

Acesso à vacina contra a hepatite B entre parturientes que realizaram o pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul*

doi: 10.5123/S1679-49742014000300007

Access to hepatitis B vaccine by pregnant women attending antenatal care in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil

Maria Fernanda Silveira Espíndola

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

Marília Arndt Mesenburg

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

Mariângela Freitas da Silveira

Departamento Materno Infantil e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

Resumo

Objetivo: avaliar a falta de acesso à vacina contra a hepatite B, motivos e fatores associados, entre parturientes que realizaram pré-natal no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Métodos:** estudo transversal de base populacional, incluindo todas as parturientes internadas nas maternidades do município por ocasião do parto, em período de 30 dias, no ano de 2013. **Resultados:** foram entrevistadas 352 parturientes; a falta de acesso à vacina foi de 23,1% (IC_{95%}: 18,5-27,6) e o principal motivo foi não indicação pelo médico (70,1%); não foi encontrada associação entre falta de acesso e os fatores sociodemográficos estudados. **Conclusões:** o acesso à vacina contra a hepatite B entre parturientes foi limitado, principalmente devido a sua não recomendação por parte do médico; os resultados evidenciam a necessidade de estabelecer medidas e ações que proporcionem melhorias na atenção pré-natal, no que se refere às estratégias de vacinação contra o vírus da hepatite B.

Palavras-chave: Estudos Transversais; Hepatite B; Gestantes; Vacinação; Acesso.

Abstract

Objective: to evaluate lack of access to hepatitis B vaccination, its reasons and associated factors in pregnant women attending antenatal care in Pelotas. **Methods:** this was a cross-sectional population-based study using primary data at the municipality maternity facilities, including all women giving birth during a 30 day period in 2013. **Results:** 352 women were interviewed. There was 23.1% (95%CI, 18.5-27.6) lack of access to hepatitis B vaccine and the main reason for non-vaccination was the absence of the doctor's recommendation (70.1%). No association was found between lack of access and the sociodemographic factors studied. **Conclusions:** the study found limited access to hepatitis B vaccine among pregnant women in Pelotas- RS, due mainly to the lack of the physician recommendation. The results highlight the need for measures and actions to improve prenatal care regarding HBV vaccination strategies.

Key words: Cross-Sectional Studies; Hepatitis B; Pregnant Women; Vaccination; Access.

* Artigo derivado de dissertação de Mestrado em Saúde Pública Baseada em Evidências, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas por Maria Fernanda Silveira Espíndola, em 2014.

Endereço para correspondência:

Maria Fernanda Silveira Espíndola – Rua Franklin de Magalhães, nº 125, Bairro Carlos Vasquez, Arroio Grande-RS, Brasil.

CEP: 96330-000

E-mail: mfernandaespidola@gmail.com

Introdução

As hepatites virais constituem um importante problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo.¹ A hepatite B aguda é uma doença infecciosa viral, contagiosa, em que ocorre inflamação do fígado, causada pelo vírus da hepatite B (VHB). O período de incubação varia de 30 a 180 dias (média de 70 dias). Caracteriza-se por três fases: a primeira, prodrômica ou pré-ictérica; a segunda, ictérica, não ocorre na maioria dos casos; e a terceira fase, de convalescença, na qual a icterícia desaparece e, progressivamente, a sensação de bem-estar retorna embora, em alguns casos, ocorra a cronificação da doença.²

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de dois bilhões de pessoas já tenham tido contato com o VHB, totalizando 325 milhões de portadores crônicos no mundo conforme o Boletim Epidemiológico das Hepatites Virais 2013 (sobre dados até o final de 2011). No Brasil, em 2010, observou-se, no sexo feminino, maior taxa de detecção de casos de hepatites B por 100 mil habitantes na faixa etária entre 15 e 29 anos (25,9 por 100 mil hab.). A taxa de detecção de hepatite B em gestantes no período 2000-2010 foi maior nas grandes regiões Sul e Centro-Oeste: 1,1 e 1,2 por 100 mil habitantes, respectivamente. De 1999 a 2011, foram notificados 38.007 casos de hepatite B na região Sul, o que corresponde a 31,6% do total de casos no Brasil (120.343). No ano de 2010, a região Sul respondeu por 26,9% dos casos confirmados de hepatite B no país, sendo 29,9% desses casos no Rio Grande do Sul.³

A vacinação é a medida de controle e prevenção mais segura e eficaz, e de maior impacto contra a infecção pelo VHB.

