

CENTRODE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

EDNALDO AVELINO DA CONCEIÇÃO

**FATORES RELACIONADOS A NÃO VACINAÇÃO DOS
ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PARÁ, BRASIL**

Itaituba - PA
2019

EDNALDO AVELINO DA CONCEIÇÃO

**FATORES RELACIONADOS A NÃO VACINAÇÃO DOS
ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Dr. Jossehan Galúcio Da Frota.

Itaituba – PA

2019

EDNALDO AVELINO DA CONCEIÇÃO

**FATORES RELACIONADOS A NÃO VACINAÇÃO DOS
ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharelado em Enfermagem.

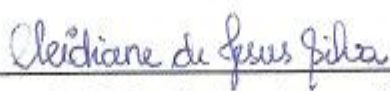
Orientador: Dr. Jossehan Galúcio Da Frota.

BANCA EXAMINADORA

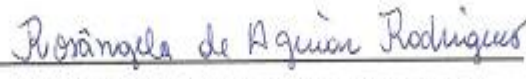
Presidente: _____ Nota: 100


Prof. Dr. Jossehan Galúcio da Frota.

Avaliador (a): _____ Nota: 100


Prof.ª Esp. Cleidiane de Jesus Silva.

Avaliador (a): _____ Nota: 100


Prof.ª Esp. Rosângela de Aguiar Rodrigues.

Resultado: APROVADO Média: 100

Itaituba-PA, 28 de março de 2019.

*Dedico este trabalho a toda minha família,
em especial meu pai, **Adalberto da Conceição**,
minha mãe, **Audira M^a Avelino da Conceição**,
minha esposa **Josilene dos Santos Soares**, e a
meu filho **Felipe Kauan Olivera da Conceição**.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer a Deus por ter me abençoado todos os dias, e ter me dado força para passar por cima de todas as dificuldades,

Ao meu Pai **Adalberto da Conceição** pelo pai exemplar que é, por ter criado eu e meus quatro irmãos e ter nos ensinados a ser cidadãos de bem, por ter mostrando que a educação é o caminho para nos tornamos pessoas melhores.

A minha mãe **Audira Maria Avelino da Conceição** pelas muitas orações que faz todos os dias pedindo que Deus nos abençoe e nos proteja, pela cobrança que ele sempre teve comigo e com meus irmãos, pelo apoio e alegria que teve quando soube que eu iria cursar uma faculdade, e por cada palavra de carinho, confiança, amor, que faz com essa minha vontade de vencer cada dia só aumente.

A meus irmãos **Edilberto Avelino da Conceição, Edney Avelino da Conceição, Edilson Avelino da Conceição e Edivaldo Avelino da Conceição** por sempre acreditarem em mim.

A minha tia **Jacimary Avelino Soares** que sempre me deu conselhos para que eu me divertisse na medida do possível, mais que nunca me esquecesse de me dedicar aos estudos,

Minha tia e segunda mãe **Eliana Cruz Avelino** que esteve comigo desde o começo até ao término dessa caminhada, e sempre me apoiou, e às vezes quando estava muito difícil, quando vinha aquele pensamento de desistir, ela estava ali para ajudar no que fosse preciso, e me dar força para continuar.

Agradeço a minha esposa **Josilene dos Santos Soares**, essa mulher maravilhosa que Deus colocou na minha vida, pois quando eu nem pensava em voltar a estudar, ela me incentivou e me inspirou para que juntos seguissemos essa caminhada tão árdua.

Ao meu filho **Felipe Kauan Oliveira da Conceição** que mesmo sem saber me inspira grandemente todos os dias, pois, tudo que faço na minha vida é pensando nele, e isso me deu força para que eu fosse em busca de realizar esse sonho, pois, é muito importante para mim passar esse exemplo para ele, e mostrar que quando se quer algo e você se dedica, tudo é possível.

Agradeço aos meus amigos de trabalho **Igor Monteiro, Rejane Abreu e Wanderson Maia** por muitas e muitas vezes trocar ou até mesmo tirar serviço para

mim, para que eu pudesse ir para faculdade, estágio, fazer o TCC entre outras. E por acreditarem que eu iria conseguir concretizar esse sonho.

A meu primo **Rodrigo Macêdo** e meus amigos e irmãos **Joilson Moraes, Olisson Barreto e Rafael Costa**, que sempre me deram força, acreditaram nessa conquista e acreditam no meu potencial, muitas vezes até mais do que eu mesmo acreditava.

A minha amiga e irmã **Elenilza Magalhães** que além de acreditar em mim, veio comigo nessa caminhada, e durante todo curso não mediu esforços para ajudar eu e minha esposa no que fosse preciso, isso não me surpreendeu, pois já sabia o quanto o coração dela é enorme.

A todos os meus colegas de sala de aula, e equipe de estágio, em especial **Alisson Costa, Eliziane Cristina, Tadaiane Suellem, Daniele Cardoso, Brenda Taynã e Geane**.

Aos **funcionários Hospital Municipal de Itaituba**, e das **Unidades Básicas de Saúde dos bairros Piracanã e Floresta**, por terem sempre nos recebido muito bem, e nos ajudado na medida do possível.

A todos **meus professores, por estes representados (Adriano, Anderson, Bruna, Carla, Cleidiane, Cleydson, Cristiane, Erickson, Gislane, Jossehan, Mara, Márcio, Maria Bernadete, Nelcilene, Rosângela e Wanda)** que sempre se dedicaram para passar o máximo do seu conhecimento para seus alunos, em busca de formar excelentes profissionais.

Ao **PROUNI** que através da minha nota no ENEM consegui uma bolsa integral para que eu pudesse cursar o curso de bacharelado em enfermagem.

A **Faculdade de Itaituba FAI**, por ter disponibilizado as vagas, e abrir portas da instituição para os bolsistas.

Agradeço todas as **escolas públicas** que estudei, onde mesmo com todas as dificuldades os servidores dão o seu máximo para preparar seus alunos para concorrer com igualdade a uma vaga em uma instituição nível superior, seja ela particular ou pública.

Agradecer a meu professor, orientador e meu grande amigo **Dr. Jossehan Galucio da Frota** por tudo que fez por mim e por minha esposa durante essa caminhada, agradecer pela dedicação que tem em passar seu conhecimento ao próximo, pela paciência, pelas cobranças que faz na busca de tirar o melhor de cada um, pela sua humildade, pela sua amizade, e por servir de inspiração para seus

alunos, e para as pessoas que assim como eu tem satisfação de dizer que tem você como amigo.

Esse ciclo conclui-se aqui, agora começarei um novo ciclo da minha vida, no que diz respeito a busca do conhecimento. Só tenho a agradecer por todos que de alguma forma fazem parte dessa história, e com certeza foram bem representados pelos nomes acima citados, obrigado.

*“É preciso coragem para ser diferente e
muita competência para fazer a diferença”*

(Roberta Carrilho)

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	-	Calendário de vacinação da SBIM – 2018/2019.....	23
Quadro 02	-	Disponibilização das Vacinas.....	24
Quadro 03	-	Vacina tríplice viral (SRV).....	25
Quadro 04	-	Vacina hepatite B.....	26
Quadro 05	-	Vacina HPV 4	28
Quadro 06	-	Vacina dupla bacteriana do tipo adulta (dT).....	29
Quadro 07	-	Vacina tríplice bacteriana acelular (dTpa).....	30
Quadro 08	-	vacina meningocócica WCYA.....	31
Quadro 09	-	Vacina febre amarela (FA).....	33
Quadro 10	-	Vacina influenza.....	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 -	Número de adolescentes entrevistados e suas respostas quanto ao motivo de não ter tomado as vacinas nos bairros selecionados do Município de Itaituba, Estado do Pará.....	43
Gráfico 02 -	Cobertura vacinal encontrada (coluna azul) nos adolescentes entrevistados nos bairros do Município de Itaituba, Estado do Pará. Coluna laranja: meta estabelecida pelo Ministério da Saúde.....	44
Gráfico 03 -	Número de entrevistados e as doses de vacina que faltam nos adolescentes dos bairros do Município de Itaituba, Estado do Pará.....	46

LISTA DE TABELA

Tabela 01 - Número entrevistados, gênero, faixa etária e escolaridade dos adolescentes em relação a cobertura vacinal nos bairros selecionados do Município de Itaituba, Estado do Pará.....	40
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACRV	-	Área com recomendação de vacinação
BA	-	Bahia
CTAI	-	Comitê Técnico Assessor de Imunizações
CV	-	Cobertura vacinal
CE	-	Ceará
DM	-	Doença meningocócica
dT	-	Difteria e Tétano
dTpa	-	Difteria, Tétano e Coqueluche
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
HPV	-	Vírus do Papiloma Humano
HBV	-	Vírus da Hepatite B
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	-	Infecção Sexualmente Transmissível
MG	-	Minas Gerais
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PA	-	Pará
PE	-	Pernambuco
PI	-	Piauí
PNI	-	Programa Nacional de Imunização
SBIIm	-	Sociedade Brasileira de Imunização
SCR	-	Sarampo, Caxumba e Rubéola
SI -PNI	-	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SNVE	-	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

A vacina é uma forma de profilaxia de grande importância na prevenção de doenças causadas por bactérias e vírus, ela vem sendo usada há muitos anos em todas as faixas etárias, nos últimos anos percebeu-se que a adolescência é uma fase da vida de grande suscetibilidade a doença, e ao mesmo tempo há uma grande dificuldade dos órgãos de saúde em manterem a vacinação dos adolescentes em dia. Até o momento não existem pesquisas que mostrem informações sobre a atual situação da cobertura vacinal dos adolescentes residentes no Município de Itaituba. O presente estudo tem por objetivos conhecer se os adolescentes têm carteira vacinal e se estão em dia. Descrever as vacinas que faltam e identificar se eles sabem a importância de manter suas vacinas em dia. Caso não esteja em dia, conhecer o motivo dessa situação. Além de apresentar o perfil sociodemográfico dos entrevistados. Essa pesquisa é de natureza teórica-empírica, descritiva, de levantamento, utilizando dados primários e com abordagem quanti-qualitativos, auxiliado por um questionário estruturado. O estudo foi realizado em seis bairros do Município de Itaituba, coletando-se informações de 120 adolescentes. A faixa etária variou entre 10 e 14 anos; composto predominantemente pelo gênero feminino com baixa escolaridade. A maioria tinha carteira vacinal, porém, atrasadas, devido ter esquecido de ir se vacinar ou não encontrar a vacina na UBS. As vacinas contra HPV e meningite C foram as que obtiveram menor cobertura vacinal; entre as vacinas atrasadas foi verificado que as que têm mais de uma dose, são as com maiores índices de abandono. Os entrevistados sabem sobre a importância de manter suas vacinas em dia. Esta fase de idade exige um cuidado dobrado tanto da família, quanto dos profissionais de saúde, no que se refere a saúde do adolescente.

Palavras chave: Adolescentes. Cobertura vacinal. Enfermeiro. Profilaxia. Vacina.

ABSTRACT

The vaccine is a form of prophylaxis of great importance in the prevention of diseases caused by bacteria and viruses, it has been used for many years in all age groups, in recent years it has been realized that adolescence is a phase of life of great susceptibility the disease, and at the same time there is a great difficulty for health agencies to keep the vaccination of the adolescents up to date. To date, there are no studies that show information about the current situation of vaccination coverage of adolescents living in the municipality of Itaituba. The present study aims to know if the adolescents have a vaccination card and if they are up to date. Describe the vaccines that are missing and identify if they know the importance of keeping your vaccines up to date. If you are not up to date, know the reason for this situation. In addition to presenting the sociodemographic profile of the interviewees. This research is of theoretical-empirical nature, descriptive, of survey, using primary data and with quantitative-qualitative approach, aided by a structured questionnaire. The study was carried out in six neighborhoods of the Municipality of Itaituba, with information from 120 adolescents. The age range ranged from 10 to 14 years; predominantly female gender with low schooling. Most had a vaccination card, but they were late because they forgot to go and get the vaccine or not to find the vaccine at the UBS. Vaccines against HPV and meningitis C were the ones that obtained lower vaccine coverage; among the delayed vaccines it was verified that those with more than one dose are the ones with the highest dropout rates. Respondents know about the importance of keeping their vaccines up to date. This age phase requires a double care of the family, as well as of the health professionals, regarding the health of the adolescent.

