

COBERTURAS VACINAIS DO PAPILOMA VÍRUS HUMANO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Adriana Moro¹
Christiane Luiza Santos²
Mariele Pena de Couto³
Leticia Brambilla de Ávila⁴
Rafael Gomes Ditterich⁵
Luciana Maria Mazon⁶

RESUMO

O Programa Nacional de Imunização em 2014 introduziu a vacina do HPV (Papiloma Vírus Humano) no calendário Nacional de vacinação. Este trabalho se propõe a analisar as coberturas vacinais para o HPV na campanha de 2014, e como que se deu a sua distribuição nos Estados Brasileiros, considerando a meta de 80% a ser atingida por todos os municípios do país. Trata-se de um estudo transversal com análise secundária de dados. Os dados sobre cobertura vacinal das meninas dos 5.565 municípios brasileiros foram obtidos através de acesso à página do Programa Nacional de Imunização (PNI). As cidades foram divididas e tabuladas em cinco faixas relacionadas a cobertura vacinal, estratificadas de modo arbitrário pelos autores: faixa 1 > 40%, faixa 2 de 40% a 59%, faixa 3 de 60% a 79%, faixa 4 80% a 100% e faixa cinco acima 100%. A cobertura vacinal contra HPV, em 2014, apresentou valores bastante discrepantes entre as doses, estados e municípios. Entre os 5565 municípios brasileiros, 1776 (32%) atingiram a meta de cobertura em ambas as doses. Na primeira fase da campanha de vacinação contra o HPV, o número de municípios que atingiram a meta de 80% foi de 4866, já na segunda dose este número passou para 1810, uma redução de 62%. Além disso, no outro extremo da cobertura vacinal, a faixa 1 continha 103 municípios e na segunda dose este valor subiu para 1014, ou seja, um acréscimo de 884%. Apenas o Estado do Amazonas não atingiu a meta de vacinação contra o HPV em ambas as fases da campanha. Concluiu-se que a campanha de vacinação do HPV não atingiu as metas preconizadas nas duas doses em 60% dos municípios brasileiros no ano de 2014.

¹Doutoranda em Políticas Públicas UFPR, docente da UnC campus Mafra. Universidade do Contestado e Universidade Federal do Paraná. Santa Catarina. Brasil. E-mail: adri.moro@gmail.com

²Mestre em Políticas Públicas UFPR. Doutoranda em Políticas Públicas na Universidade Federal do Paraná. Paraná. Brasil. E-mail: aluizachris@gmail.com

³Doutoranda e mestre em Políticas Públicas pela UFPR. Paraná. Brasil. E-mail: marielecouto@gmail.com

⁴Mestre em Políticas Públicas pela UFPR. Paraná. Brasil. E-mail: leticiabrambila@gmail.com

⁵Doutor em Odontologia. Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná. Paraná. Brasil. E-mail: prof.rafaelgd@gmail.com

⁶Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina/UDESC, com especialização em Gestão Pública em Saúde pela UFPR. Mestranda do curso de Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas pela Universidade do Contestado/UnC. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFSC. Atualmente é servidora pública atuante na área de saúde coletiva e docente da Universidade do Contestado Campus Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: lucimazon@hotmail.com

Este resultado evoca a necessidade da análise criteriosa de quais fatores podem ter influenciado neste resultado e ainda, a busca de uma reestruturação da estratégia da política nacional de vacinação para a população feminina adolescente já que esta faixa populacional se apresenta como um desafio para esta, bem como para as demais vacinas do Programa Nacional de Imunização.

Palavras-chaves: Programa Nacional de Vacinação. Papiloma Virus Humano. cobertura vacinal.

