vacina tríplice viral ou dupla viral, dupla bacteriana (dT) e a vacina contra febre amarela. Caso apresente algum tipo de imunossupressão ou se insiram em outros grupos de riscos por outros motivos, deverão ter acesso a outras vacinas especiais, as quais são disponíveis nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES). Esses centros especializados possibilitam a avaliação das condições do paciente, da necessidade de vacinação e do esquema mais adequado.

A vacinação contra a hepatite é a forma mais eficaz para a prevenção da doença e tem proporcionado um grande avanço no controle desta enfermidade. O esquema de vacinação compreende três doses, com intervalo de 30 dias entre a primeira e segunda dose e 180 dias entre a primeira e terceira dose. A proteção é duradoura e não há recomendação de dose de reforço⁽⁴⁾.

Com relação à vacina dupla viral (SR) é uma combinação de vírus vivos atenuados contra sarampo e a rubéola. Apresenta-se na forma liofilizada em frasco-ampola com uma ou múltiplas doses. Já a vacina dT, confere imunidade contra a difteria e o tétano, e é preparada a partir do toxóide diftérico e toxóide tetânico. E, finalmente, tem-se a vacina contra febre amarela, cuja indicação nas áreas endêmicas e de transição é para a população em geral, considerando a gravidade da doença, a qual se caracteriza por ser infecciosa, febril aguda, com quadro clínico típico, onde se manifestam as icterícias, a hematêmese, distúrbios tromboembólicos, dentre outros sinais e sintomas⁽⁹⁾.

Não obstante seja ampla a oferta de vacinas de forma descentralizada em todo o país, a cobertura vacinal dos adolescentes ainda é baixa. Desse modo, mesmo que dados estatísticos apresentados em estudos prévios apontem para o aumento das coberturas vacinais nos últimos anos⁽¹⁰⁾, sabe-se que persistem bolsões de adolescentes com baixa cobertura vacinal em muitas regiões do país, especialmente

em áreas rurais e nas periferias de grandes cidades. Como agravante para esta situação têm-se algumas questões sócio-econômicas, educacionais e culturais, que de certa forma podem interferir negativamente na aceitação e acesso desse grupo à vacinação⁽⁹⁾.

Para reafirmar essa situação, estudo realizado em Porto Alegre, no período de 2000 a 2005⁽⁹⁾ diz que a cobertura vacinal específica dos adolescentes ainda está muito abaixo da considerada necessária ao controle das doenças imunopreveníveis, sendo este fato atribuído à falta de conhecimento por parte dos mesmos, a indisponibilidade destes imunobiológicos nos estabelecimentos de saúde e a pouca aceitabilidade por parte de uma significativa parcela deles.

Nos Estados Unidos, a cobertura vacinal contra hepatite B, entre as crianças, está em torno de 90% e entre os adolescentes tem aumentado, desde que foi colocada como requisito, para entrada na escola de ensino fundamental, em 45 estados e como requisito de acesso às escolas de ensino médio, em 37⁽¹¹⁾.

No Piauí, segundo dados de avaliação do Programa de Imunização, o percentual de cobertura com a vacina contra a Hepatite B na faixa etária de 11 a 19 anos para o ano de 2009, foi 41,38%⁽¹²⁾. Essa baixa cobertura é mais acentuada nos adolescentes do sexo masculino, os quais procuram as Unidades de Saúde com menor frequência que as do sexo feminino. Desse modo, a baixa adesão às vacinas, sobretudo contra hepatite B em adolescentes evidencia a necessidade de políticas públicas que garantam a vacinação dessa população.

Diante do exposto, considerando a importância do conhecimento acerca da cobertura vacinal como um indicador de saúde relevante e a escassez de estudos que busquem conhecer melhor o estado vacinal dos adolescentes no Piauí, este estudo objetivou verificar a situação vacinal dos adolescentes residentes na área norte de Teresina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico desenvolvido por meio de inquérito domiciliar, na área norte/centro de Teresina/PI, a qual conta com a assistência de 225 equipes saúde da família.

A população do estudo foi constituída pelos adolescentes residentes na área norte de Teresina/PI. Com relação à amostra, tomando-se por base uma prevalência presumida de cobertura vacinal de 35%, um erro tolerável de amostragem de 7% e um nível de confiança de 95% e, utilizando-se uma amostra aleatória simples, a investigação foi realizada com 178 adolescentes.