A transmissão do VHB pode ocorrer por vários meios, como por exemplo, (i) no compartilhamento de materiais para o uso de drogas inaladas, fumadas e injetáveis, (ii) relação sexual desprotegida, (iii) na utilização de materiais cirúrgicos ou odontológicos contaminados e/ou materiais que provocam cortes/lesões, como alicate de unha e aparelho de barba, entre outros, e (iv) nos procedimentos de parto, caso a mãe seja portadora do VHB. A hepatite causada pelo VHB pode evoluir para danos mais graves ao fígado,

como cirrose ou hepatocarcinoma. Outra complicação grave é a hepatite fulminante, a qual causa insuficiência hepática aguda e morte.⁴

A transmissão vertical da hepatite consiste na infecção perinatal pela exposição do recém-nascido ao sangue ou líquido amniótico durante a passagem pelo canal do parto. O percentual de cronificação da doença, quando o recém-nascido é infectado pelo VHB, pode chegar a 90%, com maior risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma em fase precoce da vida. A prevenção é feita conforme preconiza o Ministério da Saúde, por medidas educativas e preventivas como orientação sobre o uso de preservativo em todas as relações sexuais, vacinação, esterilização adequada de materiais que entram em contato com sangue ou fluidos corporais e não compartilhamento de materiais perfurocortantes.⁴

A vacinação é a medida de controle e prevenção mais segura e eficaz, e de maior impacto contra a infecção pelo VHB. No que se refere à vacinação contra a hepatite B (VCHB) em gestantes no Brasil, não foram encontrados dados oficiais disponíveis até a consecução deste estudo; somente a informação sobre a faixa etária das pessoas imunizadas, ampliada até os 49 anos de idade no ano de 2013.⁵

A gestação é uma oportunidade única de contato entre a mulher e o sistema de saúde, possibilitando a atualização de seu calendário vacinal. Analisar o acesso à VCHB na atenção ao pré-natal é importante pela potencialidade de prevenção da transmissão vertical do VHB.⁶ O objetivo deste estudo foi avaliar a falta de acesso à vacina contra a hepatite B, motivos e fatores associados, entre parturientes que realizaram pré-natal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Métodos

Estudo transversal de base populacional, realizado em Pelotas, município localizado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Em 2010, Pelotas-RS possuía 328.275 habitantes com rendimento nominal médio de aproximadamente R\$ 2.600,00 (mediana: R\$ 540,00) e índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,739.⁷

A coleta de dados foi realizada no ano de 2013, durante 30 dias consecutivos – 13 de maio a 11 de junho –, período no qual foram entrevistadas todas

as parturientes atendidas nos quatro hospitais que oferecem serviço de obstetrícia no município: um público, dois filantrópicos e um privado, que realizam, em média, 350 partos mensais. A população-alvo do estudo constituiu-se de parturientes residentes em Pelotas-RS e que realizaram pré-natal no município. Foram excluídas do estudo as parturientes não residentes no município e aquelas que não haviam realizado pré-natal.

Para o cálculo do desfecho 'falta de acesso', foram combinadas duas informações: (i) indicação de vacinação e (ii) não recebimento da VCHB. Foram consideradas como tendo indicação de vacinação as parturientes não vacinadas contra a hepatite B antes da gestação; e foram consideradas sem indicação de vacinação as parturientes vacinadas contra a hepatite B antes da gestação. Foram consideradas com falta de acesso as parturientes com indicação de vacinação mas que não receberam qualquer dose da VCHB durante a gestação. As parturientes com indicação de vacinação que relataram ter recebido pelo menos uma dose da vacina e aquelas vacinadas antes da gestação foram consideradas como tendo acesso à VCHB. A falta de acesso foi avaliada de duas formas: (i) autorreferida, baseada no relato da gestante sobre o não recebimento de qualquer dose da vacina, e (ii) registrada, com base na ausência de registro de pelo menos uma dose da vacina na carteira da gestante. As análises subsequentes foram realizadas utilizando-se a informação de falta de acesso autorreferida. Neste relato, será utilizado o termo 'falta de acesso' para mencionar a falta de acesso autorreferido, e 'falta de acesso registrado' para falta de acesso registrado na carteira da gestante.