Keywords: Adolescents. Vaccination coverage. Nurse. Prophylaxis. Vaccine.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1	HISTÓRIA DA VACINA.....	17
2.2	O QUE É A VACINA E COMO É FABRICADA?.....	18
2.3	PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (PNI).....	19
2.4	VACINAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	20
2.5	IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA COBERTURA VACINAL.....	21
2.6	CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE.....	22
2.7	TRÍPLICE VIRAL (SRV).....	25
2.8	HEPATITE B (HBV).....	26
2.9	PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV).....	27
2.10	DUPLA BACTERIANA DO TIPO ADULTO (dT).....	29
2.11	TRÍPLICE BACTERIANA ACELULAR (dTpa).....	29
2.12	MENINGITE C.....	31
2.13	FEBRE AMARELA.....	32
2.14	INFLUENZA.....	33
2.15	DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E EPIDEMIOLÓGICOS.....	34
3	METODOLOGIA.....	37
3.1	LOCAL DE ESTUDO E COLETA AMOSTRAL.....	37
3.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	38
3.3	ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS.....	38
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5	CONCLUSÃO.....	47
	REFERENCIAS.....	49
	APÊNDICE.....	55

1 INTRODUÇÃO

A vacinação é uma das medidas mais importantes na prevenção contra doenças, além de ser juntamente com a água de qualidade as que oferecerem o melhor custo benefício. Atua protegendo o corpo humano de vírus e bactérias que provocam vários tipos de enfermidades. É de grande importância tanto individualmente como coletivamente, pois quanto mais pessoas protegidas, menor é a chance de que fiquem doentes (MOURA, 2014).

A prevenção de doença através da vacina já vem sendo usada há muitos anos em todas as faixas etárias de idade, pois percebeu-se que a vacina é um método de prevenção eficaz, diminui o índice de doenças causadas por vírus e bactérias, fazendo com que diminua a quantidade de pessoas internadas por doenças imunopreveníveis, desta forma sobra mais vagas para pessoas que necessitam de uma internação por outra enfermidade, além de diminuir a taxa de mortalidade (BALLALAI; BRAVO, 2016).

A imunização é importante em todas as fases da vida, porém observou-se que a vacinação na adolescência ainda representa um grande desafio tanto individual, quanto familiar e social. Pode dar-se pela falta de informação dos meios de comunicação ou do profissional de saúde sobre o assunto, falta de interesse do adolescente ou até mesmo da família (EINLOFT; SCHNEIDER, 2012).

É de extrema importância que o adolescente receba o máximo de informação possível, podendo ser através da família, dos meios de comunicação, dos profissionais de saúde ou qualquer outro meio que possa lhe manter informado, pois só através de uma boa estratégia pode-se fazer com que os adolescentes se conscientizem da importância de se manter imunizado (MOURA, 2014).

Manter o quadro de vacina da população em dias é um desafio para os profissionais de saúde, se tratando de adolescentes essa missão pode se tornar ainda mais complicada, pois a adolescência é uma fase de transição da infância para a vida adulta, onde o adolescente começa a conhecer novas pessoas, adquirir novos hábitos e começam a querer levar uma vida independente (EISENSTEIN, 2005).

Pensando nesse desafio, surgiram os seguintes questionamentos: os adolescentes têm carteira de vacina? Suas vacinas estão em dia? Quais vacinas e as doses estão faltando? Qual a importância de manter suas vacinas em dia? Qual o

motivo de não ter tomado as vacinas? Qual o perfil sociodemográfico dos entrevistados?

O presente estudo tem por objetivos conhecer se os adolescentes têm carteira de vacina e se as suas vacinas estão em dia. Descrever as vacinas que estão faltando. Identificar se eles sabem a importância de manter suas vacinas em dia. Caso não tenham tomado as vacinas, conhecer o motivo de não ter tomado. Além de apresentar o perfil sociodemográfico (idades, gênero e escolaridade) dos entrevistados.

Apesar desse tema ser extremamente relevante para saúde pública, até o presente momento, não existem estudos que mostrem informações sobre a atual situação da cobertura vacinal dos adolescentes residentes no Município de Itaituba.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRIAS DA VACINA

O termo vacina vem do latim e significa “de vaca”, foi descoberta pelo cientista e médico inglês Edward Jenner em 1796, após observar que ordenhadores que contraíam a doença cowpox, ficavam resistentes à varíola. Em 1804 a vacina contra varíola chega ao Brasil pelo Marquês de Barbacena (MOURA 2014).

Apenas quase um século depois do desenvolvimento da vacina antivariólica por Jenner surgiu então a vacina contra raiva por Pasteur, e nos anos seguintes a produção de novas vacinas, onde muitas compõem atualmente nosso calendário vacinal (HOMMA *et al.*, 2011).

Apesar da imunização ser um grande avanço no que diz respeito a medidas profiláticas, isso só foi possível por alguns fatores, como prejuízos na agricultura, na veterinária ou medo de epidemias, encorajaram pesquisadores da época a realizarem estudos com o objetivo de aprimorarem as vacinas já existentes ou descobrir novas vacinas (EINLOFT; SCHNEIDER, 2012).

Em outubro de 1904 foi aprovada a lei de vacinação obrigatória, projeto esse apresentado por Oswaldo Cruz, onde tornava a vacinação e revacinação obrigatória em todo país, isso fez com que surgisse um movimento no Rio de Janeiro que em poucos dias, ficou conhecido como a revolta da vacina (MOURA, 2014).

Oswaldo Cruz através de suas medidas sanitárias e profiláticas teve grande importância no combate às várias doenças que possam ser prevenidas através da vacina, muitas dessas que surgiram naquela época e outras que vieram surgindo no decorrer dos anos até os dias de hoje, além de ter sido muito importante na erradicação da varíola no Brasil (HOCHMAN, 2011).

A erradicação da varíola no Brasil e as campanhas de vacinação contra febre amarela, tuberculose e poliomielite nos anos 40 e 50 tiveram um grande papel na conscientização da população sobre a importância da vacina e seus efeitos, além de alavancar a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI), e do (SNVE) Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (EINLOFT; SCHNEIDER, 2012).

A vacina é uma substância feita no intuito de adquirir imunidade, podendo ser introduzida no corpo de uma pessoa, ou até mesmo de um animal com o propósito de produzir anticorpos que irão defendê-los de organismos como vírus ou bactérias, que podem causar doenças (BALLALAI; BRAVO, 2016).

Os vacinadores, as vacinas fabricadas, as campanhas realizadas, os novos objetos para uso da vacina incorporados no Sistema Único de Saúde, a erradicação da varíola e a preocupação do poder público com a imunização, fez a população aceitar e entender a importância da vacina, criando assim uma cultura de imunização na sociedade brasileira (HOCHMAN, 2011).

2.2 O QUE É A VACINA E COMO É FABRICADA?

Para Moura (2014), a vacina e a disponibilidade de água de qualidade são as duas intervenções da saúde pública de melhor custo-benefício, onde o enfermeiro é um dos grandes responsáveis para que o programa de vacinação tenha os resultados esperados.

A vacina é uma grande descoberta da humanidade, e o custo benefício é evidente, pois, diminui o adoecimento, consequentemente a internações, fazendo com que essas vagas sejam utilizadas para atendimento de outras enfermidades, além de reduzir a taxa de mortalidade por doenças imunopreveníveis (BALLALAI; BRAVO, 2016).

A vacina é uma medida profilática artificial de grande importância na prevenção de várias doenças imunopreviníveis, seu papel é o de trazer a imunização para o ser humano, através do estímulo do sistema imunológico para a produção de anticorpos que possam proteger o organismo de doenças causadas por vírus ou bactérias (SANTOS *et al.*, 2005).

A imunização é uma forma de conseguir proteção a maioria dos agentes infecciosos, podendo ela ser ativa, produzida pelo corpo após exposição a um antígeno, ou passiva podendo ser produzida sem estímulo de um antígeno, sendo ela de forma natural ou até mesmo artificial (HOCHMAN, 2011).

A imunização pode ser ativa natural quando o indivíduo for exposto de forma natural a diversos patógenos, resultando em uma resposta imune a eles. É ativa artificial quando é administrado patógenos vivos ou mortos, ou seus componentes em um indivíduo (SANTOS *et al.*, 2005).

A Imunização pode ser passiva natural, quando é adquirida através da placenta ou do colostro da mãe, e passiva artificial quando é transferida artificialmente através de uma injeção de gamaglobulinas de outros indivíduos ou de um animal imunizado (EINLOFT; SCHNEIDER, 2012).

A vacina pode ser fabricada basicamente pelo próprio agente que causa a infecção, alguma substância extraída dele ou bem próxima desse agente infeccioso, que pode ser preparada em laboratório, sendo ela fabricada do agente atenuado ou do agente inativo (MOURA, 2014).

As vacinas atenuadas são fabricadas de agentes vivos bastante enfraquecidos, fazendo com que ofereçam riscos, mesmo que pequenos, por esse motivo contraindicada em mulheres que estejam grávidas e também em pessoa que por algum motivo estejam com o seu sistema imunológico imunodeprimido (BALLALAI; BRAVO, 2016).

As vacinas inativas são fabricadas por microrganismos mortos por agentes químicos ou físicos, e por esse motivo o risco de algum tipo de infecção causada pelo microrganismo não existirá, sendo assim, não há contraindicação para grávidas e pessoas imunodeprimidas (HOCHMAN, 2011).

O sistema imunológico tem a capacidade de recordar um agente infeccioso já combatido, apesar dessa memória imunológica não chegar a 100%, diminuía consideravelmente o risco do ser humano adquirir uma doença imunoprevenível mais que uma vez (SANTOS *et al.*, 2005).

A vacina divide-se em quatro principais grupos, onde estão incluídas as vacinas inativadas por produtos químicos ou calor; vacinas atenuadas por processos artificiais; vacina de organismos modificados em laboratório, com características não patogênicas mais com antígenos de outro vírus; e vacinas de componentes dos agentes infecciosos ou uma parte dele (MOURA, 2014).

2.3 PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (PNI)

O Programa Nacional de Imunização surgiu em 1973 com o objetivo de coordenar as ações de imunização, quatro anos após seu surgimento ele veio implantar a caderneta de vacinação e tornar obrigatório que os pais vacinassem seus filhos menores de um ano de idade (EINLOFT; SCHNEIDER, 2012).

O PNI é reconhecido como um dos mais completos entre os países em desenvolvimento, isso se dá pela sua alta capacidade técnica, por ser pioneiro na introdução da vacina rotavírus, e por estar sempre em busca de novas vacinas para serem introduzidas no calendário vacinal (HOMMA *et al.*, 2011).

O PNI revolucionou o cenário nacional no que diz respeito a vacinação, pois através dele surgiram os dias nacionais de vacinação, as multivacinações em boa

parte do território nacional, e o lançamento do zé gotinha um ícone da luta contra a poliomielite, doença que veio ser reconhecida internacionalmente em 1994 como uma doença de transmissão erradicada no Brasil (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

O PNI é desenvolvido dentro do sistema único de saúde (SUS), que preza pela universalidade, integralidade e participação da comunidade, ele busca levar a vacina para todos, independentemente de raça, religião, poder econômico ou qualquer outra diferença social (EINLOFT; SCHNEIDER, 2012).

O calendário nacional de vacinação é definido pelo Programa Nacional de Imunização juntamente com o Comitê Técnico Assessor de Imunização, os dois são os responsáveis a definirem as vacinas a serem aplicadas na população, as faixas etárias, doses, períodos, grupo alvo e situações especiais (MOURA, 2014).

2.4 VACINAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

O Estatuto da Criança e do Adolescente o (ECA), é o conjunto de normas do ordenamento jurídico brasileiro que tem como objetivo a proteção integral da criança e do adolescente, e o mesmo definiram a adolescência como o período da vida que se estende dos doze anos de idade completos, até dezoito anos (BRASIL, 1990).

A adolescência de forma geral é definida como o período que vai dos 10 anos completos, aos 19 anos de idade, porém a divide em três fases, sendo elas a pré – adolescência que vai dos 10 aos 14 anos, a adolescência dos 15 aos 19 anos e a juventude que também começa nos 15 anos porém se estende até os 24 anos de idade (OMS, 1986).

A vacinação do adolescente ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde, isso faz com que aumente a responsabilidade destes em estarem cada dia mais preparados para vencer algumas barreiras, que vai desde a falta de conhecimento do adolescente sobre as vacinas, até a linguagem utilizada pelo profissional na abordagem à esses adolescentes (FEIJÓ, 2014).