VACCINE COVERINGS OF HUMAN PAPILOMA VIRUS IN THE BRAZILIAN CONTEXT

ABSTRACT

The National Immunization Program in 2014 introduced the HPV (Human Papilloma Virus) vaccine into the National Vaccination Calendar. This work proposes to analyze vaccine coverage for HPV in the 2014 campaign, and how it was distributed in the Brazilian States, considering the goal of 80% to be reached by all municipalities in the country. This is a cross-sectional study with secondary data analysis. The data on vaccination coverage of the girls from the 5,565 Brazilian municipalities were obtained through access to the page of the National Immunization Program (PNI). The cities were divided and tabulated into five bands related to vaccine coverage, stratified arbitrarily by the authors: range 1 > 40%, range 2 from 40% to 59%, range 3 from 60% to 79%, range 4 80% a 100% and track five above 100%. Vaccine coverage against HPV in 2014 presented very disparate values between doses, states and municipalities. Among the 5565 Brazilian municipalities, 1776 (32%) reached the goal of coverage at both doses. In the first phase of the HPV vaccination campaign, the number of municipalities that reached the target of 80% was 4866, and in the second dose this number passed to 1810, a reduction of 62%. In addition, at the other end of the vaccine coverage, lane 1 contained 103 municipalities and in the second dose this figure rose to 1014, an increase of 884%. Only the state of Amazonas did not reach the goal of vaccination against HPV in both phases of the campaign. It was concluded that the HPV vaccination campaign did not reach the targets recommended in the two doses in 60% of the Brazilian municipalities in the year 2014. This result evokes the need for a careful analysis of which factors may have influenced this result and also the search of a restructuring of the strategy of the national vaccination policy for the adolescent female population since this population presents itself as a challenge for this.

Key words: National Vaccination Program. Human Papilloma Virus. Vaccine coverage.

INTRODUÇÃO

A história de vacinação do Brasil vem sendo escrita com muito sucesso. O Ministério da Saúde, a partir da década de 1980, com a criação do Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (Pasni) investiu nos laboratórios produtores oficiais de vacinas e hoje junto ao Programa Nacional de Imunização (PNI) mantém uma política de parcerias e de incentivo à modernização tecnológica do parque produtor nacional, visando oferecer a população vacinas seguras e eficazes. Entre os principais feitos do PNI estão a Campanha da erradicação da Varíola, o controle da Poliomielite, e em experiências locais de aplicação simultânea de vacinas, o controle do sarampo.¹

O Programa Nacional de Imunização é referência no mundo por sua cesta de imunobiológicos e, em 2014 introduziu a vacina do HPV (Papiloma Vírus) no calendário Nacional de vacinação. A introdução da vacina justifica-se pelas estimativas mundiais que apontam aproximadamente 530 mil casos novos e 275 mil mortes por câncer do colo do útero ao ano, sendo 88% desses óbitos em países em desenvolvimento. No Brasil e no mundo se constitui como a segunda causa de morte por câncer entre mulheres.²

Em 2012 no Brasil as estimativas foram de 17.540 casos novos, com grandes iniquidades regionais, sendo maiores incidências registradas em estados com menor nível de desenvolvimento socioeconômico. Na região Centro-Oeste a incidência média é de 28/100 mil, na região Norte é de 24/100 mil, na região Nordeste é de 18/100 mil, na região Sudeste é de 15/100 mil e na região Sul é de 14/100 mil².

Considerando que o HPV é condição necessária para o câncer cervical, a vacinação preventiva representa potencial para reduzir a carga de doença cervical e lesões precursoras. O Ministério da Saúde adotou a vacina quadrivalente contra HPV que confere proteção contra HPV de baixo risco (HPV 6 e 11) e de alto risco (HPV 16 e 18). Essa vacina previne infecções pelos tipos virais presentes na vacina e, conseqüentemente, o câncer do colo do útero e reduz a carga da doença. Tem maior evidência de proteção e indicação para pessoas que nunca tiveram contato com o vírus².

A estratégia adotada pelo Brasil para prevenir o HPV foi vacinar meninas de 9 a 13 anos 11 meses e 29 dias. No primeiro ano de vacinação, 2014, o alvo da campanha foram as meninas de 11 anos à 13 anos 11 meses e 29 dias. Foi primeiramente realizada nas escolas e a segunda dose foi oferecida nas Unidades de Saúde do SUS ou nas escolas, conforme preferência dos municípios. O esquema vacinal indicado para o HPV é de três doses da vacina, a primeira no dia 0, a segunda seis meses após a primeira e a terceira (reforço) após 60 meses da primeira dose.² A estimativa de cobertura foi de 80% em ambas as doses.