Cabe destacar que se trata de uma amostragem por conglomerado diferente daquela usualmente utilizada. Tal processo é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹³⁾, para ser aplicado nos inquéritos de cobertura vacinal, tendo sido testado e aprovado 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.

Neste estudo, cada uma das 72 áreas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da área norte/centro de Teresina foi considerada um conglomerado, sendo que cada um contém em média 307 adolescentes. Inicialmente selecionou-se de forma aleatória 30 conglomerados. A partir daí, construiu-se

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 foi 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 subsequentes, totalizando sete adolescentes em cada conglomerado. Quando o adolescente não era encontrado no momento da entrevista, acontecia até dois retornos.

Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2008, mediante entrevistas com os adolescentes do estudo, realizadas por meio de visitas nos domicílios, pelos próprios pesquisadores, auxiliados por outros estudantes de enfermagem, previamente treinados. Utilizou-se formulário pré-testado. No pré-teste do instrumento foi avaliada a clareza do formulário, média de duração das entrevistas e a desenvoltura das quatro estudantes de enfermagem que atuaram como pesquisadores de campo.

As variáveis do estudo foram as que seguem: dados socioeconômicos e demográficos, situação vacinal, posse do cartão de vacinas, acesso às unidades de saúde do município, acolhimento na sala de vacina, conhecimento sobre as vacinas e as doenças por elas protegidas, motivos para a não vacinação.

Ressalta-se que o instrumento utilizado já havia sido validado em outra pesquisa⁽¹³⁾ sobre vacinação contra hepatite B realizada com adolescentes, em Teresina no ano de 2008. Entretanto, como se tratava de adolescentes residentes em outra comunidade e em período distinto entendeu-se que seria necessário aperfeiçoá-lo.

Realizou-se a categorização dos dados, os quais posteriormente, foram digitados e processados com a utilização do software Epi-Info versão 6.04b. A análise foi feita por meio de estatísticas descritivas simples como frequências e percentuais.

O projeto de pesquisa foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (CAAE: 0093.0.045.000-08). Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e garantida a confidencialidade e a privacidade, conforme os princípios norteadores dispostos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 178 adolescentes, dos quais 63% pertencem ao sexo feminino, com faixa etária predominante entre 17 e 19 anos (57,3%). Em quase sua totalidade, os entrevistados eram solteiros (96,1%), enquanto uma pequena parte dizia ser casada ou morar com o companheiro (3,9%). Com relação à moradia, a expressiva maioria afirmou dividir o domicílio com até cinco pessoas (74,7%) (Tabela 1).

Tabela 1: Características sócio-demográficas da população do estudo (n = 178). Teresina, PI, 2009.

Características	n	%	
Sexo	Masculino	66	37,0
	Feminino	112	63,0
Idade (em anos)	10 a 13	21	11,8
	14 a 16	55	30,9
	17 a 19	102	57,3
Estado civil	Casado/unido	07	3,9
	Solteiro	171	96,1
Atualmente é estudante	Sim	175	98
	Não	03	2,0
Anos de estudo	Até 8	67	37,4
	9 a 11	110	62,0
	12 e mais	01	0,6

Os adolescentes apresentaram uma boa média de escolaridade. A maioria tem entre 9 a 11 anos de estudo (62%), sendo que 98% ainda permanecem como estudantes. O fato de o adolescente ser estudante poderia facilitar o acesso à vacinação, tendo em vista que a escola, em tese, é o ambiente onde ele 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⁽¹⁴⁾.

Em relação à renda (Tabela 2) os achados evidenciaram que a maioria das famílias dos adolescentes pesquisados tem renda de dois a três salários mínimos