A adolescência é uma fase complicada em vários aspectos, e não é diferente quando se trata do tema vacinação na adolescência, é de suma importância que o profissional de saúde saiba abordar o adolescente para tratar do tema, pois através de uma abordagem de qualidade, o adolescente pode se sentir mais confiante, fazendo com que sua adesão seja mais tranquila (BRASIL, 2013).

O adolescente necessita de programas voltados a ele onde a vacina deva estar incluída, o profissional de saúde deve aproveitar as consultas de rotina para

falar sobre a importância da imunização, ou até mesmo usar de outras estratégias que possam de alguma forma alcançar o público alvo (BALLALAI; MONTEIRO; MIGOWSKI, 2007).

Profissional de saúde devem esclarecer as dúvidas do adolescente sobre o tema vacina, falar sobre os benefícios que a vacina trás, para que serve cada vacina do calendário dessa faixa etária, transmitir segurança, buscando a confiança do adolescente fazendo com que o mesmo passe a ter interesse em cuidar da sua saúde através da prevenção (FEIJÓ, 2017).

A adolescência é uma fase de transição, onde a criança passa para uma nova fase da sua vida onde mudanças começam a acontecer, adquirem novas experiências que trazem com elas diversos riscos, como por exemplo, o alto risco de adquirir doenças como tétano, hepatite b, HPV devido à alta susceptibilidade do adolescente a essas doenças (PEREIRA *et al.*, 2013).

A taxa de vacinação dessa faixa etária ainda é muito baixa, quando comparada com as dos grupos dos idosos, crianças e adultos, ficando nítida a diferença, é importante que se monte estratégias que busquem melhorar e até mesmo aumentar de forma considerável a cobertura vacinal (CV) dos adolescentes (FEIJÓ, 2014).

Para a vacina cumprir seu papel deve primeiro passar pela dificuldade na produção, por ter um custo alto, além de depender de uma infraestrutura para procedimento de armazenamento, para que haja uma distribuição de qualidade em torno do país até o momento de sua administração, se tornando mais complicado por ser em um país de clima tropical (SANTOS; OLIVEIRA, 2018).

2.5 IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA COBERTURA VACINAL

A vacina é de responsabilidade do enfermeiro e da equipe de enfermagem, pois eles que tem a missão de planejar, organizar, supervisionar e fazer com que todas as atividades da unidade básica de saúde, incluindo as voltadas as vacinas sejam executadas (EINLOFT; SCHNEIDER, 2012).

O enfermeiro é responsável pela supervisão, educação permanente da equipe, orientação do usuário, gerenciamento de possíveis reações adversas, além de estar presente diariamente para atuar na vacinação e manutenção no sistema de registro e monitoramento da conservação dos imunobiológicos (RIBEIRO; MELO; TAVARES, 2017).

A enfermagem além de ter a responsabilidade pelo funcionamento da sala de vacina, deve participar não só da administração dos imunobiológicos, mas também tem um papel essencial na orientação quanto a importância da cobertura vacinal (SOUSA; VIGO; PALMEIRA, 2012).

A responsabilidade do enfermeiro no que diz respeito a vacina, não é restrita apenas a sala de vacina, ele deve desenvolver ações educativas em saúde sempre que possível com a população, abordando e discutindo com a comunidade, a melhor forma de transmitir a mensagem para outros grupos (MARCHIONATTI; DIAS; SANTOS, 2003).

Neste sentido a equipe da Estratégia de Saúde da Família assume um papel importantíssimo, pois ela em suas visitas domiciliares, realizam a verificação da caderneta e a situação vacinal e encaminha a população à unidade básica de saúde para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação (BRASIL, 2014a).

A alta demanda de atividades exercidas pelo enfermeiro, muitas delas que nem sempre são inerentes à sua profissão, mais precisam ser realizadas para melhor funcionamento do serviço de saúde, acabam afetando a execução e a qualidade de supervisão da sala de vacina. o enfermeiro necessita que a equipe esteja empenhada para que assim todos possam desenvolver um bom trabalho (RIBEIRO; MELO; TAVARES, 2017).

É imprescindível que o enfermeiro tenha alto poder de percepção, pois devidos a diversos fatores como o nível cultural e econômico dos pais, crenças, superstições, mitos e credos religiosos, muitos acabam deixando de vacinar seus filhos. Isto requer o conhecimento do enfermeiro para identificar qual situação envolve a não adesão ao calendário vacinal (SOUSA; VIGO; PALMEIRA, 2012).

2.6 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE

O calendário vacinal é elaborado através de estudos epidemiológicos, necessidade de inclusão de uma nova vacina, características da população, perfil epidemiológico das regiões e características imunológicas em relação a idade. Entre os princípios calendários vacinais destaca-se o da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) (MOURA, 2014).

Quadro 01 - Calendário de vacinação da SBIm – 2018/2019.

VACINA	ESQUEMAS E RECOMENDAÇÕES
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola).	Duas doses acima de 1 ano de idade, intervalo mínimo de um mês. Adolescentes com esquema completo, considerar terceira dose em situações de surto de caxumba e risco para a doença.
Hepatite A,B ou A e B	Hepatite A: duas doses, no esquema 0 - 6 meses.
	Hepatite B: três doses, esquema 0 - 1 - 6 meses.
	Hepatite A e B: para menores de 16 anos: duas doses aos 0 - 6 meses. A partir de 16 anos: três doses aos 0 - 1 - 6 meses.
HPV	Esquema não iniciado aos 9 anos, aplicar a vacina o mais precocemente possível. O esquema para meninas e meninos menores de 15 anos é de duas doses com intervalo de seis meses (0 - 6 meses). Adolescentes com idade ≥ 15 anos, não imunizados anteriormente, esquema de três doses (0 - 1 a 2 - 6 meses)
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP. Dupla adulto (difteria e tétano) – Dt	Com esquema de vacinação básico completo: dose de reforço, preferencialmente com dTpa, dez anos após a última. Básico incompleto: uma dose de dTpa a qualquer momento e completar com dT de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico. Não vacinados e/ou histórico vacinal desconhecido: uma dose de dTpa e duas de dT no esquema (0 - 2 - 4 a 8 meses).
Varicela (catapora)	Suscetíveis: duas doses., menores de 13 anos: intervalo de três meses e a partir de 13 anos: intervalo de um a dois meses
Influenza (gripe)	Dose única anual.
Meningocócica conjugada ACWY	Não vacinados na infância: duas doses, intervalo de cinco anos. Vacinados na infância: reforço aos 11 anos ou cinco anos após o último reforço na infância.
Meningocócica B	Duas doses com intervalo de um a dois meses.
Febre amarela	Uma dose, dependendo do risco epidemiológico, uma segunda dose pode ser considerada, em especial para aqueles vacinados antes dos 2 anos de idade, pela maior possibilidade de falha vacinal primária.
Dengue	Recomendada para adolescentes soropositivos, esquema de três doses com intervalo de seis meses (0 - 6 - 12 meses).

Fonte: SBIm (2018).

Nos últimos anos a adolescência é vista como uma faixa etária de prioridade no que diz respeito a imunização, muito se dá pela a alta suscetibilidade que o adolescente tem de adquirir algumas doenças, dessa forma o calendário de vacinação do adolescente é de grande relevância (FEIJÓ, 2017).

A cobertura vacinal é indicada de acordo com cada vacina, no caso das vacinas do calendário do adolescente, é indicada uma cobertura de 80% para a vacina contra o HPV; 95% para as meningites C, tríplice viral e hepatite B; 100% para dT, dTpa e a contra febre amarela em áreas com recomendação de vacinação (ACRV) (BRASIL, 2015).

O adolescente e seus responsáveis devem ser informados que existem outros tipos de vacinas que não são disponibilizadas na rede pública (Quadro 02), para que possa decidir sobre a prevenção de algumas doenças através dessas vacinas (BALLALAI; BRAVO, 2016).

Quadro 02 - Disponibilização das Vacinas.

VACINAS	GRATUITAS NAS UBS	CLÍNICAS PRIVADAS
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola).	Sim, SCR (2 doses)	Sim, SCR e SCRv
Hepatite A	Não	Sim
Hepatite B	Sim	Sim
Hepatite A e B	Não	Sim
HPV	Sim, HPV4 –duas doses meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11a 14 anos	Sim, HPV4 E HPV2
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto – dTpa ou dTpa-VIP e Dupla adulto – Dt	SIM, dT para todos., dTpa gestantes e puérperas até 45 dias após o parto	Sim, dTpa e dTpa-VIP
Varicela (catapora)	Não	Sim, varicela e SCRv
Influenza (gripe)	Sim,3V grupos de risco	Sim,3v e 4V
Meningocócica conjugada	Sim, MenC de 12 a 14 anos	Sim
Meningocócica B	Não	Sim
Febre amarela	Sim	Sim
Dengue	Não	Sim

Fonte: SBIm (2018).

2.7 TRÍPLICE VIRAL (SRV)

O sarampo é uma doença comum na infância, é extremamente contagiosa, de natureza viral e de grande transmissibilidade, podendo ser transmitida por vias aéreas, ou contato com a saliva ou secreções nasais de uma pessoa infectada, o agente envolvido na causa da doença é o Vírus do Sarampo, que pertence ao gênero *Morbillivirus*, da família *Paramyxoviridae* (RODRIGUES, 2009).

A caxumba também conhecida popularmente por papeira é uma doença transmitida pelo vírus da caxumba da família *Paramyxoviridae*, gênero *Paramyxovirus*. A transmissão ocorre por via aérea, ou por contato direto com saliva de pessoas infectadas, objetos com secreção do nariz e/ou boca. geralmente sua prevalência é em criança, tende a ser benigna, mais quando adquirida por adultos pode causar complicações (OLIVEIRA; SCOTA, 2014a).

A rubéola é uma doença aguda, de alta contagiosidade, transmitida pelo vírus do gênero *Rubivirus* da família *Togaviridae*, adquirida através da transmissão por via respiratória, ou de forma congênita pela mãe infectada, podendo causar nascimento prematuro do bebê, má formação ou até mesmo óbito. A vacina tríplice viral (Quadra 03) é usada na prevenção dessas doenças (EINLOFT; SCHNEIDER, 2012).

Quadro 03 - Vacina tríplice viral (SRV)

Indicação	Prevenção do sarampo, caxumba e rubéola.
Contraindica	História de reação anafilática após ingestão do ovo de galinha, uso de imunoglobina e de sangue dias prévios a vacina ou 15 dias após a vacinação, (deve se revacinar em três meses), e na gravidez
Composição	Combinada de vírus vivos atenuados do sarampo, caxumba e da rubéola. E neomicina como conservante, gelatina hidrolisada, sorbitol ou albumina humana como estabilizantes.
Apresentação	Forma liofilizada, frasco de dose única ou multidoses, e diluente
Conservação	Conservar entre +2C° e +8C°
Via de administração	Subcutânea na região do deltoide ou no glúteo.
Reações adversas	Hipertermia entre 5° e 12° dia após vacinação, discreto exantema entre 7° e 10° dia, e parotidite na 2° semana.

Fonte: Einloft e Schneider (2012).

O sarampo e a rubéola são tidos como doenças erradicadas no Brasil graças à vacinação. Porém recentemente houve um surto em Roraima e no Amazonas, regiões que receberam um grande número de venezuelanos com sarampo, outras regiões também tiveram surto de rubéola. (BALLALAI *et al.*, 2018).

2.8 HEPATITE B (HBV)

Hepatite é o nome dado ao processo inflamatório que causa a necrose dos hepatócitos, pode ser classificada como aguda com um período de no máximo seis meses ou até mesmo crônica mais seis meses de duração (MELÃO *et al.*, 2009).

O vírus da Hepatite B (HBV), *hepatovírus* da família Hepadnaviridae é um dos grandes responsáveis por doenças agudas do fígado, e estudos tem mostrado os adolescentes como um dos grupos de risco elevado, pois ele pode ser transmitido de diversas formas e por diversas vias de transmissão (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

A transmissão do vírus da hepatite B é através do sangue ou fluidos corpóreos, podendo ser por via: sexual, parenteral, perinatal e horizontal. sua prevenção se dá através da vacina (Quadro 4) contra o vírus da hepatite B (OLIVEIRA; ISIH; SCOTA, 2014b).

