

**Revista de APS**<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>

Imunização contra o vírus do papiloma humano: taxa de adesão, abstenção e conclusão do esquema de vacinação

Human papillomavirus immunization: adherence, abstention and conclusion rate of vaccination campaign

Vinícius Augusto Gonçalves¹, Mariana Silva Félix², Vênus Déia Alves de Farias³, Érico Augusto Rosas de Vasconcelos⁴

RESUMO

O human papillomavirus (HPV) é considerado o agente infeccioso de transmissão sexual mais comum em todo o mundo. Relacionado ao câncer de colo de útero e causador das verrugas genitais, é o terceiro tipo de câncer mais letal no Brasil. Devido ao início sexual precoce e ao aumento a exposição ao vírus, foi identificada a necessidade de prevenção a nível primário. Assim, vacinas contra alguns subtipos do HPV foram desenvolvidas como forma profilática. A vacina quadrivalente imuniza contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 e foi instituída no ano de 2013 de forma pioneira no Distrito Federal com objetivo de imunizar 100% das meninas de 11 a 13 anos. Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo, com objetivo analisar a taxa de adesão, abstenção e conclusão à campanha de vacinação. Foi analisado um banco de dados realizado pela Vigilância Epidemiológica da cidade do Gama-DF especificamente para o controle da dispensa nominal dos imunobiológicos para cada adolescente. Observou-se no estudo que das meninas que aderiram à campanha apenas 72,5% concluíram o esquema vacinal, taxa inferior à esperada pelas autoridades governamentais do Distrito Federal.

PALAVRAS-CHAVE: *Papillomaviridae*. Vacinação. Imunização.

¹ Discente do curso de Medicina das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central - FACIPLAC. E-mail: vinicius-augusto@hotmail.com

² Enfermeira pelas Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central – FACIPLAC.

³ Enfermeira, Mestranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília – UCB. Docente das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central – FACIPLAC.

⁴ Biólogo, Doutor em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília. Docente das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central – FACIPLAC.

ABSTRACT

The human papillomavirus (HPV) is the most common sexually infection agent worldwide. Cervical cancers and genital warts are common disorders of its infection and the third most lethal cancer in Brazil. Due to early sexual life and the increasing virus exposure, it was identified a need for primary healthcare prevention. Thus, prophylactic vaccines against some HPV subtypes have been developed. The quadrivalent vaccine immunizes against subtypes 6, 11, 16 and 18 and it was first introduced by the Federal District Government in 2013 aiming to immunize 100% of the target audience. This is a cross-sectional and descriptive study that aimed to analyze the adherence, abstention and conclusion rates of the vaccination campaign. A database made by the Epidemiological Surveillance of the city of Gama-DF was analyzed specifically for nominal dispensation control of the immunobiological agents for each adolescent. Our results show that among all the girls who joined the HPV campaign, only 72,5% of them completed the vaccination schedule, a lower rate than the expected by government agencies in the Federal District.

KEYWORDS: *Papillomaviridae*, Vaccination, Immunization.

INTRODUÇÃO

As verrugas genitais, também conhecidas como condiloma acuminado – do grego “tumor arredondado e pontudo” –, são conhecidas desde os tempos antigos e são causadas pelo papilomavírus humano (HPV), observado pela primeira vez por microscopia eletrônica em 1949.¹ Devido à alta incidência da infecção pelo papilomavírus humano e sua associação com neoplasias do trato genital, vem-se intensificando o estudo sobre este vírus. Estimativas mostram que mais da metade das pessoas sexualmente ativas será infectada pelo menos uma vez ao longo de suas vidas.^{2,3}

Destaca-se que o câncer de colo uterino, após o câncer de mama, é o segundo tipo de câncer mais letal do mundo entre as mulheres, com taxas de mortalidade que podem chegar a 80% principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, após os cânceres de mama e pulmão, o câncer de colo uterino é a terceira causa de morte feminina.^{4,5,6}

Apesar de acometer principalmente mulheres em fase adulta, nota-se o aumento de infecções causadas pelo o vírus HPV em adolescentes devido ao início, cada vez mais precoce, da atividade sexual. As infecções ocorrerem por transmissão sexual em 95% dos casos, e 5% podem ocorrer pelo contato com mãos, toalhas, roupas e objetos que estejam contaminados pelo vírus vivo em uma área não íntegra da pele ou mucosa. A infecção sexual tem seu pico logo no início da relação sexual quando as células basais do epitélio genital, por microtraumatismos, são infectadas.^{2,3,7}