Entre as gestantes que não tiveram acesso à VCHB, foram investigados os motivos para a falta de acesso, propondo-se à entrevistada a seguinte questão: 'Por que a senhora não fez a vacina contra hepatite B?' As alternativas de resposta oferecidas foram:

- o médico não indicou;
- o médico indicou mas eu não quis fazer;
- o médico indicou mas não tinha no postinho;
- o médico indicou mas quando eu fui fazer, o profissional de saúde disse que não precisava;
- não foi preciso, pois já tinha feito;
- não foi preciso porque o exame deu positivo;
- não sei;
- outro.

Investigou-se a associação entre falta de acesso e os seguintes fatores: idade em anos completos (14 a 19; 20 a 24; 25 a 29; 30 a 35; e 35 ou mais); cor da pele observada pela entrevistadora (branca; não branca); situação conjugal (com companheiro; sem companheiro); escolaridade em anos completos de estudo (até 4; 5 a 8; 9 a 11; 12 ou mais); e local de realização do pré-natal (unidade básica de saúde/hospital; consultório particular).

Os dados foram coletados mediante questionários estruturados, previamente testados, aplicados às parturientes internadas por ocasião do parto por acadêmicas dos Cursos de Medicina e Enfermagem, devidamente treinadas. As entrevistas foram realizadas nos quatro hospitais de Pelotas-RS que oferecem atendimento obstétrico. As entrevistadoras visitavam cada hospital pelo menos uma vez ao dia. Por meio de abordagem-padrão, as parturientes eram identificadas como elegíveis ou não; se elegíveis, eram convidadas a participar do estudo.

As informações foram duplamente digitadas no programa EpiData 3.1, para checagem das inconsistências. Todos os questionários eram revisados no prazo de sete dias, a contar da data da entrevista, sendo sorteados 10% deles para controle de qualidade. Este controle, realizado via telefone, reaplicava a questão sobre o local de realização do pré-natal com o objetivo de verificar a consistência das respostas e identificar possíveis fraudes por parte das entrevistadoras.

Primeiramente, foi realizada análise descritiva das características da amostra. Em seguida, foram calculadas a falta de acesso e a falta de acesso registrado à VCHB e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). Foi utilizado o teste do coeficiente de Kappa para verificar a concordância entre falta de acesso e falta de acesso registrado. Para aquelas que não haviam recebido qualquer dose do imunobiológico, foi descrito o motivo da falta de acesso. Na verificação da associação entre falta de acesso e demais exposições, utilizou-se a regressão de Poisson com correção para superdispersão, a partir da qual foram calculadas as razões de prevalência (RP) brutas e obtidos os respectivos IC_{95%} e valores-p. Adotou-se um nível de significância de 5%. Todas as análises foram conduzidas utilizando-se o programa STATA 12.

Todas as parturientes foram esclarecidas sobre a relevância das imunizações e receberam folder explicativo com orientações sobre a importância dos imunobiológicos e do esquema vacinal completo. Elas

foram orientadas a procurar a unidade de saúde mais próxima de sua residência, para iniciar ou completar o esquema vacinal.

Conforme as normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, este estudo teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, em abril de 2013: Parecer nº 238.753. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como condição para aderirem à pesquisa.

Resultados

Foram entrevistadas 352 parturientes; houve duas perdas e uma recusa (0,8%) à participação. A falta de acesso registrado não pode ser investigada em 8,0% das parturientes, devido à indisponibilidade da carteira da gestante no momento da entrevista.

A Tabela 1 descreve as características da amostra. A idade média das parturientes foi de 26,2 anos (desvio padrão (DP) = 6,5) e a maior proporção (27,5%)

encontrava-se na faixa etária entre os 25 e os 29 anos. A cor branca foi predominante (67,3%), a maioria das parturientes (80,1%) possuía companheiro, a escolaridade média foi de 9,5 anos de estudo (DP=3,4) e 40,0% possuíam entre 5 e 8 anos completos de estudo. A maior parte das entrevistadas realizou pré-natal em unidades públicas: 46,0% em unidade básica de saúde e 29,0% em unidade hospitalar.

A falta de acesso a VCHB foi referida por 23,1% (IC_{95%}: 18,5-27,6) das parturientes e a falta de acesso registrado foi de 38,2% (IC_{95%}: 32,8-43,5) (dados não apresentados em tabela). A concordância entre falta de acesso referida e falta de acesso registrada, medida pelo teste do coeficiente de Kappa, foi de 0,69. O principal motivo para o não recebimento da vacina foi a não indicação por parte do médico, relatada por 70,0% das entrevistadas (Figura 1).