Apesar dos investimentos da política em mídia, a cobertura vacinal não apresentou uma linearidade entre as doses, de modo que houve uma grande diferença nas coberturas vacinais da primeira para a segunda dose. Diante disso, este artigo se propõe a analisar as coberturas vacinais da vacina para o HPV na

campanha de 2014, e como que se deu a sua distribuição nos Estados Brasileiros, considerando a meta de 80% a ser atingida por todos os municípios brasileiros.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com análise secundária de dados. Foram analisados os dados sobre cobertura vacinal do HPV para o ano de 2014 de meninas com idade entre 11 anos à 13 anos 11 meses e 29 dias, residentes nos 5.565 municípios brasileiros. Os dados vacinais foram obtidos por meio de acesso à página do Programa Nacional de Imunização (PNI). As cidades foram divididas em cinco faixas de valor da cobertura vacinal, estratificadas de modo arbitrário pelos autores: faixa 1 > 40%, faixa 2 de 40% a 59%, faixa 3 de 60% a 79%, faixa 4 80% a 100% e faixa cinco acima 100%.

A exploração do banco de dados foi realizada através de planilhas eletrônicas do Microsoft Excel 2007, sendo apresentada frequência simples.

A pesquisa atende aos fundamentos éticos e científicos da resolução 466/2012, sendo dispensa submissão ao Comitê de Ética, por não envolver seres humanos e empregar somente dados secundários de domínio público.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cobertura vacinal contra HPV, em 2014, apresentou valores bastante discrepantes entre as doses, estados e municípios. Entre os 5565 municípios brasileiros 1776 (32%) atingiram a meta de 80% de meninas vacinas em ambas as doses. Além disso, a diferença entre as coberturas das duas doses nos municípios pode ser evidenciada na tabela 1.

Tabela 1 – Número de municípios brasileiros por faixas de cobertura na primeira e na segunda dose da vacina do HPV em 2014

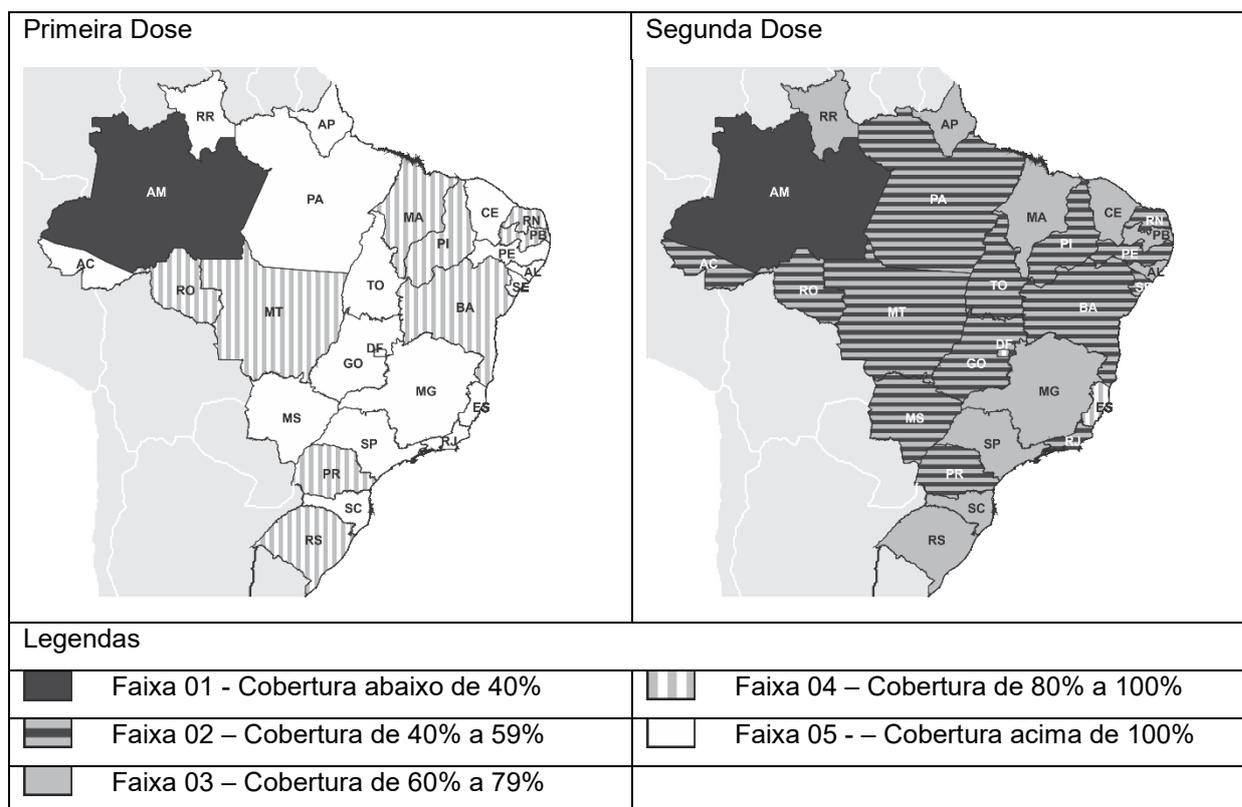
Faixa	Primeira dose	Segunda dose
01	103	1014
02	102	1101
03	494	1640
04	2127	1300
05	2739	510