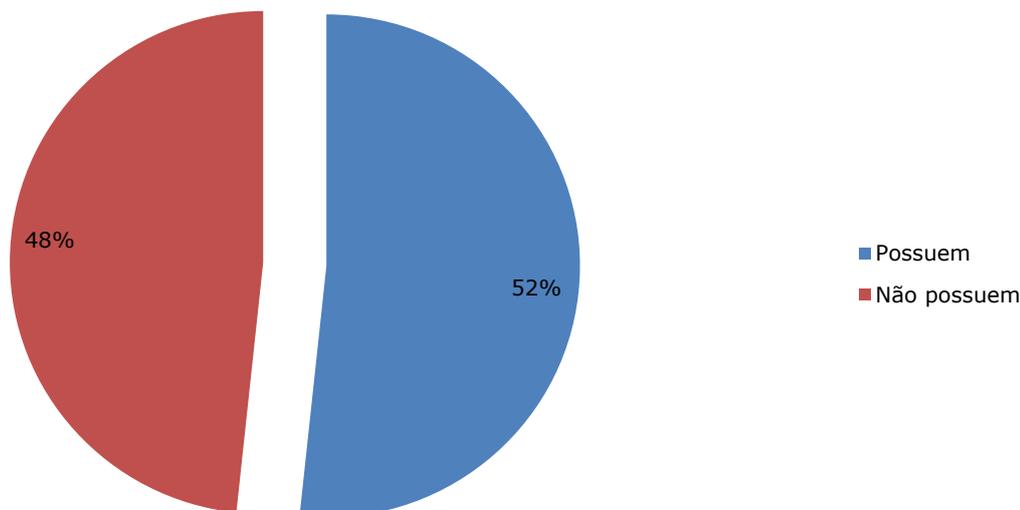
(61%), sendo que 25% dessa população apresenta renda menor que um salário, contrastando com o que foi encontrado em pesquisa realizada em Teresina no ano de 2008⁽¹⁴⁾ a qual mostra que 56,9% dos adolescentes estudados pertenciam à família com renda inferior a um salário mínimo. De acordo com dados do IBGE⁽¹⁵⁾, apenas 4,4% das famílias de adolescentes piauienses têm renda mensal de um a três salários mínimos e 41,4% dessas famílias sobrevivem com renda mensal menor que um salário⁽¹⁵⁾. Dentre os adolescentes investigados constatou-se que 18% exercem alguma atividade remunerada, dado semelhante ao apresentado pelo IBGE⁽¹⁵⁾ que revela uma percentagem de 18,9% para a mesma variável.

Tabela 2: Características econômicas da população do estudo (n = 178). Teresina, PI, 2009.

Características	N	%	
Renda da família (em salários mínimos)	> 1	45	25,0
	2 a 3	109	61,0
	4 a 5	12	0,7
	6 ou mais	04	2,0
	Não sabe informar	08	5,0
Trabalha fora de casa	Sim	32	18,0
	Não	146	82,0
Possui renda pessoal	Sim	32	18,0
	Não	146	82,0
Renda pessoal (em salários mínimos)	> 1	30	94,0
	1 a 3	02	6,0

Ao serem questionados sobre a existência do cartão de vacinas do adolescente, 51,70% afirmaram conhecê-lo e possuí-lo. Aqueles que o desconheciam, foram exatamente os que não o possuíam (48,30%). O Gráfico 1 ilustra esta situação.

Gráfico 1: Distribuição percentual dos adolescentes segundo a posse do cartão de vacina. Teresina, PI, 2009.



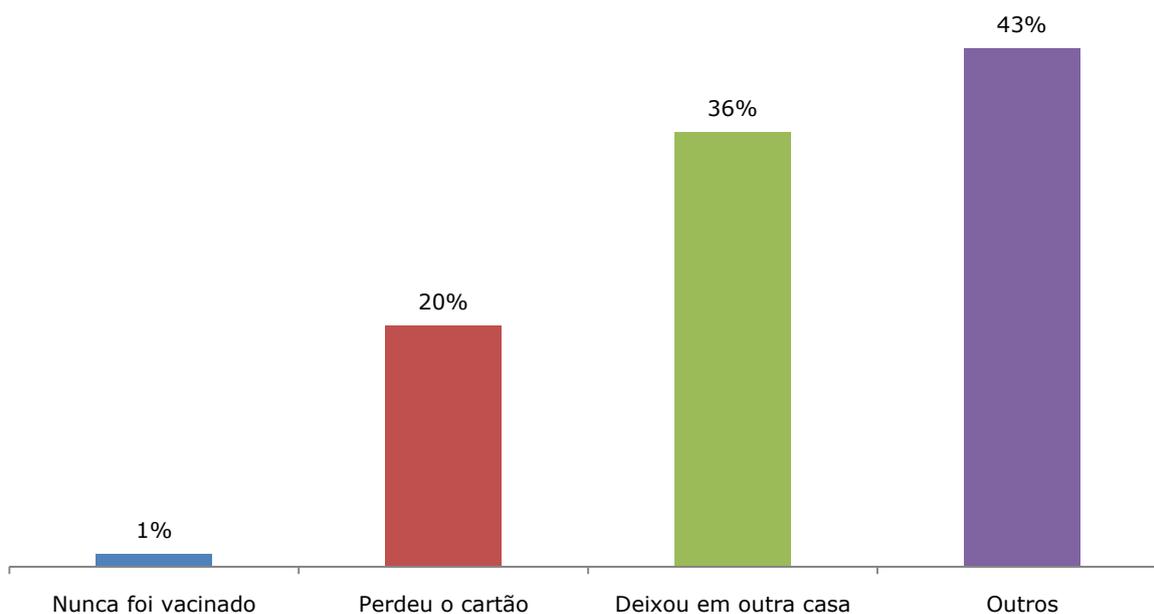
O alto percentual de adolescentes que desconhecia o cartão, trouxe certa preocupação, considerando se tratar de adolescentes residentes em áreas completamente cobertas pela ESF, cuja essência do trabalho é a educação com vistas à promoção da saúde. Desse modo, esperava-se que um maior percentual tivesse acesso à informação sobre o cartão.