Quadro 04 – Vacina hepatite B.

Indicação	Prevenção da hepatite pelo vírus B
Contraindicação	Hipersensibilidade a qualquer componente da vacina.
Composição	Antígeno de superfície de vírus da hepatite Purificado e associado a adjuvante hidróxido de alumínio e timerosal como conservante.
Apresentação	Sob forma líquida em frasco de dose única ou múltipla.
Conservação	Deve ser conservado entre +2cº e +8cº
Via de administração	Via intramuscular face lateral da coxa, e, acima de 2 anos, no musculo deltoide.
Reações adversas	Mais comuns são: dor no local, eritema, febre, mal-estar, fadiga e cefaleia.

Fonte: Einloft e Schneider (2012).

A vacinação é a medida mais eficaz na prevenção da infecção e transmissão do vírus, porém os adolescentes ainda são resistentes a essa vacina, muito se

atribuí a quantidades de doses da vacina, e ao longo período (seis meses) que é necessário para a conclusão da cobertura vacinal. Mesmo período de tempo necessário para a o esquema da vacina contra o HPV (LIVRAMENTO *et al.*, 2009).

2.9 PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV)

O Papiloma vírus Humano (HPV) é um vírus que infecta pele ou mucosas (oral, genital ou anal), tanto de homens quanto de mulheres, provocando verrugas ano genitais e câncer, a depender do tipo de vírus, ela é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) (ZARDO *et al.*, 2014)

A adolescência é uma a fase da vida de alta vulnerabilidade para o contágio pelo HPV), nesta fase o adolescente está começando sua vida sexual e geralmente não faz uso de preservativo na primeira relação sexual ou nas próximas relações que venham acontecer nesta fase, aumentando assim o risco de acometimento do câncer do colo do útero nas mulheres (CIRINO; BORGES; NICHATA, 2010).

Dos mais de 150 genótipos diferentes do HPV os dos tipos 6 e 11 ,16 e 18 são os que apresentam maior probabilidade de lesões ano genitais e câncer do colo do útero, e são contra esses tipos de vírus em especial que a vacina contra o HPV tem o papel de combater (BRASIL, 2014b).

Atualmente no Brasil o os tipos de HPV 16 e 18 são os maiores causadores de tumores de colo do útero, cerca de 70% dos casos, não muito diferente do que acontece no restante do mundo, no que diz respeito a câncer de pênis, vulva e anos as taxas são equivalentes, quando verificado a prevalência de HPV em câncer de orofaringe a taxa e menor que outros países (VILLA, 2018).

O HPV e umas das IST de maior prevalência em todo o mundo. A população masculina é uma das maiores responsáveis através da relação sexual da transmissão da infecção de um dos maiores responsáveis pelo câncer do colo do útero, sendo depois do câncer de mama, um dos grandes causadores de mortes do sexo feminino (ZARDO *et al.*, 2014).

Uma das formas para contenção da transmissão do HPV seria a abstinência sexual em todas as idades, uma vez que o preservativo diminui o risco transmissão, porém não garante proteção total, além disso o vírus pode ser transmitido por atividade sexual sem penetração, medida essa que pode – se dizer que seria impossível implantar, sendo assim a imunização através da vacina ainda é o melhor meio de prevenção (NADAL; NADAL, 2008).

A vacina HPV quadrivalente foi introduzida no SUS em 2014 através do PNI, com esquema vacinal de 3 doses, para meninas de 9 a 13 anos, em 2016, diminuiu para duas doses, por estudos mostrarem a mesma proteção. Em 2017, ampliou-se a vacinação para as meninas de 9 a 14 anos e introduziu-se para os meninos de 11 a 14 anos de idade, além de grupos prioritários, mantendo – se até os dias atuais (BRASIL, 2014b).

As vacinas contra o HPV passaram por rigoroso testes, vários ensaios clínicos já foram contabilizados, os resultados foram satisfatórios com poucos registros de reações adversas graves, relacionados a composição das vacinas, porém no que diz respeito a cobertura vacinal, ainda tem muito a melhorar entre menino meninas de todo brasil (quadro 05) de uso preventivo (VILLA, 2018).

Quadro 05 - Vacina contra HPV4

Indicação	A vacina HPV é indicada para a imunização contra os genótipos de baixo risco HPV 6 e 11 e de alto risco HPV 16 e 18.
Contraindicação	Pessoas com hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes da vacina. Gestantes, no caso de gravidez após o início do esquema vacinal, suspender doses subsequentes até o período pós-parto. Caso a vacina seja administrada indevidamente na gravidez, nenhuma intervenção adicional é necessária, somente o acompanhamento pré-natal.
Composição	Proteínas L12,3 do Papiloma vírus Humano Tipo 6, tipo 11 , tipo 16 e tipo 18 associado a adjuvante sulfato de hidroxifosfato de alumínio amorfo , cloreto de sódio, L-histidina, polissorbato , borato de sódio e água para injetáveis
Apresentação	Frasco-ampola com 1 dose de 0,5 ml
Conservação	Conservar em temperaturas entre +2º e +8ºC.
Via de administração	Exclusivamente por via intramuscular, preferencialmente na região deltoide, na parte superior do braço, ou na região anterolateral superior da coxa.
Reações adversas	Dor no local de aplicação, edema e eritema de intensidade moderada, cefaleia, febre de 38ºC ou mais e desmaio

Fonte: Brasil (2014b).

2.10 DUPLA BACTERIANA DO TIPO ADULTO (dT)

A difteria é uma doença infectocontagiosa, que provoca inflamação e lesão em partes das vias respiratórias, é causada pela bactéria *Corynebacterium diphtherie* e transmitida pela aspiração de secreções de pessoas contaminadas ou objetos contaminados por estas secreções (BALLALAI; MONTEIRO; MIGOWSKI, 2007).

O tétano é uma doença infecciosa aguda não contagiosa causada pela bactéria *Clostridium tetani*, pode ser acidental através da contaminação de um ferimento; e neonatal em recém-nascido (RN), nos primeiros 28 dias de vida através da contaminação do coto umbilical, por instrumentos não esterilizados. A vacina (Quadro 06) é uma medida de profilaxia (BRASIL, 2014a).

Quadro 06 - Vacina dupla bacteriana do tipo adulta (dT).

Indicação	Difteria e Tétano
Contraindicação	Hipersensibilidade ao componente da vacina
Composição	Toxoides diftérico e tetânico, derivados das toxinas produzidas pelas bactérias causadoras das doenças; tem o sal de alumínio como adjuvante, cloreto de sódio, e água para injeção.
Apresentação	Forma líquida frascos individuais ou multidoses.
Conservação	A vacina deve ser conservada entre +2°C e +8°C.
Via de administração	Exclusivamente por via intramuscular, preferencialmente na região deltoide, ou na região do glúteo
Reações adversas	Dor no local de aplicação, edema e eritema de intensidade moderada, febrícula e mal-estar
Observação	Deve-se ser feito um reforço com a vacina (dT) a cada 10 anos, se possível substituir por dtpa para proteger contra coqueluche. No caso de não estar com esquema completo de 3 doses deve-se iniciá-lo e completa-lo.

Fonte: Einloft e Schneider (2012).

2.11 TRIPLICE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)

A coqueluche é uma doença respiratórias infecciosa aguda causada pelas bactérias *Bordetella pertussis* e, transmitida por gotículas de secreção eliminadas

por tosse, espirro ou até mesmo ao falar, é alta transmissibilidade e uma das grandes causadoras de mortalidade infantil (WILLEMANN *et al.*, 2014).

A vacina contra difteria tétano e coqueluche (dTpa) é indicada para gestante, pois também combate a coqueluche que por sua vez a vacina (dT) não dá essa proteção. Ela tem o papel de induzir anticorpos a gestante, que por sua vez transmite através da placenta ao feto, reduzindo assim a morbidade e mortalidade em crianças menores de seis meses (BRASIL, 2014C).

A dose da (dTpa) é distribuída de forma gratuita nas unidades básicas de saúde (UBS), é essencial que a grávida seja imunizada, pois o recém-nascido só irá receber a 1ª dose da penta com 2 meses de idade, e se sua mãe não receber essa dose durante a gravidez a criança estará desprotegida, pois não recebeu a imunização através da transferência transplacentária (BRASIL, 2014a).

Quadro 07 - Vacina tríplice bacteriana acelular (dTpa)

Indicação	Difteria, tétano e coqueluche em gestantes a partir da 20ª semana, e puérperas não vacinadas até 45 dias após o parto.
Contraindicação	Anafilaxia e eventos neurológicos subsequentes à administração da dT e dTpa contraindicam novas doses; Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes da vacina.
Composição	Toxoide diftérico, toxoide tetânico, antígeno <i>Bordetella pertussis</i> toxoide pertussis, Hemaglutinina filamentosa, Pertactina; Hidróxido de alumínio, fosfato de alumínio, cloreto de sódio e água para injeção. Contém resíduo de formaldeído, polissorbato 80 e glicina
Apresentação	Caixa com 10 seringas preenchidas monodose de 0,5 mL e 10 agulhas
Conservação	A vacina deve ser armazenada e transportada entre +2°C a +8°C e protegida da luz
Via de administração	Intramuscular região deltoide
Reações adversas	Dor, enrijecimento do local de aplicação e hiperemia, Temperatura axilar $\geq 40^{\circ}\text{C}$, convulsões febris, desmaio e fraqueza muscular.

Fonte: Brasil (2014a).

2.12 MENINGITE C

A meningite é um grande problema de saúde pública, casos já surgiram em todo mundo. A *Neisseria meningitidis* (meningococo) é transmitida por gotículas da tosse, espirro e beijo. Ocorre geralmente em épocas de frio, surgindo também em outras épocas, aumentando a importância da imunização (NEVES *et al.*, 2016).

Caracteriza-se por um processo de inflamação nas membranas que envolvem o encéfalo e a medula espinhal, que pode deixar sequelas como surdez, déficit neurológico e amputação de extremidades (MOTTA, 2015).

No Brasil dentre os 12 tipos do vírus existente o do tipo C continua sendo o maior causador das doenças meningocócicas, aumentando ainda mais a necessidade da vacinação (BRAVO *et al.*, 2018).

A rápida evolução, gravidade e letalidade, além do potencial caráter epidêmico, são algumas das características da doença meningocócica (DM), a vacina meningocócica C incorporada no Calendário Nacional de Vacinação desde 2010 é o método utilizado para a prevenção da doença (BRASIL, 2018a).

Quadro 08 –vacina meningocócica WCYA

Indicação	Prevenção de meningites e infecções generalizadas por meningococo dos tipos A, C, W e Y
Contraindicação	Pessoas que tiveram anafilaxia após o uso de algum componente da vacina ou após dose anterior.
Composição	Contém antígeno formado por componentes das cápsulas das bactérias (oligossacarídeos) dos sorogrupos A, C, W e Y conjugados a uma proteína
Apresentação	A vacina meningocócica C (conjugada) é apresentada sob a forma pó liofilizado e diluente para solução injetável.
Conservação	Temperatura entre 2 °C e 8 °C). Não congelar. Proteger da luz.
Via de administração	Intramuscular preferencialmente musculo deltoide e vasto lateral da coxa.
Reações adversas	Inchaço, endurecimento, hematoma e vermelhidão no local da aplicação; perda de apetite; irritabilidade; sonolência; cefaléia; febre; calafrios; cansaço; dor muscular; diarreia, vômito e náusea; erupções na pele e dor nas articulações.

Fonte: SBim (2018).

2.13 FEBRE AMARELA

A febre amarela (FA) é uma doença infecciosa, porém não contagiosa, endêmica em países América do sul e África, sua transmissão é dada através da picada de insetos hematófagos do gênero *Aedes* e *Haemagogus* da família *Culicidae*. O Brasil é um dos países atingidos, onde surgem periodicamente surtos isolados ou epidemias de maior ou menor impacto em saúde pública (VASCONCELOS, 2003).

É uma doença que não escolhe de raça, idade ou gênero. Qualquer pessoa que esteja em uma situação de risco está suscetível a doença. Ela pode se manifestar através de uma febre leve até uma infecção grave, podendo trazer problemas hepáticos, cardíacos, hemorragia, falência renal e choque (MOTTA, 2015).