Fonte: Os Autores com base em <http://pni.datasus.gov.br/>.

A tabela 1 demonstra que na primeira dose o número de municípios que atingiram a meta de 80% de cobertura foi de 4866, já na segunda dose este número passou para 1810, uma redução de 62%. Além disso, no outro extremo da cobertura vacinal, na faixa 1 (que contempla os municípios com coberturas vacinais inferiores a 40% - metade da meta) temos na primeira dose somente 103 municípios e na segunda dose este valor subiu pra 1014, ou seja, um acréscimo de 884%

Já a cobertura vacinal nos estados brasileiros nas duas doses pode ser analisada pela figura 1.

Figura 01 – Comparativo por faixa de cobertura vacinal (HPV): Primeira e segunda dose por Unidade Federativa em 2014.

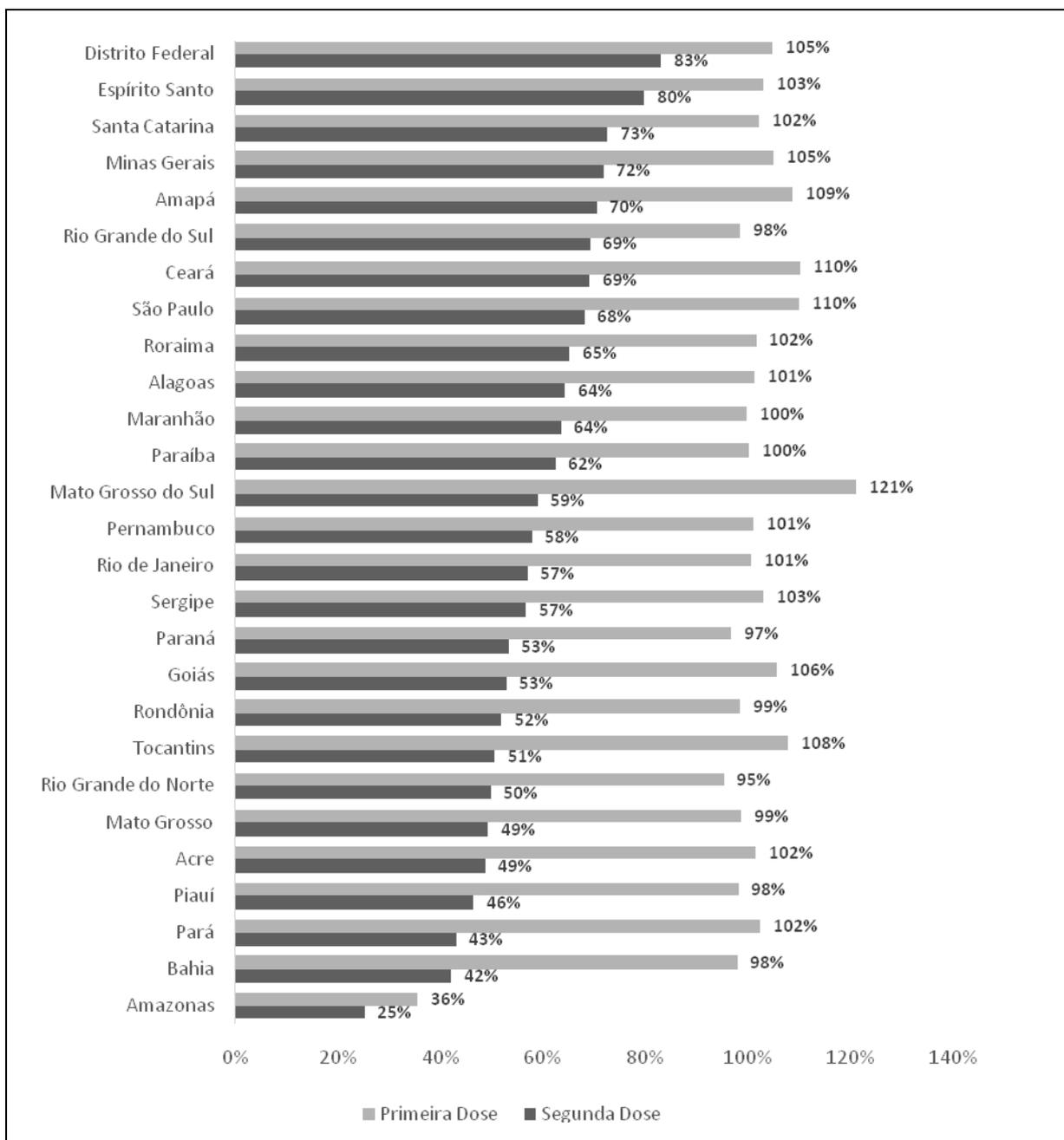


Fonte: Os Autores com base em <http://pni.datasus.gov.br/>.

Os mapas demonstram que apenas o Estado do Amazonas não atingiu a meta de vacinação em ambas as etapas. Com exceção desse Estado, todos demais atingiram a meta de vacinação na primeira dose, ocupando as Faixas 4 (09 Estados) ou 5 (17 Estados). Já na segunda dosagem, apenas o Distrito Federal e o Espírito Santo ocuparam a Faixa 4, enquanto 14 Estados ocuparam a Faixa 2 e 10 Estados passaram a compor a Faixa 3.

O Gráfico 1 traz a porcentagem atingida pelos estados em ambas as doses.