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre a falta de acesso à VCHB e os fatores sociodemográficos investigados nas parturientes participantes do estudo (Tabela 2).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de parturientes internadas por ocasião do parto (n=352), no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, 2013

Variável	N	%
Idade (em anos completos)		
14-19	63	17,9
20-24	91	25,9
25-29	97	27,5
30-35	54	15,3
35 ou mais	47	13,4
Cor da pele		
Branca	237	67,3
Não branca	115	32,7
Situação conjugal		
Com companheiro	282	80,1
Sem companheiro	70	19,9
Escolaridade (em anos completos de estudo)		
Até 4	20	5,7
5-8	138	39,2
9-11	120	34,1
12 ou mais	74	21,0
Local de realização do pré-natal		
Unidade básica de saúde/hospital	263	74,7
Consultório	89	25,3

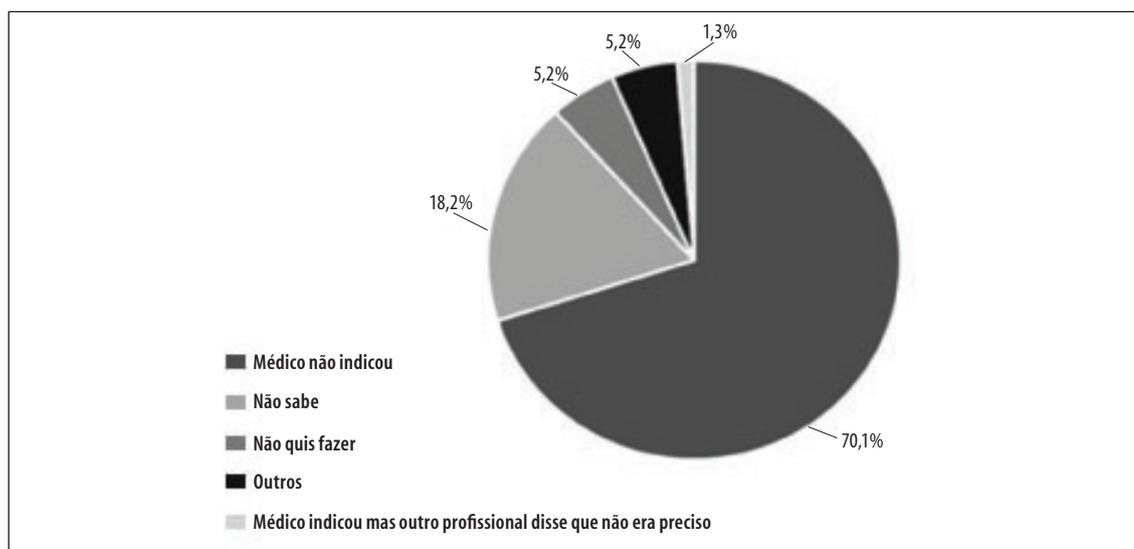


Figura 1 – Distribuição dos motivos para a falta de acesso à vacina contra a hepatite B em parturientes com indicação e que não receberam o imunobiológico, internadas por ocasião do parto (n=77), no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, 2013

Tabela 2 – Fatores associados à falta de acesso à vacina contra a hepatite B em parturientes internadas por ocasião do parto (n=352) no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, 2013

Variável	N (%) ^a	RP ^b	IC _{95%} ^c	Valor-p ^d
Idade (em anos completos)				
14-19	15 (25,0)	1	–	0,730
20-24	17 (20,0)	0,8	0,4-1,5	
25-29	23 (24,5)	1,0	0,6-1,7	
30-35	14 (28,0)	1,1	0,6-2,0	
35 ou mais	8 (17,8)	0,7	0,3-1,5	
Cor				
Branca	50 (22,3)	1	–	0,649
Não branca	27 (24,6)	1,1	0,7-1,7	
Situação conjugal				
Com companheiro	62 (23,3)	1	–	0,885
Sem companheiro	15 (22,4)	1,0	0,6-1,6	
Escolaridade (em anos completos de estudo)				
Até 4	5 (31,3)	1	–	0,637
5-8	28 (21,5)	0,7	0,3-1,5	
9-11	30 (25,6)	0,8	0,37-1,8	
12 ou mais	14 (19,7)	0,6	0,3-1,8	
Local de realização do pré-natal				
Unidade básica de saúde/hospital	60 (23,9)	1	–	0,52
Consultório	17 (20,5)	0,9	0,5-1,4	

a) número de parturientes que não tiveram acesso à vacina contra a hepatite B e percentual de falta de acesso à vacina

b) RP: razão de prevalência

c) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

d) Valor-p referente ao teste de Wald, obtido por regressão de Poisson.

