

Análise da situação vacinal para Hepatite B em gestantes

Analysis of the situation for Hepatitis B vaccine in pregnant women

Análisis de la situación de vacunas para la Hepatitis B en mujeres embarazadas

Francisco Braz Milanez Oliveira¹, Felipe Santana e Silva^{2*}, Lorena Thaysa Pereira da Silva Queiroz³, Bruna Milanez Oliveira⁴, Rodrigo Aragão da Silva⁵, Rosalba Maria Costa Pessoa⁶, Barbara Anny Oliveira Sansão⁷

RESUMO

Objetivos: Analisar a situação vacinal para Hepatite B em gestantes atendidas durante consultas do pré-natal. **Métodos:** Pesquisa descritiva, transversal com abordagem quantitativa, realizada por meio de um questionário com 55 gestantes. **Resultados:** Identificou-se uma média de 22,6 anos de idade (DP=5,1), solteiras 65,5%, baixa escolaridade 43,6%, predomínio de atividades domésticas 83,6% e baixo nível socioeconômico 50,9%. Apenas 43,6% apresentavam cartão de vacina. Menos da metade (49,1%) recebeu informações sobre o imunobiológico e segundo estas, o enfermeiro (63,0%) foi o principal emissor dessa informação. Quanto à situação vacinal para Hepatite B, 67,3% recebeu as duas primeiras doses da vacina, 29,1% receberam a terceira e 32,7% estavam apazadas. **Conclusões:** Constatou-se que a situação vacinal para Hepatite B é deficiente, onde apenas 29,1% das gestantes receberam terceira dose da vacina. Além disso, em alguns casos apresentou registro deficiente no cartão da gestante, e referente ao cartão vacinal grande proporção não possui o mesmo, alegaram motivo de perda.

Descritores: Vacina; Hepatite B; Gestantes

ABSTRACT

Objective: To analyze the situation vaccine for Hepatitis B in pregnant women attending for antenatal consultations. **Methods:** Descriptive, cross-sectional survey with a quantitative approach, carried out through a questionnaire with 55 pregnant women. **Results:** Identified an average of 22.6 years (SD = 5.1), 65.5% single, low education 43.6% predominance of domestic activities 83.6% and low socioeconomic 50.9 %. Only 43.6% had vaccination card. Less than half (49.1%) received information about the immunobiological and according to these, nurses (63.0%) was the main issuer of such information. As for immunization status for hepatitis B, 67.3% received the first two doses of the vaccine, 29.1% received the third and 32.7% were time-bound. **Conclusions:** It was verified that the vaccine situation for Hepatitis B is deficient, where only 29.1% of the pregnant women received a third dose of the vaccine. In addition, in some cases, the pregnancy card was deficient, and in relation to the large vaccination card, the proportion did not have the same, they claimed a perch motif.

Descriptors: Vaccine; Hepatitis B; Pregnant women.

¹ Enfermeiro, Mestre em Enfermagem-UFPI. Docente do Curso de Enfermagem e Coordenador de Pesquisa e Pós-graduação na Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão – FACEMA.

² Enfermeiro, Pós-Graduação em Urgência e Emergência, Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão/FACEMA. Caxias (MA), Brasil. * E-mail: felipe_santana_silva@hotmail.com

³ Enfermeira, Graduação, FACEMA

⁴ Biomédica, Graduação, Universidade Federal do Piauí. Teresina (PI), Brasi

⁵ Enfermeiro, Especialista, Faculdade de Ciência e Tecnologia do Maranhão. Teresina (PI), Brasil.

⁶ Enfermeira, Mestre. Universidade Luterana do Brasil. Teresina (PI), Brasil.