Gráfico 1 – Percentual de cobertura vacinal (HPV): Primeira e da segunda dose por Unidade Federativa em 2014



Fonte: Os Autores com base em <http://pni.datasus.gov.br/>.

Podemos observar que em alguns estados como Pará e Bahia a redução da cobertura da primeira para a segunda dose se deu em torno de 50%.

Na medida em que avançam os programas de eliminação e controle de doenças imunopreveníveis e novas vacinas e grupos populacionais são acrescidos ao PNI³. A vacina do HPV foi inserida na PNI como uma estratégia para reduzir o número de câncer de colo de útero na população feminina brasileira.

O presente estudo evidenciou as diferenças marcantes nas coberturas vacinais entre a primeira e a segunda dose entre os municípios e estados brasileiros.

Teixeira e Mota (2010) destacam a importância da desagregação das coberturas vacinais por município para o seu monitoramento, especialmente das vacinas dos infantes, e colocam que os municípios que apresentam cobertura vacinal inferior a 50% ou acima de 120% são condições “aberrantes” e passíveis de intervenção imediata. A partir desta perspectiva podemos observar, com base nos dados analisados, que dentre os estados brasileiros o Amazonas apresentou uma menor adesão e fragilidade em relação à campanha da vacina, mesmo a sua capital Manaus com uma população estimada de 2020301 habitantes, não atingiu a meta de cobertura em nenhuma das doses.