Discussão

Este estudo verificou acesso limitado à vacina contra a hepatite B entre parturientes residentes no município de Pelotas-RS, principalmente devido à não indicação do imunobiológico pelo médico. Este achado é relevante, tendo em vista que a VCHB foi recomendada pela OMS em 1991, o Ministério da Saúde reforçou a indicação da vacinação em 2009 e as gestantes brasileiras foram incluídas como grupo prioritário de vacinação no ano de 2013.⁵

Outros estudos, realizados com diferentes populações, sobre acesso, oferta ou cobertura vacinal (CV), verificaram indicadores aquém do ideal.⁸⁻¹⁰ Um desses estudos avaliou o esquema vacinal para hepatite B e a situação sorológica em 377 puérperas internadas em maternidade pública de Teresina-PI: seu resultado apontou CV de 22,5% entre puérperas, como também ineficiência do acompanhamento pré-natal quanto à oferta da VCHB.⁸

Um estudo sobre a CV da VCHB na população menor de 20 anos de idade residente nos municípios da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, no período de 1999 a 2007, apontou que, na faixa etária entre 11 e 19 anos, nenhum daqueles municípios atingiu CV de 95%: na população dos 11 aos 14 anos, 39%; e dos 15 aos 19 anos, 42%. É importante salientar a baixa CV em todas as faixas etárias no município de Pelotas-RS, o que influencia a CV entre as gestantes. O estudo mostrou que, à medida que aumenta a idade, diminui a cobertura, sendo esta de 66% em menores de 20 anos.⁹

Análogo a esse resultado, outro estudo sobre coberturas vacinais, com possível comparabilidade para mulheres em idade fértil, tendo por base os dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) referentes ao período 2002-2012, mostra coberturas menos favoráveis em grupos etários à medida que aumenta a faixa de idade: 15 a 19 (CV: 70,1%), 20 a 24 (64,8%) e 25 a 29 anos (45,5%).¹⁰

São três os principais fatores capazes de interferir na cobertura vacinal: o sistema de saúde (política de vacinação), o grau de estruturação das atividades relativas à vacinação (capacitação dos prestadores e organização do serviço) e o usuário. O usuário procura o serviço por uma necessidade particular de saúde, ou quando estimulado por campanhas educativas realizadas pelos órgãos públicos. Os serviços de saúde

devem oferecer e garantir a vacina a todos os elegíveis, independentemente do motivo que leve o indivíduo a procurar por esses serviços. É tarefa de todos os membros da equipe de Atenção Primária à Saúde, principalmente do pré-natalista, verificar o estado vacinal das gestantes e, se necessário, atualizar ou iniciar o esquema vacinal conforme rotina estabelecida pelo Ministério da Saúde.¹¹

Merece destaque o fato de o estudo identificar a não indicação por parte do médico como o principal motivo referido pelas participantes para a falta de acesso à VCHB. Geralmente, é o médico o principal responsável pelo cuidado pré-natal, e esse resultado demonstra falha na assistência, já que a oferta da vacina às gestantes pelos profissionais de saúde durante o pré-natal está indicada nos Cadernos da Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.¹²

O presente estudo verificou, ademais, que a falta de acesso registrada foi inferior à falta de acesso referida. No momento da realização do estudo, a carteira de vacinação da gestante apresentava apenas o local adequado para o registro do imunobiológico contra difteria e tétano, não disponibilizava local adequado para o registro da vacina contra a hepatite B. A falta de local específico para o registro da VCHB pode explicar a discrepância entre falta de acesso e falta de acesso registrada. Apesar da boa concordância entre as duas formas de avaliar falta de acesso, a proporção da falta de acesso referida foi inferior àquela obtida para a falta de acesso registrada na carteira.