⁷ Enfermeira, Graduação, Universidade Federal do Piauí.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la situación de la vacuna para la hepatitis B en mujeres embarazadas que acuden a las consultas de atención prenatal. **Métodos:** encuesta transversal descriptivo con un enfoque cuantitativo, realizado en octubre a través del cuestionario con 55 mujeres embarazadas. **Resultados:** No se identificó una media de 22,6 años (SD = 5,1), 65,5% solo, bajo nivel de educación 43,6% predominio de actividades domésticas 83,6% y 50,9% socioeconómico bajo. Sólo el 43,6% tenían tarjeta de vacunación. Menos de la mitad (49,1%) recibieron información sobre el inmunobiológicos y de acuerdo con Estes, enfermeras (63,0%) fue el principal emisor de dicha información. En cuanto a su estado de inmunización contra la hepatitis B, el 67,3% recibió las dos primeras dosis de la vacuna, el 29,1% recibió el tercer y el 32,7% eran de duración determinada. **Conclusiones:** Se encontró que el estado de la vacunación contra la hepatitis B es deficiente, donde sólo el 29,1% de las mujeres embarazadas recibieron la tercera dosis de la vacuna. Por otra parte, en algunos casos mostraron pobre registro en la tarjeta de la mujer embarazada, y en relación con la vacuna tarjeta del gran proporción no tiene la misma presunta razón de la pérdida.

Palabras clave: Vacuna; Hepatitis B; Las mujeres embarazadas

INTRODUÇÃO

A infecção crônica causada pelo vírus da hepatite viral B (VHB) atinge cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo considerada a principal causa de carcinoma hepatocelular e cirrose (BRASIL, 2009).

O conhecimento da infecção por hepatite durante a gestação pode interferir no tratamento desta patologia. Desta forma, se torna necessário levar em conta se a cura da doença ocorreu de forma espontânea ou se a mesma não evoluiu para o estágio crônico. Os riscos para o feto são limitados, uma vez que a maioria dos vírus da hepatite não chega a ultrapassar a placenta, assim sendo, o risco para o bebê acontece durante o parto (LACERDA et al., 2011).

Nesse mesmo período, a mulher deve-se precaver de inúmeras patologias que poderão levar tanto ela como o feto ao óbito. A maioria destas doenças são passíveis de imunização prévias e evitáveis como é o caso da Hepatite B (PACHECO, 2011). Em relação à sua prevenção, é de suma importância a vacinação e o conhecimento da imunidade ao vírus. É importante ressaltar que uma das maneiras de transmissão dessa virose é a transversal, assim percebe-se a importância do pré-natal e que este contemple a sorologia para as hepatites, porém infelizmente ainda é baixo o número de mulheres que contemplam o mínimo de consultas preconizadas (LACERDA et al., 2011).

Entre os anos de 2000-2010 a taxa de detecção de hepatite B em gestantes foi maior nas regiões Sul e Centro-Oeste quando comparadas as outras regiões, sendo equivalente à proporção de 1,1 e 1,2 por 100 mil habitantes, respectivamente. Durante os anos de 1999 à 2011, 38.007 mil casos de hepatite B foram notificados, isso somente na região Sul, o que correspondeu a 31,6% do total de 120.343 mil notificações ocorridas no Brasil durante este período (BRASIL, 2012).

No ano de 2009, a Gerência de Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal (DF) através da Nota Técnica nº39/09, reforçou a indicação do Programa Nacional de vacinação (PNI), a vacinação contra hepatite B em gestantes, desde que estas apresentem sorologia negativa para o Antígeno de Superfície da Hepatite B (HBsAg) e aquelas que perderam a vacina na rotina dos serviços. A gravidez não contraindica a vacinação, onde esta pode ser realizada em qualquer momento da gestação, mas com indicação para após o primeiro trimestre (BRASIL, 2009).

Assim, frente a essa problemática, este estudo objetiva analisar a situação vacinal para Hepatite B em gestantes atendidas durante consultas pré-natal em uma maternidade pública.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa dos dados, realizada por meio de um questionário semiestruturado com a participação de 55 gestantes atendidas durante consultas pré-natal em um município do interior do estado do Maranhão, Brasil.

A amostragem foi não-probabilística, do tipo acidental, os pesquisadores estavam no cenário do estudo e a amostra dependeu do número de mulheres grávidas que compareceram ao serviço. Foram incluídas no estudo gestantes maiores de 18 anos de idade, que tivessem realizado pelo menos uma consulta pré-natal e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Já como critério de exclusão foi adotado a situação em que a gestante não tinha mais de 18 anos, não tenha assinado o termo, além daquelas que não concordaram em participar da pesquisa e, além disso, não apresentou capacidade física ou mental para ser participante.