Isso poderia ser explicado em parte pela dificuldade de acesso e o organização dos serviços que os estados amazônicos apresentam, mas como explicar Florianópolis que ficou na faixa 3 na primeira dose e faixa 2 na segunda, não atingindo a meta em nenhuma das doses? Ou as capitais que ficaram na faixa 1 na segunda dose (Natal, Goiânia, Porto Velho, Campo Grande, Cuiabá)?

Estudos demonstram que fatores como organização dos serviços, acesso,³ erro de registro, questões relacionadas ao denominador^{4,5} e menor percepção da necessidade da vacina^{6,7} podem afetar as coberturas vacinais.

Além disso, a informação torna-se fator importante para a adesão às campanhas^{6,8} e no Brasil, diante do fato das metas da primeira dose não terem tido atingido o esperado, a estratégia midiática para a segunda dose foi alterada,⁹ mas como pode-se observar pelos resultados não se obteve muito sucesso, sinalizando a necessidade de se reformular esta política de vacinação.

A vacinação de adolescentes muitas vezes demonstra-se um desafio haja vista a vacinação da hepatite B (OLIVEIRA et al, 2007; ARAÚJO et al., 2010), portanto necessita de estratégias de ação distintas da vacinação infantil para se atingir as metas preconizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A campanha de vacinação do HPV não atingiu as metas preconizadas nas duas doses em 60% dos municípios brasileiros. Este resultado evoca a necessidade da análise criteriosa de quais fatores podem ter influenciado neste resultado e ainda, a busca de uma reestruturação da política vacinal para a população adolescente já que esta faixa populacional se apresenta como um desafio para não só esta, mas as demais vacinas da PNI.

REFERÊNCIAS

1. TEMPORÃO JG. O Programa Nacional de Imunização (PNI): origens e desenvolvimento. *História, Ciências, Saude de Manguinhos*, v. 10, supl. 2, p. 601-17, 2003.
2. BRASIL. **Plataforma de capacitação contra o Papilomavírus Humano** Disponível em <[https://ufpe.unasus.gov.br/moodle_unasus/cursos/hpv livre](https://ufpe.unasus.gov.br/moodle_unasus/cursos/hpv_livre)>. Acessos em: abr. maio 2014.
3. TEIXEIRA A.M.S; ROCHA, C.M.V. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 3, p. 217-226, 2010.
4. MORAES, J.C. et al. Qual é a cobertura vacinal real?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 3, p. 147-153, 2003.
5. LUHM, K.R.; CARDOSO, M.R.A.; WALDMAN, E.A. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 90-98, 2011.
6. NIGENDA-López G, OROZCO E, LEYVA R. Motivos de no vacunación: un análisis crítico de la literatura internacional, 1950-1990. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 313-321, 1997.
7. PEREIRA IC. **Situação vacinal e motivo da não vacinação em crianças de zero a cinco anos no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul** [tese de mestrado]. São Paulo (SP): Unifesp; 2000.
8. JULIANO, Y, et al. Segunda etapa da Campanha Nacional de Multivacinação do município de São Paulo, 2005: perfil de cobertura de diferentes Unidades Básicas de Saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 1, p. 14-19, 2008.
9. QUEVEDO, J.P.; MORO, A. Implementação da vacina HPV no Brasil: Diferenciações entre a comunicação pública oficial e a imprensa midiática. In: XIII Congresso Brasileiro de Comunicação e Marketing Político - POLITICOM, 2014, São Paulo. Trabalhos do XIII Politicom, 2014. p. 1-15.
10. OLIVEIRA, M.D. e tal. Análise de fatores associados à não aceitação da vacina contra hepatite B em adolescentes escolares de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1247-1252, 2007.
11. ARAÚJO TME, et al. Cobertura vacinal e fatores relacionados à vacinação dos adolescentes residentes na área norte de Teresina/PI. **Rev. Eletr. Enf.** v.12, n. 3, p. 502-10, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a13.htm>>

Artigo recebido em: 15/08/2017

Artigo aprovado em: 11/12/2017

Artigo publicado em: 20/12/2017