Existem mais de 200 tipos identificados do papilomavírus humano, dos quais mais de 100 já foram sequenciados geneticamente. Destes, 45 são sexualmente transmissíveis e infectam o trato urogenital. Os subtipos 6 e 11 possuem baixo risco oncogênico, sendo

responsáveis por cerca de 90% das verrugas genitais, enquanto os subtipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 e 58 possuem alta oncogenicidade, sendo os subtipos 16 e 18 responsáveis por 70% das neoplasias de colo uterino. Estima-se que 70% dos cânceres de colo são causados por estes subtipos.^{7,8,9} Cerca de 99% das neoplasias cervicais são atribuídas à contaminação pelo HPV.⁸

As lesões são diagnosticadas através da colpocitologia oncótica (Papanicolau) e confirmadas por exame histológico. São classificadas em: *lesão intraepitelial escamosa de baixo grau* (LIEBG), que engloba as verrugas genitais e a neoplasia intraepitelial de baixo grau (NIC1); e em *lesão intraepitelial escamosa de alto grau* (LIEAG), que envolve as neoplasias intraepiteliais de alto grau (NIC 2 e 3), sendo a NIC 3 correspondente ao carcinoma *in situ*, que pode evoluir para lesão invasora ao ultrapassar a membrana basal.^{2,7,9}

A necessidade de prevenção a nível primário levou ao desenvolvimento de vacinas profiláticas contra o HPV, aprovadas a partir do ano de 2006.¹⁰ O processo de vacinação é um fator de grande importância para garantir proteção à saúde e erradicação de doenças. Ainda assim, por maior que seja o incentivo nas campanhas governamentais para promoção da vacinação, muitas crianças e adolescentes não chegam a ser imunizados como deveriam por motivos paternos relacionados a crenças, superstições, mitos e credos, mantendo-as vulneráveis aos micro-organismos.^{11,12}

No Brasil, a vacina quadrivalente contra o HPV foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2014, sendo o Governo do Distrito Federal (GDF) o pioneiro no país ao incluir em 2013 a vacina quadrivalente em sua rede de imunização, tendo como público-alvo as adolescentes de 9 a 13 anos de idade residentes no Distrito Federal e matriculadas em escola pública e particular da rede de ensino, com meta de imunização de 100% desse público.^{13,14,15}

Para avaliar se o esquema de vacinação proposto, foi concluído pelo público-alvo da campanha e o desfecho da meta lançada pela SES/DF, este estudo se propõe a analisar a adesão, abstenção e conclusão das adolescentes à campanha do programa de imunização contra o HPV.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo, realizado no Centro Educacional 07 do Gama, escola da rede de ensino pública do Distrito Federal. Um total de 120 adolescentes estava apto a receber as doses de acordo com os critérios de elegibilidade exigidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal: adolescentes de 11 a 13 anos matriculadas em rede de ensino pública e privada. Foi analisado um banco de dados elaborado pela vigilância epidemiológica da cidade, específico para o controle da dispensa dos imunobiológicos durante o período da

campanha – de maio a novembro de 2013. O banco de dados especificava, de forma nominal, a dose dispensada para cada adolescente. Os dados coletados foram lançados em uma planilha do *Microsoft Excel*, contabilizando quantas adolescentes iniciaram a 1ª dose e receberam as 2ª e 3ª doses durante a campanha de vacinação. Obteve-se, desse modo, a taxa de adesão, abstenção e conclusão do esquema vacinal. Os resultados foram dispostos em gráficos e inseridos no presente estudo.

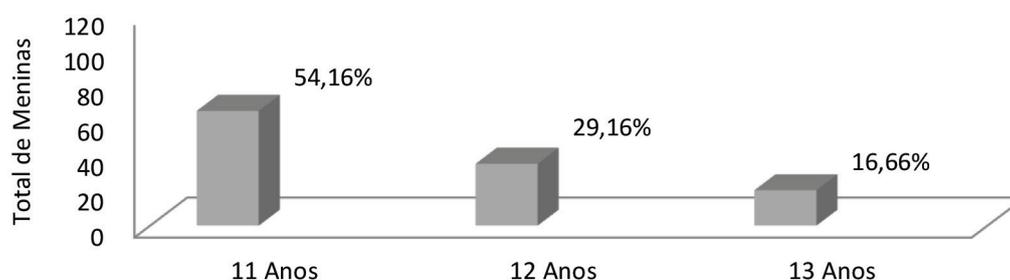
O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central – Faciplac sob protocolo de número 1.445.699, no dia 08 de março de 2016 estando em concordância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.¹⁶