A coleta de dados foi realizada no período de março e abril de 2015, por meio de entrevistas feitas as participantes do estudo, onde utilizou-se como instrumento um questionário contendo perguntas fechadas e algumas abertas. Em relação ao procedimento de coleta desses dados, foram realizadas visitas à maternidade participante do cenário do estudo, pelos próprios pesquisadores, essas entrevistas ocorreram em dias alternados durante a semana e finais de semana, as gestantes foram abordadas em enfermarias e sala de espera. A verificação da situação vacinal e teste sorológico para Hepatite B efetivou-se partir da observação dos dados do Cartão da Gestante e/ou do Cartão de Vacinação, preenchendo as informações sobre doses de vacina e estado sorológico para Hepatite B.

As variáveis levantadas no instrumento deste estudo foram: sociodemográfico e econômica, sobre perfil do pré-natal, variáveis também sobre posse do cartão de vacina e gestante, e verificação da cobertura vacinal além do repasse de informações sobre a vacina para Hepatite B.

Os dados coletados foram organizados em planilhas no programa Excel®, e analisados no Software Statistical Package for the Social Science (SPSS) onde utilizou-se a estatística descritiva simples na apresentação dos mesmos.

O presente estudo está de acordo com a com a resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). Este projeto foi primeiramente submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão e posteriormente aprovado sob o seguinte N° CAAE: 45857015.5.0000.5554.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 55 gestantes segundo os critérios de inclusão para o estudo. Em relação à faixa etária notou-se que a amostra mais prevalente esteve entre 22-34 anos de idade (58,2%), com uma média de 22,6 anos, (DP= 5,1). Com relação à escolaridade, a maioria (43,6%) tinha apenas o ensino fundamental incompleto revelando baixa escolaridade. Quanto à situação marital, grande parte referiu ser solteira/separada (65,5%) ou casada/união estável (34,5%).

Das entrevistadas, 56,4% residiam em municípios do interior do estado do Maranhão. No que diz respeito à religião, 92,7% referiram possuir alguma crença religiosa. Quando abordadas sobre ocupação, a maioria (83,6%) disse não trabalhar fora de casa e não possuíam renda pessoal (90,9%). Quanto a renda familiar, 50,9% vivem com valor menor que 1 (um) salário mínimo e 49,1% com 1 ou 2 salários mínimos (DP=141,2) como mostra tabela 1 abaixo.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e econômica das gestantes atendidas em uma maternidade pública. Caxias- MA, 2015. (n= 55)

Variáveis	N	%
Faixa etária		
Menor 21 anos	23	41,8
22-34 anos	32	58,2
Média (D.P)	22,6 (5,1)	
Escolaridade		
Fundamental incompleto	24	43,6
Fundamental completo	01	1,8
Médio incompleto	03	5,5
Médio completo	19	34,5
Superior	08	14,5
Estado civil		
Solteira/ Separada	36	65,5
Casada/União estável	19	34,5
Onde reside		
Caxias	22	40,0
Outro município do MA	31	56,4
Outro município	02	3,6
Possui religião		
Sim	51	92,7
Não	04	7,3
Você trabalha fora de casa		
Sim	09	16,4
Não	46	83,6
Renda pessoal		
Sim	05	9,1
Não	50	90,9
Renda familiar		
Menor 1 SM	28	50,9
1-2 SM	27	49,1
Média (D.P)	903,2 (141,2)	
Total	55	100,0

Legenda: SM: Salário Mínimo; D.P: Desvio Padrão. Fonte: Pesquisa Direta

Na tabela 2 observa-se que 56,4% das gestantes não possuem cartão de vacina, na qual em sua maioria 96,7% referiram não possuir, por motivos de perca. Quanto ao cartão da gestante, identificou-se que todas (100%) o possuem. Sobre as informações da vacina contra Hepatite B, 50,9% relataram não ter recebido e 49,1% receberam orientações. Dentre as fontes informantes, o profissional enfermeiro foi o mais citado com 63,0% seguido por informações intercaladas entre enfermeiro e médico (25,9%), e por último, o agente comunitário de saúde (3,7%). De acordo com anotações do cartão da gestante, 94,5% receberam alguma dose da vacina na gestação atual. Quanto as informações, 92,7% diz não saber quais doenças que a vacina protege e três gestantes mencionaram somente prevenção contra Hepatite B.