Outro dado importante revelado pelo estudo foi a homogeneidade na falta de acesso, independentemente de características sociodemográficas. A homogeneidade relativa ao local de realização do pré-natal, aliada à não indicação por parte do médico como principal motivo para falta de acesso, indica que o despreparo dos profissionais de saúde não está relacionado ao tipo de atendimento pré-natal (ambulatorial/unidade básica de saúde ou particular) que a parturiente recebeu durante a gestação.

É importante destacar as limitações presentes neste estudo. A inexistência de registros oficiais da VCHB em gestantes no município de Pelotas-RS foi uma delas. Tal dificuldade reside no fato de não existirem dados específicos sobre a vacinação nesse grupo prioritário: o município disponibiliza apenas a cobertura de acordo com a faixa etária, impossibilitando a confrontação dos dados deste estudo com dados oficiais. Apesar

da falta de acesso referida ser inferior à falta de acesso registrado, é necessário levar em consideração a possibilidade de viés de memória: algumas parturientes podem não se lembrar de ter recebido a vacina, causando uma superestimativa da falta de acesso. Outrossim, a exclusão de mulheres que não realizaram o pré-natal, provavelmente, levou a uma subestimativa da falta de acesso. Entretanto, como o objetivo do estudo foi avaliar o acesso à VCHB entre parturientes que haviam realizado o pré-natal, não houve prejuízo nas estimativas de acesso para a população-alvo. Outro aspecto a ser destacado como limitador refere-se à não realização de análises ajustadas, de forma que as associações entre as variáveis investigadas podem ter sido confundidas ou mediadas por outras variáveis.

Os resultados do presente estudo permitem inferir que, a despeito da implantação da VCHB e de sua disponibilização, a partir de 2009, em todas as salas de vacina do país, não se obteve acesso satisfatório à VCHB. Este achado pode refletir a falta de adequação e preparação dos profissionais e dos serviços de saúde – conforme as normas e rotinas preconizadas pelo Ministério da Saúde – para o pleno desenvolvimento do pré-natal no que diz respeito à vacinação das gestantes contra a hepatite B.

Reforça-se a necessidade de medidas e estratégias de ação que proporcionem melhorias na atenção ao pré-natal, especialmente sobre a vacinação, com o objetivo de atingir o acesso universal em gestantes. Entre essas ações estratégicas, destacam-se capacitações, e a disponibilização do calendário vacinal atualizado e do Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério em todas as

unidades básicas de saúde e instituições hospitalares com serviço de obstetrícia no município. Sugere-se, ainda, a disponibilização, na carteira de pré-natal, de local adequado para registro da VCHB, permitindo melhor avaliação desse dado. A disponibilização de um espaço destinado a esse registro alertaria o profissional de saúde sobre a necessidade da indicação ou não do imunobiológico.

É importante para o município de Pelotas-RS que o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI –, nominal e individual, seja totalmente implementado, garantindo o acesso a informação fidedigna sobre a vacinação de gestantes. É provável que, juntas, essas medidas contribuam para aumentar o acesso e a cobertura vacinal de gestantes e, conseqüentemente, a proteção contra a infecção entre as mulheres, prevenindo a transmissão do vírus da hepatite B para seus filhos.

Contribuição dos autores

Espíndola MFS participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito.

Mesenburg MA participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão do manuscrito.

Silveira MF participou da concepção e delineamento do estudo e revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Ferreira CT, Silveira TR. Prevenção das hepatites virais através de imunização. *J Pediatr.* 2006 jul;82(3 Supl):555-66.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Material instrucional para capacitação em vigilância epidemiológica das hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 116 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico das hepatites virais 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de aconselhamento em hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Técnica Conjunta nº 2 de 2013 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2013 dez 5]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/legislacao/2013/54827>.

6. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 mar-abr;21(2):546-53.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [citado 2014 jun 10]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&Codmun=431440&idtema=16&search=rio-grande-do-sullpelotas|sintese-das-informacoes>.
8. Feitosa VC. Situação sorológica e vacinal para hepatite B de puérperas em uma maternidade pública de Teresina [dissertação]. Teresina (PI): Universidade Federal do Piauí; 2012.
9. Bueno MM, Matijasevich A. Avaliação da cobertura vacinal contra hepatite B nos menores de 20 anos em Municípios do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2011 jul-set;20(3):345-54.
10. Domingues CMA, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 jan-mar;22(1):9-27.
11. Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 maio;11 Supl 1:113-24.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

Recebido em 06/04/2014
Aprovado em 22/07/2014