No ciclo urbano o responsável pela transmissão diretamente ao homem é o mosquito *Aedes aegypti*, porém os últimos houveram surtos, onde foram detectados que os mesmos eram de febre amarela silvestre, transmitida através do mosquito *Haemagogus*, que acabou infectando acidentalmente o homem, já que o hospedeiro natural é o macaco (VASCONCELOS, 2002).

O país passou um período de grande transmissão da FA silvestre em algumas brasileiras, em especial o centro-oeste, com registro de casos de febre amarela em humanos, e mortes de macacos na mesma época, acendendo uma luz na adoção de medidas de prevenção de casos humanos e controle de transmissão (FEIJÓ, 2017).

Estes surtos que acontecerem de FA nas últimas décadas, apresentando assim um grande número de óbitos até janeiro de 2018, se dá por vários fatores de riscos, como por exemplo: o crescimento das cidades invadindo assim as áreas de matas, o trânsito maior de pessoas nessas áreas, tráfico de animais silvestres e a baixa ou não cobertura vacinal em áreas de risco (BALLALAI *et al.*, 2018).

É uma doença de notificação compulsória que deve ser imediatamente notificado, para que possa ser descartado ou confirmado laboratorialmente o caso, agilizando assim o tratamento dos sintomas (MOTTA, 2015).

A vacinação é a única forma eficaz de proteção contra doença (quadro 09), conferindo imunidade por pelo menos 10 anos, e até mesmo para a vida toda, é importante a imunização de todos que estão dentro dos grupos de risco (VASCONCELOS, 2002).

Quadro 09 – vacina febre amarela (FA)

Indicação	Contra a febre amarela em residentes ou viajantes que se deslocam para as áreas com recomendação de vacinação (ACRV) e países com risco para a doença, a partir dos 9 meses de idade, conforme Calendário Nacional de Vacinação.
Contraindicação	Crianças abaixo de 6 meses de idade, ou mulheres amamentando bebês com menos de 6 meses. Se a vacinação não puder ser evitada, suspender o aleitamento materno por 10 dias. Procure o pediatra para mais orientações. Gestantes, mas a administração deve ser analisada de acordo com o grau de risco, por exemplo, na vigência de surtos. A vacinação de indivíduos a partir de 60 anos deve ser evitada, a menos que haja alto risco de infecção. Indivíduos infectados pelo HIV, sintomáticos e com imunossupressão grave comprovada por exame de laboratório, pacientes submetidos a transplante de órgãos, pacientes com câncer, pessoas com história de reação anafilática relacionada a substâncias presentes na vacina
Composição	No Brasil a Fiocruz produz a vacina utilizada pela rede pública, elaborada a partir de vírus vivo atenuado, cultivado em ovo de galinha. Apresenta em sua formulação a presença de gelatina bovina, eritromicina, Canamicina, cloridrato de L-histidina, L-alanina, cloreto de sódio e água para injeção. Já a da Sanofi Pasteur contém: lactose, sorbitol, cloridrato de L-histidina, L-alanina e solução salina.
Apresentação	A vacina febre amarela é apresentada sob a forma liofilizada em frasco multidose, e uma ampola de diluente.
Conservação	Entre +2°C e +8°C, não podendo ser congelada
Via de administração	Subcutânea musculo deltoide
Reações adversas	Apesar de raros, podem acontecer: reações alérgicas, doença neurológica, dor no local, como febre, dor de cabeça e muscula

Fonte: SBim (2018).

2.14 Influenza

Influenza é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. A transmissão ocorre por meio de secreções das vias respiratórias da pessoa contaminada ao falar, tossir, espirrar ou por objetos contaminados com secreções.

A vacinação contra influenza mostra-se como uma das medidas mais efetivas para a prevenção da influenza grave e de suas complicações. Encontrada no SUS para grupos prioritários (BRASIL, 2018b).

Quadro 10 – Vacina Influenza

Indicação	Imunização ativa contra a influenza causada pelos tipos A e B de vírus influenza a partir de 6 meses de idade.
Contraindicação	Contraindicada para uso por indivíduos com história de reação alérgica grave às proteínas do ovo (ovo ou produtos do ovo), às proteínas de galinha, a qualquer componente da vacina (ou seja, como definido na composição, incluindo os resíduos de fabricação), ou após a administração prévia desta vacina ou a outra vacina contendo os mesmos componentes. Crianças menores de 6 meses de idade.
Composição	Sua formulação contém proteínas de diferentes cepas do vírus Influenza definidas ano a ano conforme orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS). As cepas vacinais são cultivadas em ovos embrionados de galinha e, por isso, as vacinas contêm traços de proteínas do ovo.
Apresentação	Frasco - ampola multidoses com 10 doses de 0,5 ml.
Conservação	A vacina deve ser armazenada e transportada entre +2°C a +8°C.
Via de administração	Intramuscular ou subcutânea.
Reações adversas	Manifestações como dor no local da injeção, eritema e endurecimento ocorrem em 15% a 20% dos pacientes, sendo benignas autolimitadas geralmente resolvidas em 48 horas, além de febre, mal-estar e mialgia.

Fonte: Brasil (2018b).

2.15 DADOS SOCIO-ECONÔMICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

De acordo com o IBGE (2010), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, identificou em seu último censo que a população brasileira no ano de 2010 era de 190.755.799 habitantes, onde cerca de 51,0% (n = 97.285.458.) era constituído por mulheres; e 49,0% (n = 93.470.341) constituído por homens.

Brasil (2017) em estudo realizado identificou que 14,3% (n = 27.348.080) do total de habitantes do Brasil, foram matriculados no ensino fundamental e apenas 4,1% (7.930.384) destes foram matriculados no ensino médio

Brasil (2006) através da lei 11.274 de 2006 estabelece que o ensino fundamental obrigatório, inicia-se aos 6 (seis) anos de idade e tem duração no mínimo de 9 (nove) anos, encerrando o ensino fundamental aos 14 anos de idade se não desistir ou reprovar algum ano.

Segundo Pereira *et al.* (2013), realizaram um estudo em Belo Horizonte (MG) com 210 adolescentes sobre a cobertura vacinal e notaram que dos entrevistados, 55,0% (n = 115) são do gênero feminino e 45,0% (n = 95) masculino; da faixa etária, 55,3% (n = 116) tinha entre 10 a 13 anos; 26,7 (n = 56) entre 14 e 16; no momento da entrevista 51,9% (n = 109) declararam que estão cursando o ensino fundamental; 71,5% (n = 150) tem carteira; e 28,5% (n = 60) não tinha carteira de vacina. Dentre eles 50,7% (n = 76) entrevistados estavam com o cartão de vacinas em dia, e 49,3% (n = 74) em atraso. Notaram que dos entrevistados, apenas 31,4% (n = 66) foram vacinados contra febre amarela; 62,8% (n = 132) vacinados pela dT e 62,8% (n = 132) vacinados pela vacina contra hepatite B.

Lemos *et al.* (2013) em estudo feito em uma escola municipal de Ananindeua (PA) com 67 adolescentes sobre sua situação vacinal, identificou que 100,0% (n = 67) dos adolescentes tinha ensino fundamental incompleto; apenas 18,0% (n = 12) estava com todas as vacinas em dia; 46,0% (n = 31) faltavam pelo menos uma vacina e 36,0% (n = 24) não tinha carteira; a cobertura vacinal foi de 13% (n = 10) para febre amarela; 20,9% (n = 14) tríplice viral; 26,9 % (n = 18) dupla do tipo adulto; e 52,2% (n = 35) hepatite B. Após serem questionados sobre qual o motivo de não terem tomado suas vacinas? Dos 76,1% (n = 51) adolescentes que responderam à pergunta, 45,1% (n = 23) disseram ter perdido a carteira, 31,4 % (n = 16) ter esquecido de ir se vacinar, 19,6% (n = 10) desconhecer as vacinas necessárias para o adolescente e 3,9% (n = 2) afirmaram não encontrar a vacina na UBS.

Carvalho e Araújo (2010) em um estudo realizado em Teresina (PI) com 261 adolescentes sobre cobertura vacinal foi observado que em relação a faixa etária dos participantes 59,4% (n = 155) estavam com idade entre 10 e 14 anos; 55,2% (n = 144) deles são do sexo feminino; apenas 32,2% (n = 84) estão com todas suas vacinas em dia, destes 63,0%(n = 53) tem entre 10 e 14 anos e 37%(n = 31) entre 15 e 19 anos de idade 35,2% (n = 92) do total de entrevistados tomaram a vacina

contra febre amarela; 27,2% (n = 71) hepatite B, 22,9% (n = 60) dT e 5,4% (n = 14) tríplice viral. Referente a hepatite b 5,0% (n = 13) não tomarar a 2º e 3º dose da vacina e 67,8% (n = 177) apenas a 3º dose.

Para Silva *et al.* (2018), em um estudo realizada com 70 adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em Fortaleza (CE), em relação a faixa etária 57,1% (n = 40) tinha entre 10 e 14 anos e 42,9% (n = 30) entre 15 e 19 anos. Em relação a situação vacinal 74,3% (n = 52) tem carteira de vacina; e 25,7% (n = 18) não tem carteira de vacina); dentre estes 44,2% (n = 31) estão com as vacinas em dia. Destes 61,2% (n = 19) tem entre 10 e 14 anos e 38,8% (n = 12) tem entre 15 e 19 anos de idade.

De acordo com Fonsêca *et al.* (2017), em um estudo realizado através de dados coletadas no site da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba sobre a cobertura vacinal de meninas contra o vírus do HPV. Identificou que a primeira dose alcançou cerca de 98,6% (n = 97.560), de cobertura vacinal, e a segunda dose alcançou apenas 56,5% (n = 56.246).

Segundo Araújo *et al.* (2010), em um estudo realizado em Teresina (PI) com 178 adolescentes, constatou que dos entrevistados 63,0% (n = 112) são do sexo feminino, e 37% (n = 66) do sexo masculino; 51,7% (n = 92) tinha carteira de vacina e 48,3% (n = 86) dos adolescentes não tinham carteira de vacina.

Segundo Sousa; Vigo e Palmeira (2012), em uma pesquisa feita na Unidade de Saúde da Família (USF), localizada no município de Salvador (BA), com 24 adolescentes, A idade variou entre 10 e 15 anos. Quando questionados sobre qual importância de as vacinas em dia? As respostas foram 79,1% (n = 19) prevenir doenças, 12,5% (n = 3) combater doenças; e 8,3,6% (n = 2) ficaram inseguros em responder.

Estudo com 14 adolescentes de uma escola pública de Petrolina (PE), para análise de suas percepções sobre imunização, foi verificado que 21,4% (n = 3) dos entrevistados tinha carteira de vacina e 78,6% (n = 11) não tinha. Quando questionados sobre qual a importância de manter as vacinas em dia? 85,7% responderam que a vacina é importante na prevenção de doenças (MELO *et al.*, 2013).

3 METODOLOGIA

É um estudo de natureza teórico-empírico, descritivo, de levantamento, utilizando dados primários e métodos de investigação de abordagem quanti-qualitativos, com auxílio de um questionário estruturado (Apêndice).

Para Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como foco descrever as características de uma população ou fenômeno.

Segundo Lakatos e Marconi (2010), o estudo teórico baseia-se em dados secundários, enquanto o empírico busca dados primários utilizando-se de métodos que possam comprovar a legitimidade da pesquisa.

Segundo Koche (2011), na pesquisa de levantamento busca-se a informação diretamente na fonte, através de uma investigação direta com as pessoas que o pesquisador deseja obter os dados.

Para Dias e Silva (2010), dados primários são aqueles coletados diretamente onde foram gerados, e que os mesmos não tenham sido antes coletados. Método de pesquisa qualitativo estuda os comportamentos sociais e culturais de um indivíduo ou grupo de indivíduos, enquanto o método de pesquisa quantitativo baseia-se na quantificação por meio de métodos numéricos.

Para Lakatos e Marconi (2003), na entrevista estruturada o entrevistador segue roteiro previamente estabelecido em um questionário baseado no objetivo da pesquisa, permitindo análise as respostas de todas as mesmas perguntas.

3.1 LOCAL DE ESTUDO E COLETA AMOSTRAL

O estudo foi realizado no período entre julho e novembro do ano de 2018, no Município de Itaituba, situado no sudoeste do Estado do Pará, apresentando densidade demográfica estimada para 2018 de aproximadamente 101.097 habitantes (IBGE, 2018).