Tabela 2 – Distribuição das informações sobre vacina para Hepatite B, cartão de vacinação e cartão da gestante. Caxias – MA, 2015. (N=55)

Variáveis	N	%
Possui cartão de vacina		
Sim	24	43,6
Não	31	56,4
Por que não possui?*		
Perdeu	29	96,7
Outros	02	3,3
Possui cartão de gestante		
Sim	55	100,0
Não	0	0,0
Você recebeu informações sobre vacina da Hepatite B		
Sim	27	49,1
Não	29	50,9
Quem informou sobre a vacina**		
Agente Comunitário de Saúde	01	3,7
Enfermeira	17	63,0
Médico	02	7,4
Médico e enfermeiro	07	25,9
Recebeu alguma vacina na gestação atual		
Sim	52	94,5
Não	03	5,5
Sabe quais doenças a vacina protege		
Sim	04	7,3
Não	51	92,7
Quais doenças***		
Hepatite B	03	90,0
Outras	01	10,0
Total	55	100,0

Legenda: *Percentuais relativos aos que não possui cartão de vacina (n=31), ** Percentuais relativos aos que receberam informação (n=27), *** Percentuais relativos aos que relataram alguma doença (n=04). Fonte: Pesquisa Direta

Observa-se na tabela 3 que 76,4% das gestantes receberam a primeira dose da hepatite B, seguido de 5,5% que não e 9,1% não havia registro no cartão da gestante confirmando a administração da dose. Quanto à segunda dose da hepatite B, 67,3% receberam, seguido de 10,9% que não, 3,6% das carteiras estavam apazadas e 9,1% não anotado dose. Já a terceira dose, 32,7% das gestantes a vacina estava apazada e apenas 29,1% receberam as três doses necessárias para uma cobertura vacinal adequada.

Tabela 3 – Situação vacinal das gestantes contra hepatite B. Caxias – MA, 2015. (N=55)

Variáveis	N	%
HB primeira dose		
Sim	42	76,4
Não	03	5,5
Não anotado	05	9,1
Não estava com cartão	03	5,5
Não requisitado	02	3,6
HB segunda dose		
Sim	37	67,3
Não	06	10,9
Aprazada	02	3,6
Não anotado	05	9,1
Não estava com cartão	03	5,5
Não requisitado	02	3,6
HB terceira dose		
Sim	16	29,1
Não	11	20,0
Aprazada	18	32,7
Não anotado	05	9,1
Não estava com cartão	03	5,5
Não requisitado	02	3,6
Total	55	100,0

Fonte: Pesquisa Direta

DISCUSSÃO

O estudo identificou um grupo de gestantes adolescentes e adultas jovens, de baixa escolaridade e renda familiar menor que 1 salário mínimo. Todas realizaram o pré-natal sendo que a grande maioria realizou um número expressivo de 6 consultas ou mais, tendo iniciado em momento razoável às 12 semanas. Elevada proporção não possui cartão de vacina, alegando motivo de perda. Houve predomínio de gestantes que não receberam informações sobre vacina contra Hepatite B, e as que receberam tomaram pelo menos duas doses das vacinas para Hepatite B.