Nesse sentido, é essencial que o profissional de saúde entenda que independentemente da razão que faz com que o adolescente procure o posto de saúde, cada visita significa uma oportunidade de detectar, refletir e auxiliar na

resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta, assim como reforçar a parte educativa de prevenção⁽¹⁶⁾.

O Gráfico 2 apresenta as principais razões para a população do estudo não possuir o cartão de vacina. Observou-se que na categoria outros, os motivos mais citados foram: ter esquecido o cartão em casa de amigos ou, até mesmo, ter jogado o cartão de vacinação fora (43%). Em seguida, as razões mais referidas foram ter deixado em outra casa (36%), ter perdido o cartão (20%) e por último, nunca ter sido vacinado.

Gráfico 2: Razões da população do estudo para não possuir o cartão de vacina. Teresina, PI, 2009.



Com relação ao conhecimento sobre as vacinas, são apenas listados alguns nomes daquelas que eles afirmam conhecer. É importante observar que eles apresentaram dificuldades para citar até mesmo o nome das vacinas, chamando-as pelo nome das doenças contra as quais protegem. Assim, as mais citadas pelos adolescentes foram:

rubéola, febre amarela, hepatite B e tétano, como mostra a Tabela 3. Provavelmente rubéola e febre amarela tenham sido as mais citadas devido às campanhas nacionais contra essas duas doenças terem sido implementadas, recentemente, em todos os estados brasileiros, com grande divulgação na mídia.

Tabela 3: Conhecimento sobre vacinas e as doenças contra as quais protegem (n = 178). Teresina, PI, 2009.

Características	n	%	
Vacinas conhecidas (Resposta múltipla)	Rubéola	77	43,0
	Febre amarela	74	42,0
	Hepatite B	68	38,0
	Tétano	61	34,0
	Poliomielite	26	14,0
	Sarampo	13	7,3
	Gripe	11	6,2
	BCG	10	7,0
	Raiva	10	7,0
	Tuberculose	05	2,5
	Outros	19	10,2
Doenças evitadas pelas vacinas (Resposta múltipla)	Não sabe informar	39	22,0
	Tétano	38	21,0
	Hepatite B	33	19,0
	Febre amarela	30	17,0
	Rubéola	26	15,0
	Poliomielite	09	5,0
	Sarampo	05	3,0
	Outros	13	7,0
	Não sabe informar	57	32,0

Além disso, a vacina antiamarílica é bem conhecida na região, pois o estado do Piauí tem 54 municípios considerados de transição para a febre amarela silvestre⁽⁶⁾. A população geral residente nesses municípios é vacinada, assim como todo viajante que se dirige para os mesmos. E em função do relativo risco a que a população poderá estar exposta, o PNI/PI, estendeu esta vacinação a todas as faixas etárias, tornando-a mais conhecida pela população.