Dos aproximadamente 29 bairros de Itaituba, foram selecionados seis bairros, por entender através de análise do mapa do município que os mesmos estão entre os maiores bairros. Entre eles estão: Bela Vista, Bom Remédio, Floresta; Jardim Aeroporto; Jardim das Araras e Liberdade.

Foram colhidos dados de 120 adolescentes dos bairros citados acima. Em cada bairro foram coletados dados de 20 entrevistados. A seleção das carteiras foi feita através de visitas domiciliares, sendo a primeira residência da rua escolhida

aleatoriamente. Daí em diante as visitas foram realizadas a cada 5 casas de cada lado da rua ou travessa. Quando na residência não existia criança ou adolescente, passava-se para a residência ao lado.

Foram contabilizados os dados de coleta de um adolescente por casa, mesmo se tivesse mais de um adolescente por casa, por entender que influenciariam no resultado da pesquisa. Mais a não participação na pesquisa de mais de um adolescente por casa, não impediu que as orientações no que diz respeito a regularização de sua situação vacinal fosse feita a todos.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram inclusos na amostra adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos completos de idade, segundo a OMS, de ambos os sexos.

Foram exclusas crianças de 0 a 9 anos de idades, adultos de 20 a 59 anos de idade e idosos de 60 anos de idade ou mais, de ambos os sexos.

3.3 ANÁLISES DE RISCOS E BENEFÍCIOS

O presente estudo não apresenta riscos físicos e químicos para a sociedade, entretanto, o que ocorre, é o constrangimento dos entrevistados quando estão sendo pesquisados.

O pesquisador responsável suspenderá a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa. O pesquisador, o patrocinador e a instituição assumem a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos.

O presente estudo oferecerá elevada possibilidade de gerar conhecimento sobre a situação vacinal dos adolescentes deste município.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo foi feito respeitando as diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde que envolve seres humanos. Todos os entrevistados foram esclarecidos quanto aos princípios éticos da pesquisa e concordaram em participar da mesma assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao gênero dos adolescentes, verificou-se que o sexo feminino foi a maioria entre os participantes com 55,0% (n = 66) e sexo masculino com 45,0% (n = 54) (Tabela 01).

Araújo *et al.* (2010) em um estudo com 178 adolescentes sobre a cobertura vacinal em Teresina (PI), constataram que 63,0% (n = 112) dos entrevistados eram do sexo feminino.

De acordo com Carvalho e Araújo (2010), em um estudo para análise da cobertura vacinal de 261 adolescentes de Teresina (PI), identificaram que 55,2% (n = 144) dos entrevistados eram do sexo feminino.

Em Belo Horizonte (MG) num estudo com 210 adolescentes sobre a cobertura vacinal foi observado que 55,0% (n = 115) dos entrevistados eram do gênero feminino (PEREIRA *et al.*, 2013).

Os estudos citados a cima tiveram resultados semelhantes quanto ao gênero, tendo uma predominância do sexo feminino. O sexo feminino é mais propenso a aceitação de quaisquer atividades que buscam promover a saúde (CARVALHO; ARAÚJO, 2010). Em um estudo realizado para verificar a quantidade da população brasileira, identificou em seu último censo, que em relação a população total, 51,0% (n = 97.285.458 milhões) são do gênero feminino (IBGE, 2010).

A faixa etária dos adolescentes que participaram da pesquisa variou entre 10 e 19 anos. Do total, 60,8% (número de entrevistados, n = 73) tem entre 10 e 14 anos destes; 39,2% (n = 47) tem entre 15 e 19 anos (Tabela 01).

Em Teresina (PI), Carvalho e Araújo (2010) realizaram um estudo para verificar a cobertura vacinal dos adolescentes, e detectaram que a faixa etária da maioria dos participantes estavam entre 10 e 14 anos (59,4%; n = 155) e de 15 a 19 anos (40,6%; n = 106).

Em uma pesquisa realizada com 210 adolescentes que residem na Cidade de Belo Horizonte (MG) sobre a cobertura vacinal, observaram que 55,2% (n = 116) dos adolescentes tinham entre 10 e 13 anos (PEREIRA *et al.*, 2013).

Silva *et al.* (2018) em um estudo realizado com 70 adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em Fortaleza (CE), notaram que a faixa etária predominante era entre 10 e 14 anos (57,1%; n = 40), seguida de 15 a 19 anos (42,9%; n = 30).

O presente estudo se assemelha aos demais citados acima, pois, a maioria dos adolescentes estão na mesma faixa etária. A família preza pela saúde de seus familiares, é de praxe estender esse cuidado à faixa etária de adolescentes de menor idade, pois, nessa faixa etária que os pais ainda têm controle sobre os adolescentes, por outro lado, os de maiores idade já se consideram independente e valorizam menos os cuidados primários de proteção a saúde (CARVALHO; ARAÚJO, 2010).

Tabela 01 – Número entrevistados, gênero, faixa etária e escolaridade dos adolescentes em relação a cobertura vacinal nos bairros selecionados do Município de Itaituba, Estado do Pará.

	Variáveis	N	%
Gênero	Masculino	54	45,0%
	Feminino	66	55,0%
	Total	120	100%
Idade	10 a 14 anos	73	60,8%
	15 a 19 anos	47	39,2%
	Total	120	100%
Escolaridade	Fundamental incompleto	91	75,9%
	Médio incompleto	20	16,6%
	Médio completo	9	7,5%
	Total	120	100%

Quanto a escolaridade, ficou evidenciado que na sua maioria 75,9% (n = 91) tem nível fundamental incompleto; 16,6% (n = 20) deles tem nível médio incompleto; e 7,5% (n = 9) tem o nível médio completo (Tabela 01).

Segundo Pereira *et al.* (2013), em um estudo feito em Belo Horizonte (MG) com 210 adolescentes sobre a cobertura vacinal, relataram que 84,8% (n = 109) dos entrevistados tinham ensino fundamental incompleto.

De acordo com Lemos *et al.* (2013), em uma pesquisa realizada em uma Escola Municipal de Ananindeua (PA), após análise de 67 carteiras de vacina dos adolescentes, identificaram que 100,0% (n = 67) dos entrevistados tinham o ensino fundamental incompleto.

De acordo com Brasil (2006), o ensino fundamental obrigatório, inicia-se aos seis (06) anos de idade e tem duração no mínimo de nove (09) anos, encerrando aos 14 anos de idade, isso se o aluno não reprovar nenhum ano ou desistir. Quando comparado o ensino fundamental e médio da população brasileira, a maioria dos adolescentes (14,3%; n = 27.348.080) estão matriculados no ensino fundamental (BRASIL, 2017).

O presente estudo se assemelha aos estudos citados anteriormente, no que diz respeito ao grande índice de adolescentes que ainda estavam cursando o ensino fundamental. Esses dados são considerados normais, pois, esses adolescentes não atingiram a idade de estar cursando o ensino médio.

Quando perguntado aos adolescentes se os mesmos “tem carteira de vacina?” Do total, 95,8% (n= 115) disseram que sim e trouxeram suas carteiras para serem analisadas; e 4,2% (n = 5) responderam que não tinham carteira de vacina.

Em Teresina (PI), Araújo *et al.* (2010) em um estudo realizado 178 adolescentes, constataram que dos entrevistados 51,7% (n = 92) tinham carteira de vacina. Já em Petrolina (PE), Melo *et al.* (2013) em uma pesquisa com 14 adolescentes de uma escola pública, para análise de suas percepções sobre imunização, verificaram que apenas 21,4% (n = 3) dos entrevistados tinham carteira de vacina.

Pereira *et al.* (2013) em uma pesquisa em Belo Horizonte (MG) com 210 adolescentes sobre a cobertura vacinal, identificaram que 71,5% (n = 150) dos entrevistados tinham carteira de vacina.

Em estudo realizado com 67 adolescentes na cidade de Ananindeua (PA), foi constatado que 64,0% (n = 43) dos entrevistados tinham carteira de vacina (LEMOS *et al.*, 2013).

Silva *et al.* (2018) em um estudo com 70 adolescentes assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Fortaleza (CE), identificaram que 74,3% (n = 52) tinham carteira de vacina.

O presente estudo se assemelha com a maioria das pesquisas citadas anteriormente quanto a existência de carteira de vacina. Apenas a pesquisa de Melo *et al.* (2013) obteve resultado diferente, onde os adolescentes que tinham carteira de vacina, eram a minoria. Existem algumas razões para os adolescentes não possuírem a carteira de vacina, como: ter perdido a carteira de vacina; esquecido na casa de parentes ou amigos; falta de conhecimento sobre a existência da carteira de

vacina; nunca ter sido vacinado; ou até mesmo ter jogado a carteira de vacina fora (ARAÚJO *et al.*, 2010).

É essencial que o máximo de adolescentes tenham carteira de vacina, pois esse é o primeiro passo para continuidade da cobertura vacinal, no entanto se as carteiras não estiverem em dias, os mesmos não terão imunidade contra as doenças prevenidas através da vacina (LEMOS *et al.*, 2013).

Após análise das carteiras de vacinação dos 115 adolescentes quanto cobertura vacinal, 29,5% (n = 34) estavam com todas as suas vacinas em dia, e 70,5% (n = 81) não estavam com suas vacinas em dia.

Estudo realizado em Teresina (PI) com 261 adolescentes sobre cobertura vacinal identificaram que 32,2% (n = 84) estavam com todas suas vacinas em dia (CARVALHO; ARAÚJO, 2010). Em Belo Horizonte (MG) um estudo foi feito para verificação da cobertura vacinal de 210 adolescentes, dos 70,5% (n = 150) tinham carteira de vacina, apenas 50,7% (n = 76) estavam com suas vacinas em dias (PEREIRA *et al.*, 2013).

No Município de Ananindeua (PA), Lemos *et al.* (2013) realizaram um estudo com 67 adolescentes, e identificaram que do total, apenas 18,0% (n = 12) estavam com as suas vacinas em dia.

Silva *et al.* (2018) em uma pesquisa com 70 adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em Fortaleza (CE), notaram que dos 52 adolescentes que tinham carteira de vacina, 59,6% (n = 31) estavam com as vacinas em dia.

Segundo Feijó (2014), a vacinação do adolescente ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde, a baixa cobertura vacinal destes pode estar ligada a falta de conhecimento do adolescente sobre as vacinas do seu calendário.

É importante que tenha programas voltados aos adolescentes sobre o tema; que os enfermeiros aproveitem as consultas de rotina para falar sobre a importância da imunização; e que o mesmo saiba abordar o adolescente e use estratégias para alcançar o público alvo (BALLALAI; MONTEIRO; MIGOWSKI, 2007).

Quando perguntado para os adolescentes que estavam com suas vacinas atrasadas (72,0%; n = 81) sobre “qual o motivo de não ter tomado as vacinas?” Do total, 6,2% (n = 5) disseram ter perdido a carteira de vacina; 45,6% (n = 37) esqueceram de ir se vacinar; e 48,2% (n = 39) relataram que não tinha vacina na UBS (Gráfico 01).

Lemos *et al.* (2013) em estudo com 67 adolescentes de uma Escola Municipal de Ananindeua (PA) sobre cobertura vacinal, após perguntarem aos 67 adolescentes, sobre qual o motivo de não terem tomado suas vacinas, 45,1% (n = 23) disseram ter perdido a carteira de vacina.

O presente estudo obteve um resultado diferente de Lemos *et al.* (2013), onde a maioria afirmou não tinha vacina disponível na UBS. O custo alto na produção da vacina, a dificuldade na distribuição, e a infraestrutura necessária no processo de armazenamento da vacina, para que a mesma não perca sua qualidade, pode acarretar em um fornecimento tardio ou insuficiente (SANTOS; OLIVEIRA, 2018).

O descaso dos pais e dos adolescentes ainda é grande sobre a continuidade ao calendário vacinal, é papel do pai zelar pela saúde dos seus filhos independente da faixa etária, os profissionais de saúde devem aproveitar as oportunidade que surgirem para investigar a situação vacinal dos adolescentes, e incentivar os pais a também estarem atentos a situação vacinal de seus filhos (ARAÚJO *et al.*, 2010).