Após análise evidenciou-se que a faixa etária com maior prevalência esteve entre 22-34 anos de idade (58,2%), com média de idade 22,6 anos (DP=5,1). Estes achados diferem de um estudo realizado em uma realidade próxima, que estudou as puérperas na cidade de Teresina (FEITOSA, 2012), onde a maioria das gestantes era composta por mulheres na faixa etária de 20 a 26 anos (46,1%) com média de 24 anos de idade. Estes resultados também contradizem um estudo com gestantes na cidade de Porto Alegre no qual um quinto das gestantes que participaram da pesquisa eram adolescentes (menos de 20 anos) e pouco mais da metade possuía entre 20 e 29 anos de idade (GOMES; CESAR, 2013). No quesito fertilidade, nas diversas regiões do Brasil, observa-se um processo de transição demográfica com uma pujante diminuição do número de mulheres jovens no geral da população, seguida de uma redução de gestantes adolescentes, ocorrendo assim uma maior concentração de gravidez na faixa etária de 20 e 29 anos (FEITOSA, 2012).

Ainda no que concerne à idade, é significativo a baixa taxa de gestantes em idades extremas, isto é, adolescentes 1.814 (1,6%) entre 10 a 14 anos, e 1.495 (1,3%) mulheres entre 40 a 44 anos, o que do ponto de vista obstétrico é considerado um dado positivo. Isto posto, a gravidez tem melhores condições, sob a ótica biológica, entre 18 a 20 anos, sendo ideal até os 30 anos. Pois, acima dos 35 anos os riscos aumentam tanto para a mãe quanto para o bebê, com um expressivo índice de malformações do concepto e de distorcias durante o trabalho de parto (MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2010).

Quanto à escolaridade, identificou-se um grau de baixa escolaridade, uma vez que maioria (43,6%) tem apenas o ensino fundamental incompleto, estes dados divergem de um estudo realizado na cidade de Taubaté no ano de 2007 onde avaliou-se o perfil das gestantes de alto risco, observou-se que 34% tinham apenas o ensino fundamental incompleto. Estes dados demonstram como as baixas condições educacionais são elementos associados à gestação de alto risco, aumentando com isso, a incidência deste tipo de gestação (BUZZO et al., 2010; BEHRMAN; KLIEGMAN e JENSON, 2005).

A realidade educacional do nordeste brasileiro é considerada sofrível quando comparada à das regiões sul e sudeste. Enquanto a região nordestina possui, para pessoas de 15 anos ou mais, (19,4%) de analfabetos, e (31,6%) de analfabetos funcionais, esses indicadores correspondem, respectivamente, a (5,4%) e (16,2%) para o Sul e a (5,8%) e (15,8%) para o Sudeste. No nordeste, a situação de Alagoas, do Piauí e da Paraíba são ainda piores, com cerca de um quarto de sua população com 15 ou mais anos analfabetas (BEZERRA; CARVALHO, 2010).

Conforme os dados obtidos neste estudo, no que diz respeito à situação marital, a maioria das gestantes referiu ser solteira/separada (65,5%), com isso diverge dos dados do estudo de Feitosa, que estudou as puérperas na cidade de Teresina no qual resultou em 75,1% das puérperas são casadas/união estável (FEITOSA, 2012). Outros dados revelaram que 75,2% das gestantes vivem junto com o seus companheiros (GOMES; CESAR, 2013).

Ser solteira, ter filhos, morar com genitora foram situações muito frequentes, mesmo sem possuir alguma renda pessoal notou-se que há falta de interesse das mesmas em procurar alguma ocupação, confiando-se em renda assegurada por algum benefício do governo.

Com relação à ocupação das gestantes, a grande maioria 83,6% não executa trabalho algum fora de casa seguindo por 90,9% que não possui renda pessoal. Sobre a renda familiar a maioria 50,9% sobrevive com valor menor que 1 salário mínimo. Nos dias de hoje as mulheres vem conquistando gradativamente seu espaço no mercado de trabalho, mesmo isso sendo realidade a questão da renda ainda é fato de preocupação, havendo grande frequência o número de mulheres com profissões ligadas a atividades domésticas.

Estes achados refletem na realidade dos estados nordestinos onde 59,2% dos homens possuem alguma ocupação, sobressaindo-se dos 40,8% de mulheres que possuem trabalho fora de casa (BEZERRA, 2011). Além disso, os dados desse estudo corroboram também com o de Feitosa, que resultou em 78,25% das puérperas não exercia nenhum trabalho fora de casa, ou seja, grande maioria se encontra nessa mesma situação (FEITOSA, 2012). Ainda sobre situação de ocupação das participantes, dados de uma pesquisa revelou que 40% destas trabalham fora de casa durante o período gestacional (GOMES; CESAR, 2013).