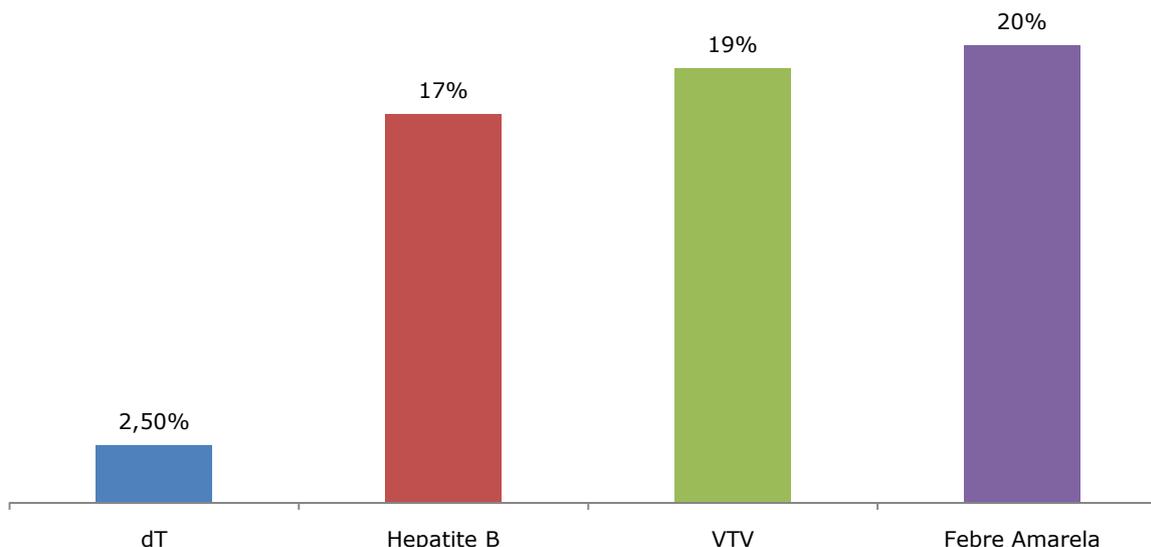
Na categoria outros, também citaram a vacina contra tuberculose e raiva, além de muitas inexistentes, tais como: vacina contra dengue, anti-câncer, anti-HIV, Hepatite C. Parte dos adolescentes (22%), não soube informar o nome de nenhuma vacina.

Ao perguntar quais doenças eram prevenidas pelas vacinas, os adolescentes, na sua maioria, fizeram referência à hepatite B, febre amarela e rubéola, já que estas possuem nomes semelhantes às suas vacinas. Também vale ressaltar, que uma parcela muito significativa (32%), não soube indicar nenhuma vacina ou doenças por elas prevenidas (Tabela 3).

Estudo desenvolvido em Teresina em 2008⁽¹⁴⁾ constatou que a população geral e especialmente os adolescentes, sabem muito pouco sobre vacinação e apresentam ainda baixos níveis de percepção da suscetibilidade e gravidade das doenças. Evidenciou ainda que a falta de conhecimento relativo às ações promocionais de saúde, são na sua maioria, decorrentes da forma inadequada de abordagem dos profissionais de saúde, os quais costumam desperdiçar várias oportunidades educativas. Além disso, o bloqueio ao recebimento de uma informação está relacionado ao seu fornecimento abundante e desordenado. Deste modo, entende-se que para que se estabeleça uma abordagem efetiva é necessário dar apenas poucas e úteis informações em cada momento.

Destaca-se também, estudo⁽¹⁷⁾ realizado no Rio de Janeiro em 2002, com o objetivo de compreender os sentidos que os profissionais de saúde atribuem à saúde do adolescente, cujos resultados evidenciaram que o elemento informação está no núcleo central. Observou-se um indicio 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.

Em relação à situação vacinal dos adolescentes do estudo, para todas as vacinas do PNI, está muito aquém da mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, conforme pode ser evidenciado no Gráfico 3, indo ao encontro dos achados de uma pesquisa sobre cobertura vacinal contra hepatite B em adolescentes, recentemente realizada em outros bairros de Teresina⁽¹⁴⁾, próximos aos incluídos neste estudo, o qual também encontrou baixas coberturas vacinais, entretanto, mais elevadas que as verificadas nesta pesquisa.

Gráfico 3: Cobertura vacinal dos adolescentes do estudo. Teresina, PI, 2009.

A vacina que apresentou maior cobertura foi a febre amarela (20%), seguida da vacina tríplice viral (19%) e da vacina contra Hepatite B (17%). A vacina dT (contra difteria e tétano) apresentou uma cobertura extremamente baixa (2,5%). Tal achado pode ser explicado pelo tempo relativamente longo para completar os seus esquemas vacinais, os quais apresentam um número de três doses com intervalos de um a seis meses entre elas (Gráfico 3).