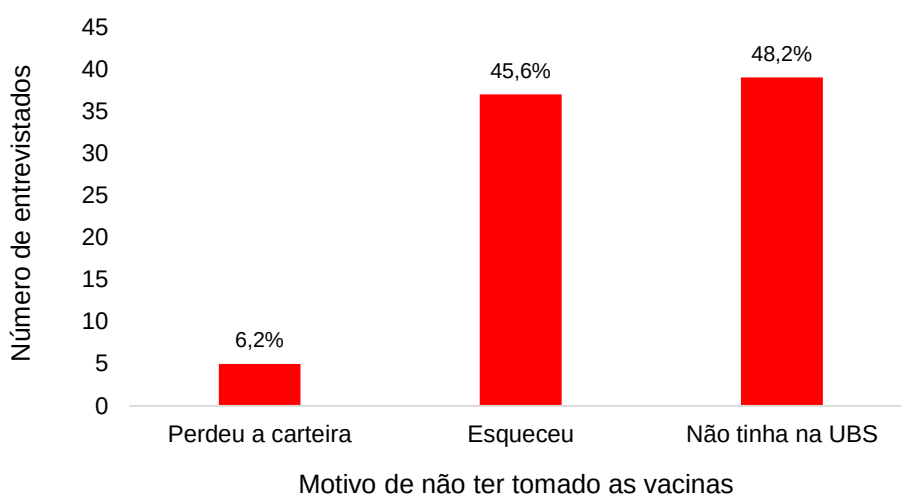


Gráfico 01 – Número de adolescentes entrevistados e suas respostas quanto ao motivo de não ter tomado as vacinas nos bairros selecionados do Município de Itaituba, Estado do Pará.

Quando perguntado aos entrevistados sobre “qual a importância de manter suas vacinas em dia?” Pôde-se evidenciar que a maioria (97,0%; n = 116) responderam que é prevenir doenças, mostrando ter noção sobre a importância de manter suas vacinas em dia, e 3,0% (n = 4) mostraram não ter noção.

De acordo com Melo (2013), em um estudo em uma escola pública de Petrolina (PE) com 14 adolescentes para análise de suas percepções sobre imunização, 85,7% (n = 12) responderam que a vacina é importante na prevenção de doenças.

Sousa; Vigo e Palmeira (2012) em uma pesquisa feita na Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no Município de Salvador (BA) com 24 adolescentes, observaram que 79,1% (n = 19) dos entrevistados sabem que é prevenir doenças.

Os adolescentes sabem a finalidade da vacina no geral, mais a indicação correta de cada vacina, grande parte dos adolescentes não tem esse conhecimento (MELO, 2013).

A análise da cobertura vacinal constatou que 90,0% (n = 73) estão vacinados contra hepatite B (meta de 95,0% estipulada pelo MS, segundo BRASIL, 2015); 86,4% (n = 70) contra dT (meta de 100,0%); 95,0% (n = 77) pela tríplice viral (meta de 95,0%); 58,0% (n = 47) contra o HPV (meta de 80,0%); 64,2% (n = 52) pela meningite C (meta de 95,0%); e 97,5% (n = 79) contra febre amarela (meta de 100,0%) (Gráfico 02).

Carvalho e Araújo (2010) em um estudo em Teresina (PI), com 261 adolescentes sobre cobertura vacinal, 35,2% (n = 9) foram vacinados contra febre amarela; 27,2% (n = 71) hepatite B; 22,9% (n = 60) dT e 5,4% (n = 14) tríplice viral.

Estudo realizado em uma Escola Municipal de Ananindeua (PA), através da análise de 67 carteiras de vacina dos adolescentes, identificou uma cobertura vacinal de 13,0% (n = 10) para febre amarela; 20,9% (n = 14) tríplice viral; 26,9 % (n = 18) para dT; e 52,2% (n = 35) hepatite B (LEMOS *et al.*, 2013).

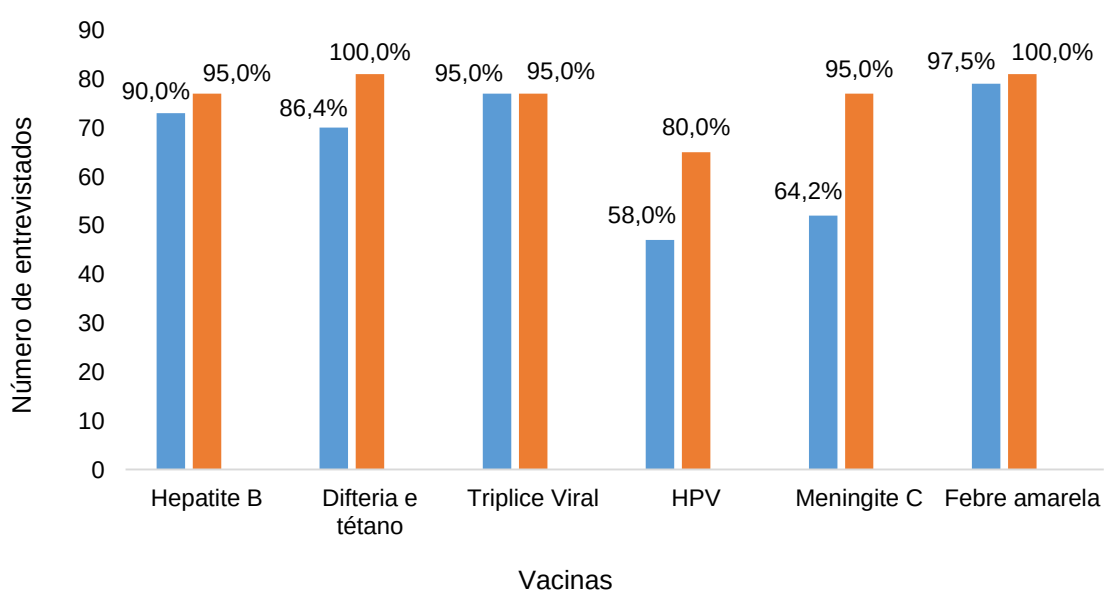


Gráfico 02 – Cobertura vacinal encontrada (coluna azul) nos adolescentes entrevistados nos bairros do Município de Itaituba, Estado do Pará. Coluna laranja: meta estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Em comparação com os estudos citados anteriormente, este estudo obteve a maior cobertura vacinal, porém, a única vacina que conseguiu atingir a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde foi a vacina tríplice viral (95 %; n = 77), as demais vacinas não alcançaram essa meta. HPV e meningite obtiveram a menor cobertura vacinal.

As baixas coberturas e o fato de não alcançar as metas estabelecidas do Ministério da Saúde, podem estar ligadas diretamente a falta de algumas vacinas nas UBS, além da negligência e falta de compromissos, de alguns profissionais em não analisar as carteiras de vacinas dos usuários (SILVA *et al.*, 2018).

Em relação as vacinas atrasadas, 29 adolescentes que estão a vacina contra meningite C atrasada (100,0%) faltam tomar o 2º reforço; dos 34 adolescentes que estão com a vacina contra HPV atrasada, 44,1% (n = 15) faltam tomar a 1º e 2º doses e 55,9% (n = 19) apenas a 2º dose; dos 2 adolescentes que faltam tomar a vacina contra a hepatite B, 100,0% (n = 2) a 3º dose; dos 11 adolescentes que faltam tomar a vacina contra a dT, todos faltam tomar o reforço; e dos quatro (04) adolescentes que não foram vacinados pela vacina tríplice viral, todos faltam tomar o 2º reforço (Gráfico 03).

De acordo com Fonsêca *et al.* (2017), em um estudo realizado através de dados coletadas no site da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba sobre a cobertura vacinal de meninas contra o vírus do HPV, foi detectado que houve diferenças sobre a cobertura vacinal alcançada com a 1º dose da vacina (98,6%; n = 97.560) e a segunda dose (56,5%; n = 56.246).

De acordo Carvalho e Araújo (2010), realizaram uma análise das carteiras de vacina de 261 adolescentes do Município de Teresina (PI), dos 72,8% (n = 190) dos entrevistados que estão com a vacina contra hepatite B atrasada, cerca de 6,9% (n = 13) faltam tomar a 2º e 3º dose e 93,1% (n = 177) faltam tomar a 3º dose.

O presente estudo apresenta similaridade com os outros estudos, no qual a maioria dos adolescentes não concluiu seu esquema vacinal. Isso acontece, por que os adolescentes são mais arredios às vacinas com mais de uma dose, que necessitam de longo período de tempo para a conclusão da cobertura vacinal (LIVRAMENTO *et al.*, 2009).

A quantidade de doses de injetável de algumas vacinas a longo tempo acabam influenciando na não aceitação ou abandono do esquema vacinal (FONSÊCA *et al.*, 2017). O calendário vacinal dos adolescentes é uma continuidade

do calendário básico da criança, nesta fase de transição para adolescência é importante que o adolescente seja informado que a maioria das vacinas tem mais doses a serem administradas e o esquema vacinal terá continuidade na adolescência (SILVA *et al.*, 2018).

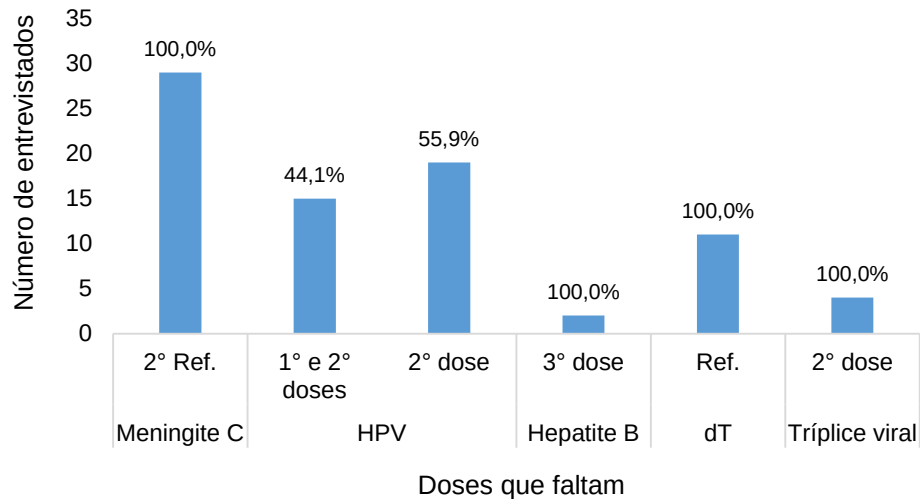


Gráfico 03– Número de entrevistados e as doses de vacina que faltam nos adolescentes dos bairros do Município de Itaituba, Estado do Pará.

5 CONCLUSÃO

No presente estudo foi predominante a faixa etária dos adolescentes entre 10 e 14 anos, do gênero feminino e com ensino fundamental incompleto. A maioria tinha carteira vacinal, porém só o fato de ter carteira não foi suficiente para conseguir uma alta cobertura vacinal, pois grande parte dos adolescentes estavam com suas vacinas atrasadas, devido diversos motivos, como por exemplo: de acordo com a maioria não encontrar a vacina na UBS, ter esquecido de ir tomar a vacina, ou até mesmo ter perdido a carteira de vacina.

Grande parte dos adolescentes estão vacinados contra hepatite B, dT, febre amarela e tríplice viral, sendo esta a única vacina que consegui atingir a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde. Em contrapartida a vacina contra HPV e meningite C foram as que obtiveram menor cobertura entre os adolescentes entrevistados, no caso das vacinas atrasadas, foi verificado que, as que possuem esquema vacinal com mais de uma dose, são as que têm maior índice de abandono de cobertura vacinal, pois os adolescentes na maioria das vezes começam o esquema vacinal, mais não chega a concluir.

No geral os adolescentes sabem sobre a importância de manter suas vacinas em dia, porém muitos ainda insistem em não se vacinar, além do mais ainda existe alguns que não tem nenhuma noção sobre a importância da vacina, isso pode influenciar de alguma maneira na hora da decisão de tomar a vacina. Esta fase exige um cuidado dobrado tanto da família, quanto dos profissionais de saúde, no que se refere a saúde do adolescente.

É preciso que os estados e municípios sejam abastecidos não só com vacinas, mais também outros materiais que o profissional necessita para sua administração, por sua vez o enfermeiro deve trabalhar juntamente com a equipe, para armazenar as vacinas de forma correta, ficar atento ao vencimento e desperdício de doses. As doses de vacina aplicadas devem ser registradas de forma correta no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), pois este ajuda a mostrar quais áreas estão com baixa cobertura vacinal, dados que ajudam nas ações futuras.