Percebe-se que os determinantes sociais interferem diretamente na utilização dos serviços de saúde e de atenção pré-natal, tais como o baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico da mulher e de seu companheiro, mulheres vivendo sem o companheiro, falta de disponibilidade e alto custo da assistência, alta paridade e história de complicações obstétricas. Além disso os aspectos políticos, da culturais, religiosos além da rede de apoio familiar e social também influenciam na utilização destes serviços em diferentes no só no Brasil, mas em diversos países (SAVAGE et al., 2007).

Além disso, é importante destacar que inúmeros estudos consideram que a escolaridade e a renda em conjunto ou isoladamente, vem sendo associada à menor utilização da assistência pré-natal (PINTO, 2005).

Diante disto, a Rede Cegonha visa incentivar a realização sistemática do pré-natal e prevê o apoio às gestantes para que estas possam se deslocar para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto (BRASIL, 2011).

Com relação aos dados relacionados ao perfil do pré-natal, todas as participantes do estudo receberam essa assistência. A adesão dessas gestantes a primeira consulta foi observada de forma positiva pelo fato de 100% terem realizado o pré-natal, se comparando com a situação universal onde essa assistência ainda não é uma realidade, por fatores que estão relacionados à renda, baixa escolaridade, difícil acesso ao serviço de saúde nas regiões mais afastadas da área urbana. Além disso, identificou-se uma cobertura inicial de adesão satisfatória, a maioria (81,8%) das mulheres realizou a primeira consulta até 12 semanas de gestação, o que é considerado positivo visto que para o Ministério da Saúde, é correto iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação o que considera-se uma captação precoce (BRASIL, 2012). Em uma pesquisa realizada no estado do Maranhão no ano de 2010, observou-se que a cobertura do pré-natal foi de 85,6%, porém, ao se considerar a cobertura de pré-natal adequado, este foi de 43,4%, de acordo com o preconizado. Mesmo com uma cobertura de pré-natal acima de 80%, menos da metade é considerada adequada, o que demonstra um descompasso na atenção primária com qualidade dos serviços prestados (COSTA, 2010).

Observou-se neste estudo que as gestantes receberam maiores informações sobre vacina pelo profissional Enfermeiro com 63,0%, referindo estar mais à vontade nessa situação. Isso reafirma o papel e a importância do Enfermeiro na assistência e como educador, prestando um cuidado mais integral no pré-natal, tanto no que diz respeito à assistência técnica como em educação continuada em saúde.

São atribuições e competências do profissional enfermeiro durante o período pré-natal: orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do médico; Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; Realizar testes rápidos; Prescrever fármacos padronizados para o programa de pré-natal como o sulfato ferroso e o ácido fólico, além daqueles padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica além de orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B), entre outras (BRASIL, 2012).

Dados ainda mostram que 56,4% das gestantes não possuem cartão de vacina, 97,7% por motivos de perda. Com esse achado, se reafirma o grande desinteresse em estar com a situação vacinal em dias. Maioria relata ter iniciado esquema vacinal durante a gestação, 94,5% receberam alguma vacina na gestação atual. Constatou-se também que mesmo tendo as informações sobre as vacinas repassadas, isso não assegurou que as mesmas foram bem assimiladas, por conta dos 92,7% que relataram não saber quais doenças a vacina protege e apenas 3 delas mencionaram saber que está protege contra Hepatite B.

Neste estudo afigurou-se que na maioria das gestantes a terceira dose da Hepatite B estava aprazada, seguida de 29,1% que receberam as três doses necessárias para uma cobertura vacinal adequada. Dados esses que diferem de outros (FEITOSA, 2012), onde 77,5% das puérperas estudadas não receberam nenhuma dose de vacina contra hepatite B, e que apenas 4,8%, receberam as três doses necessárias para uma cobertura vacinal adequada, assim considera-se que há uma cobertura vacinal ineficiente, o que pode acarretar grande riscos tanto para gestante como para o feto.