É importante chamar a atenção para o fato desta pesquisa não ter levado em consideração as informações verbais a respeito do estado vacinal da população investigada, considerando que não havia confiabilidade nos dados. Assim, entende-se que a falta da conservação e, portanto, valorização do cartão de vacina por parte dos usuários, em especial os adolescentes, traz prejuízos aos inquéritos vacinais domiciliares, que podem divulgar achados incompatíveis com a realidade.

De acordo com o Ministério da Saúde⁽¹⁸⁾, atualmente todos os grupos etários devem ser alvo do programa de vacinação. Existem calendários vacinais do PNI destinados a todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, adulto e idoso) além de vacinas destinadas a grupos especiais. Em relação aos adolescentes, são muitas as vacinas oferecidas pelo SUS, mas a sua utilização depende da decisão pessoal do adolescente e/ou família.

Assim, as taxas de cobertura vacinal nacional em adolescentes, ainda encontram-se muito abaixo do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, cuja recomendação é que elas devem estar em torno de 90% a 100% para um controle efetivo das doenças imunopreveníveis. Cobertura vacinal representa um indicador que expressa a quantidade de pessoas de um grupo alvo, que foi vacinada em um determinado período de tempo⁽⁶⁾.

Há de se destacar a observação de que, se por um lado nos serviços de saúde, as oportunidades de vacinar na rotina são perdidas, por outro, a população adolescente tem sido negligenciada pelas campanhas de vacinação em massa. Apesar do Estatuto da Criança e do Adolescente

(ECA) reconhecer que todas as crianças e adolescentes têm direito à proteção integral para que possam se desenvolver física, mental, moral, espiritual e socialmente em condições de liberdade, segurança e dignidade, verifica-se que muitos aspectos nele contidos não estão sendo seguidos, como exemplo os aspectos promocionais da saúde. Desse modo, uma parcela considerável de adolescente não tem imunidade para certas doenças endêmicas na comunidade^(1,19).

Nesse sentido o ato de vacinar consiste na principal forma de evitar a ocorrência das doenças imunopreveníveis e as unidades de saúde, cobertas pela ESF, são preferencialmente os locais onde devem ser executadas as atividades de vacinação, sendo também locais propícios à incorporação da proposta de saúde integral de adolescentes e jovens. Os profissionais de saúde precisam ter em mente que os discursos vazios realizados em consultórios devem ser substituídos pelas abordagens técnicas e aplicações práticas mais coerentes⁽¹⁷⁾.

Desta feita, é evidente que a ESF tem trazido uma grande contribuição às ações de vacinação, porém ainda precisa ser mais atuante. O adolescente que vai ao posto de saúde, deve ser interrogado sobre sua condição vacinal, além de ser imprescindível a observação do cartão por todos os profissionais de saúde. Estes devem agir no sentido de esclarecer aos jovens sobre a importância da imunização e do cartão de vacina^(14,20). Os adolescentes precisam entender que o cartão é um documento de comprovação de imunidade e deve ser guardado junto com documentos de identificação pessoal, pois além da importância de ser apresentado nos atendimentos médicos de rotina é fundamental que esteja disponível nos casos de acidentes.

CONCLUSÃO

A aproximação com o objeto deste estudo e o alcance dos seus objetivos nos permitiu verificar que as coberturas vacinais contra os adolescentes ainda carecem de

intensificação. Evidenciou-se também que a maioria deles não adota os cuidados necessários com o seu cartão de vacina, haja vista que muitos relataram tê-lo perdido ou não se lembrar onde o deixou, o que aponta para a necessidade de maior investimento da ESF na sensibilização para a importância do cartão, como um documento essencial para a população, principalmente, para os adolescentes.

O caminho para obter resultados satisfatórios deve começar com a sensibilização dos gestores locais, dos profissionais de saúde e da sociedade. É importante que os gestores locais garantam horários de atendimento pelas equipes de vacinação de acordo com as necessidades da clientela, que promovam a qualidade dos serviços prestados, o acolhimento e a adesão da população, estabelecendo estratégias para uma vacinação rápida, informativa e agradável, evitando estresse, tumultos, filas e falhas, atendendo, assim, os princípios de atenção humanizada.