O enfermeiro deve usar de estratégias para identificar os adolescentes que estão com as vacinas atrasadas, sendo através de visitas domiciliares feita por ele, ou por meio da atenção básica nas visitas dos agentes comunitários. Deve-se implementar ações educativas de saúde afim que trazer a população até o posto de

saúde para tratar do tema, pois estes multiplicam entre familiares e amigos, ações nas escolas também devem ser feitas, através do Programa Saúde na Escola (PSE) pois a escola é um ambiente que se concentra grande parte do público alvo.

A vinda dos adolescentes a UBS mesmo que por outro motivo, deve ser aproveitada para investigar sua situação vacinal, orientar quanto à importância de estar com as vacinas em dia e se preciso for, fazer a atualização do seu calendário vacinal. A sensibilização dos adolescentes e de seus responsáveis em relação às vacinas disponíveis no calendário nacional, e suas respectivas doenças preveníveis são de suma importância para o aumento da cobertura vacinal, é essencial que o enfermeiro juntamente com a equipe busque conscientizar o adolescente que sua não vacinação contribui para o aumento da circulação de doenças que podem levar a morte, onde não só ele mais seus familiares e contatos próximos também correm riscos, e que a melhor maneira de se proteger é através da vacina.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M. E.; SÁ, L. C.; SILVA, A. A. S.; JÉSSICA, P. C. Cobertura vacinal e fatores relacionados à vacinação dos adolescentes residentes na área norte de Teresina/PI. **Rev. Eletr. Enfermagem**, Teresina, 12, n. 3, p. 502 – 510, 2010.

BALLALAI, I.; MONTEIRO, D. L. M.; MIGOWSKI, E. Vacinação na adolescência. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 50-56, 2007.

BALLALAI, I.; BRAVO, F. **Imunização**: tudo o que você sempre quis saber. Rio de Janeiro: RMCOM, 2016.

BALLALAI, I.; MOREJON, K. M. L.; MICHELIN, L.; LASTORIA, L. C.; AYUB, M. A.; RICHTMANN, R. Vacina contra febre amarela. **Rev. Sociedade Brasileira de infectologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2018.

BRASIL. Lei nº11.274 de 6 de fevereiro de 2006. Mensagem de veto nº 65 de 6 de fevereiro de 2006, Brasília: **Presidência da República casa civil**, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente: Constituição e legislação relacionada, Brasília: **Presidência da República casa civil**, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral de saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, v. 1, p. 48, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: **Ministério da Saúde**, v.1, p. 1 – 179, 2014a.

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 papiloma vírus humano (HPV) na atenção básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014b.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria,

Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coberturas vacinais no Brasil Período 2010 – 2014. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2015.

BRASIL, Ministério da Educação. Matrículas no ensino fundamental e ensino médio: censo educacional. **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP**, Brasília, 2017.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018a.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018b.

BRAVO, F.; BALLALAI, I.; SÁFADI, M. A.; KFOURI, R. Vacinas meningocócicas conjugadas no Brasil em 2018: Intercambialidade e diferentes esquemas de doses. **Revista da Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade Brasileira de Imunizações**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2018.

CARVALHO, A. M. C.; ARAÚJO, T. M. E. Fatores associados a cobertura vacinal em adolescentes. **Acta Paul Enfermagem**, Teresina, v. 23, n. 6, p. 796 – 802, 2010.

CIRINO, F. M. S. B.; BORGES, A. L. V.; NICHATA, L.Y. I. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Anna Nery Rev Enferm.**, Teresina, v.14, n. 1, p.34 – 126, 2010.

DIAS, D. S.; SILVA, F. M. **Como escrever uma monografia**: Manual de elaboração com exemplos e exercícios. São Paulo: Atlas, 2010.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiologia. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9 - 27, 2013.

EINLOFT, L.; SCHENEIDER, V. Imunização e agentes imunizantes para criança adolescentes, adultos e idosos in MILLÃO. L. F; FIGUEIREDO. M.R. B (org). **Enfermagem em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Difusão, 2012.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 1 – 2, 2005.

FEIJÓ, R. B. Vacinação de adolescentes: desafios, estratégias e benefícios. **Revista Imunizações**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 1 - 9, 2014.

FEIJÓ, R. B. Vacinação de adolescentes: desafios, estratégias e benefícios. **Revista Imunizações**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1 - 46, 2017.

FONSÊCA, B. A. E.; OLIVEIRA, R. L. A.; DANTAS, N. K. R.; SALOMÃO, O. A. A. M. Adesão de meninas à campanha de vacinação contra HPV no estado da Paraíba em 2014. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, Paraíba, v. 15, n.1, 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura de imunização no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, p. 375 - 386, 2011.

HOMMA, A.; MARTINS, R. M.; LEAL, M. L. F.; COUTO, A. R. Atualização em Vacinas, Imunizações e Inovação Tecnológica. **Ciência e saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, p. 445 - 458, 2011.

IBGE. População no último demográfico. **Diretoria de pesquisa, coordenação de população e indicadores sociais**, Brasília, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População no último censo. Município de Itaituba, 2018.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/itaituba/panorama>>. Acesso em: 05 nov 2018.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. Petrópolis: Vozes, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

LEMO, E. O.; PEDROSA, D. R.; RANIÉRI, P. S. G.; PIRES, C. A. A.; QUEIROZ, A. M. Avaliação do cumprimento do calendário dos adolescentes de uma escola municipal. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 23 – 29, 2013.

LIVRAMENTO, A.; CORDOVA, C. M. M.; SPADA, C.; TREITINGER, A. Avaliação do nível de conhecimento de adolescentes a respeito da transmissão e prevenção das hepatites B e C. **Revista de patologia tropical**, Florianópolis, v. 38, n.3, p. 155 – 163, 2009.

MARCHIONATTI, E. R. C; DIAS, V. A. M. I.; SANTOS, S. R. A produção científica sobre vacinação na literatura brasileira de enfermagem no período de 1973 a 1999. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 57 – 68, 2003.

MELÃO. R.; AGUIAR, Z. N.; RIBEIRO, M. C. S. Hepatites Virais in AGUIAR. N. Z; RIBEIRO. M.C. S (org) **Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis**, São Paulo: Martinari, p. 159 – 204, 2009.

MELO, M. C. P.; SANTOS, M. M.; MENDES, R. N. C.; SALES. J. R. P.; SILVA, R. M. S. Percepção de adolescentes sobre imunização em uma escola pública de Petrolina, **Revista REME**, Petrolina, 17, n. 2, p. 374 – 380, 2013.

MOTTA, F. Doença meningocócica quadro clínico, diagnóstico e tratamento. Formação de infectologista pediátrico. **Rev. Sociedade Brasileira de Pediatria**, Porto Alegre, 2015.

MOURA, M. M Imunização. In MORAES, M. S. **Assistência de Enfermagem em Infectologia**, São Paulo: Atheneu, p. 61 – 87, 2014.

NADAL, L. R. M.; NADAL, S. R. Doenças sexualmente transmissíveis: indicação da vacina contra papiloma vírus humano. **Rev. Bras. coloproct**, São Paulo, v. 28, n. 1, 2008.

NEVES, R. C.; WENDT, A.; COSTA, C. S.; FLORES, T. R.; SOARES, A. L. G.; WEHRMEISTER, F. C. Cobertura da vacina meningocócica C nos estados e regiões do Brasil em 2012. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p.1 - 10, 2016.

OLIVEIRA, M. D. S.; PAGGOTO, V.; MATOS, A. M.; KOZLOWSKI, G. A.; SILVA, R. N.; JUNQUEIRA, A. L. N.; SOUZA, S. M. B.; MARTINS, R. M. B.; TELES, S. A. Análise de fatores associados à não aceitação da vacina contra hepatite B em adolescentes escolares de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, Goiânia, v. 5, n. 12, p. 1247 - 1252, 2007.

OLIVEIRA, A. C. D. S.; SOCTA, S. Caxumba In MORAES, M.S. **Assistência de Enfermagem em Infectologia**, São Paulo: Atheneu, p. 121 – 126, 2014a.

OLIVEIRA, A. C. D. S.; ISIH, C. M. A.; SCOTA, S. Hepatites Virais in MORAES, M. S (org). **Assistência de Enfermagem em Infectologia**, São Paulo: Atheneu, p. 227-250, 2014b.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Saúde dos Jovens - um Desafio para a Sociedade. Relatório de um Grupo de Estudos da OMS sobre Jovens e Saúde para Todos. Série de relatórios técnicos 731, Genebra: **OMS**, 1986.

PEREIRA, A. K.; SILVEIRA, C. G.; GONÇALVES, R. C. B.; MARINHO, P. A.; PEREIRA, M. L. Cobertura vacinal dos adolescentes da área de abrangência do centro de saúde cachoeirinha na região nordeste de Belo Horizonte – MG. **Rev. Med.**, Minas Gerais, v. 23, n. 3, p. 284 - 289, 2013.

RIBEIRO, A. B.; MELO, P. T. C.; TAVARES, S. R.D. A importância da atuação do Enfermeiro na sala de vacina: Uma revisão integrativa. **Revista enfermagem**. Juiz de Fora, v. 3, n. 1, p. 37- 44, 2017.

RODRIGUES, C. R. F. Sarampo in AGUIAR. N. Z.; RIBEIRO. M. C. S (org) **Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis**, São Paulo: Martinari, p. 307 - 327. 2009.

SANTOS, Z. M. S. A.; ALBUQUERQUE, V. L. M.; SAMPAIO, F. H. S. Vacinação - o que o usuário sabe? **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 24 – 30, 2005.

SANTOS, P. E.; OLIVEIRA, M. M. M. Desafios da vacinação. **Revista Imunizações**, v. 11, n. 4, p. 1 – 48, Rio de Janeiro, 2018.

SBIM. **Calendário de vacinação adolescente 2018/2019**: Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). São Paulo, 2018.

SILVA, M.C.C.; SILVA, M.A.C.; MORAES, S.D.S.; SOARES, A.K.; BEZERRA, A. H. Situação vacinal de adolescentes acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista interdisciplinar**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66 - 74, 2018.

SOUSA, J. C.; VIGO, L. Z.; PALMEIRA, S. C. Compreensão dos pais acerca da importância da vacinação infantil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v.1, n.1, P. 44-58, 2012.

VASCONCELOS, P. F. C. Febre amarela: reflexões sobre a doença. **Rev Bras. Epidemiologia**, v. 5, n. 2, Belém, 2002.

VASCONCELOS, P. F. C. Febre amarela. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 2, p. 275 - 293, Belém, 2003.

VILLA, L. L. HPV e o desenvolvimento de suas vacinas. **Revista Imunizações**, v. 11, n. 2, São Paulo, 2018.

WILLEMANN, M. C. A.; GOES, F. C. S.; ARAUJO, A. C. M.; MAGDA. C.; DOMINGUES, A. S. Adoecimento por coqueluche e número de doses administrada de vacinas pertussis. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, 2014.

ZARDO, G. P.; FARAH, F. P.; MENDES, G. F.; FRANCO, A. G. S.; MOLINA, G. V. M.; MELO. N.; KUSMA, S. Z. Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciência & Saúde Coletiva**, Curitiba, v. 19, N. 9, p. 3799 - 3808, 2014.

APÊNDICE**QUESTIONÁRIO – COBERTURA VACINAL**

1. SITUAÇÃO PESSOAL: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Bairro: _____

Escolaridade: () Nenhuma () Fundamental incompleto () Fundamental completo

() Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo

() Outros _____

2. AVALIAÇÃO COBERTURA VACINAL

2.1-Tem carteira de vacina?

() Sim () Não

2.2 - Vacinas estão em dia?

() Sim () Não

2.3 – Qual motivo de não ter tomado as vacinas?

() Esqueceu () Não tinha na Unidade Básica de Saúde () Perdeu a carteira

() Outros -----

2.4 – Quais vacinas e doses estão faltando?

() Hepatite B () D1 () D2 () D3

() DT R

() Tríplice Viral () D1 () D2

() HPV () D1 () D2

() Meningocócica C () 2º R

() Febre Amarela

() dTpa no caso de adolescente gestante

() Influenza

2.5– Qual a importância de manter as vacinas em dias?

() Importante no fortalecimento dos ossos

() Ajuda a adquirir vitaminas

() Preveni doenças causadas por vírus ou bactérias

() Aumenta massa muscular

() Ajuda a emagrecer