Frente a essa problemática, medidas de controle do espargimento do vírus da hepatite B está ocorrendo por meio de medidas endossadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, como a extensão da vacinação contra hepatite B, para os considerados grupos de risco, entre estes as gestantes. E, nas mulheres com títulos de HBsAg reagente, inclusão da imunoglobulina para os RN nas primeiras 12 horas de vida, além da vacinação destes ao nascer (BRASIL, 2009).

CONCLUSÃO

Uma das limitações da pesquisa, ocorreu pelo registro deficiente no cartão das gestantes. Mesmo com a existência de manuais do Ministério da Saúde nos quais tem que ser seguidos para prestar uma assistência pré-natal, ocorre essa deficiência em passar as informações para o cartão gestante.

Os resultados obtidos neste estudo remetem a necessidade de ações que visem melhorar o acesso destas clientes a educação para que desta forma as mesmas possam ter um senso crítico em relação a hora adequada para se tornarem mães. E que através desta educação em saúde possam se nortear sobre a real na qual se encontram. Além disso, viu-se a necessidade de melhorar a qualidade das consultas de pré-natais nas futuras mães principalmente através da capacitação dos profissionais de saúde sobre Hepatite B, bem como a conscientização para que executem de forma eficaz os protocolos assistenciais do Ministério da Saúde.

Por fim, fica evidente o potencial de utilização destes dados entre os gestores e profissionais de saúde, podendo auxiliar na monitoração de indicadores específicos de saúde e de educação e na definição de prioridades de intervenção, como aumentar a oferta de imunização específica para Hepatite B.

Recebido em: 1/2017**Aceito em: 2/2017****Publicado em: 2/2017****REFERÊNCIAS**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológico, 7. ed, Brasília(DF), 2009.
2. LACERDA DK, SILVA MA, KNECHT D *et al.* HEPATITE B e GESTAÇÃO: PERCEPÇÃO, PREVENÇÃO e TRATAMENTO. Revista Eletrônica Interdisciplinar, 2011; 2(6): 63-69.
3. PACHECO, A. J. Vacinação da gestante no pré-natal - revisão integrativa da literatura [monografia]. Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; 2011.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico das hepatites virais 2012. Brasília; 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº. 39/09/CGPNI/DEVE P/SVS/MS. Brasília; 2009.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n º 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
7. FEITOSA, V.C. Situação sorológica e vacinal para hepatite B de puérperas em uma maternidade pública de Teresina. 2012. Dissertação. (Mestrado). Teresina – PI: Universidade Federal do Piauí, 2012.
8. GOMES RMT, CÉSAR JA. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013 Abr-Jun; 8(27):80-9.
9. MONTENEGRO CA, REZENDE FILHO J. Rezende/Obstetrícia Fundamental. 11. ed. Rio de Janeiro: Gunabara Koogan, 2010.cap.39, p.374-96.
10. BUZZO MC, GRAÇATO TMR, CAVAGLIERI AG *et al.* Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade de um hospital geral na cidade de taubaté-sp. Janus, 2007; 4(6): 87-102.
11. BEHRMAN RE, KLIEGMAN RM, JENSON HB. Nelson: tratado de pediatria. 17ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
12. BEZERRA FD, CARVALHO JS. Indicadores socioeconômicos do Nordeste: análise comparativa inter-regional. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil, 2010.
13. BEZERRA FD. Indicadores Socioeconômicos do Nordeste: Análise Comparativa Regional. Fortaleza Banco do Nordeste do Brasil, 2011.
14. SAVAGE CL, ANTHONY J, LEE R *et al.* The Culture of Pregnancy and Infant Care in African American Women: An Ethnographic Study. J. Transcult. Nurs, 2007; 18(3): 215-223.
15. PINTO LF, MALAFAIA MFM, BORGES JÁ *et al.* Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10(1): 205-13.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília; 2011.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012.
18. COSTA GRC, CHEIN MBC, GAMA MEA *et al.* Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. Rev. bras. enferm. 2010; 63(6): 1005-1009.