Entendemos também que as coberturas vacinais dos adolescentes podem ser melhoradas mediante o fornecimento de vacinas em um cenário escolar, 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 tratar de uma tecnologia de saúde que além de utilizar uma ferramenta muito poderosa contra determinados agentes infecciosos, ainda é relativamente simplificada.

Em relação ao escasso conhecimento dos adolescentes sobre as vacinas e doenças contra as quais protegem, há que se destacar que uma simples orientação aos adolescentes sobre a necessidade da imunização não é suficiente. É preciso implementar novas estratégias de ação, onde a educação em saúde seja privilegiada e realizada de forma articulada com a escola, inclusive incluindo no conteúdo curricular aspectos relacionados à saúde do adolescente.

Levando-se em consideração as dificuldades encontradas pelas unidades de saúde, como a carência de recursos humanos, torna-se um desafio para os gestores implementar mecanismos de avaliação permanentes que fortaleçam os profissionais, valorizem a criatividade, respeitem as características de cada unidade/comunidade e promovam o diálogo entre a equipe e os adolescentes/jovens. A saúde do adolescente, de uma forma geral, é um assunto ainda bastante complexo. Nesse contexto, também podem ser realizadas oficinas, envolvendo adolescentes, jovens e profissionais, direta ou indiretamente ligados ao atendimento a essa clientela (ginecologia/pré-natal, imunizações, odontologia, etc.) como forma de avaliar qualitativamente o serviço prestado e programar mudanças a fim de aperfeiçoá-lo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. 3rd ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006. 96 p.
2. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28(8):443-5.
3. Juliano Y, Compri PC, Almeida LR, Freire PV, Moreira FT, Vieira FH, et al. Segunda etapa da Campanha Nacional de Multivacinação do município de São Paulo, 2005: perfil de

- cobertura de diferentes Unidades Básicas de Saúde. *Rev. paul. pediatr.* 2008;26(1):14-9.
4. Ministério da Saúde. Hepatites virais: o Brasil está atento. 3rd ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008. 42 p.
5. Secretaria de Saúde do Estado (PI). Situação das hepatites virais no Piauí. Teresina: SESAPI; 2007. p. 1-7.
6. Oliveira MDS, Paggoto V, Matos MA, Kozlowski AG, Silva NR, Junqueira ALN et al. Análise de fatores associados à não aceitação da vacina contra hepatite B em adolescentes escolares de baixa renda. *Cien Saude Colet.* 2007;12(5):1247-52.
7. Secretaria de Estado da Saúde (PI). Relatório técnico sobre a situação das doenças transmissíveis no Estado Piauí. Teresina: Coordenação de Vigilância Epidemiológica; 2008. p. 1-14.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 597/GM, de 8 de abril de 2004. Institui em todo território nacional, os calendários de vacinação. *Diário Oficial da União (Brasília): Ministério da Saúde; 2004.*
9. Feijo RB, Cunha J, Krebs LS. Calendário vacinal na infância e adolescência: avaliando diferentes propostas. *J Pediatr (Rio J).* 2006; 82(3,supl):s4-s14.
10. Silveira ASA, Silva BMF, Peres EC, Meneghin P. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):299-305.
11. Center for Disease Control and Prevention. Current Issues and Immunization. Atlanta: National Center for Immunization and Respiratory diseases; 2007.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.
13. Barata RB, Moraes JC, Antonio PRA, Dominguez M. Inquérito de cobertura vacinal: avaliação empírica da técnica de amostragem por conglomerados proposta pela Organização Mundial da Saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(3):184-90.
14. Carvalho AMC. Análise dos fatores associados à cobertura vacinal contra hepatite B em adolescentes, em Teresina/PI [dissertation]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2008.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores Sociais 2008. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2008.
16. Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):217-24.
17. Branco VMC. Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente [dissertation]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
18. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6th ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005.
19. Câmara MFB, Moraes MM, Medeiros M, Ferriani MGC. Aspectos da assistência prestada a crianças e adolescentes em situação de rua no município de Goiânia. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2000 [cited 2010 sep 29];3(1). Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_1/rua.html.

20. Ministério da Saúde. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008.

Artigo recebido em 14.08.2009

Aprovado para publicação em 17.08.2010

Artigo publicado em 30.09.2010