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A inserção de mais uma vacina ao calendário de vacinação do Distrito Federal e posteriormente ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) é um ganho para a comunidade feminina. Segundo a Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em 2013, o Governo do Distrito Federal investiu R\$ 13 milhões na compra de 192 mil doses de imunobiológicos para a campanha de vacinação contra o HPV.¹⁴ Em nota técnica, publicada em 05 de março de 2013, a SES/DF estimou imunizar 100% das adolescentes nas escolas de todo Distrito Federal em esquema vacinal de 3 doses com intervalos de 60 e 180 dias após a aplicação da primeira dose.¹⁷

Na escola avaliada estavam aptas a serem vacinadas 120 meninas, das quais 65 possuíam a idade mínima de 11 anos, exigida para adesão à campanha. Das demais meninas, 35 possuíam 12 anos e 20 tinham idade de 13 anos. As adolescentes com 11 anos somaram 54,16%, sendo mais da metade das meninas. O gráfico 1 corresponde à totalidade de meninas aptas a iniciar a campanha de vacinação em 2013 conforme as faixas-etárias elegíveis.

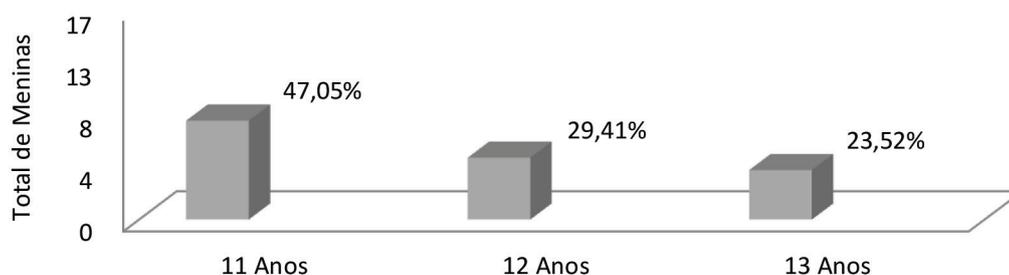
Gráfico 1 – Faixa etária das meninas aptas a participarem da campanha de vacinação contra o HPV no ano de 2013 no Distrito Federal



Fonte: elaborado pelos autores

As abstenções fazem referência às meninas que não iniciaram o esquema de vacinação, não recebendo nenhuma dose da vacina. Alguns estudos apontam as crenças paternas, superstições, medos e até a falta de informação como fatores que dificultam a aceitação do imunobiológico. Muitos pais acreditam que suas filhas estejam protegidas contra o vírus por não terem iniciado a vida sexual. Outros sugerem que a vacinação pode influenciar as adolescentes a iniciarem precocemente a atividade sexual.^{11,12} Esses motivos levaram alguns pais a optarem pela não adesão de suas filhas à campanha, sendo necessário a assinatura de um termo de recusa, disponibilizado pelas escolas. 13,3% das adolescentes se abstiveram de iniciar o esquema vacinal, por recusa dos pais. A maioria destas pertenciam a faixa etária dos 11 anos, seguida pelas adolescentes de 12 anos. As adolescentes de 13 anos foram as que menos tiveram recusa, como demonstra o gráfico 2.

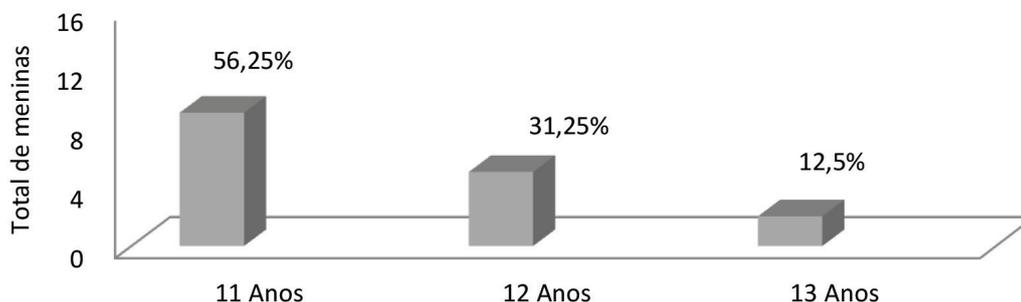
Gráfico 2 – Total de abstenção do esquema de vacinação, conforme faixa etária



Fonte: elaborado pelos autores

Dentre as 104 adolescentes que iniciaram a imunização, houve aquelas que não cumpriram o esquema proposto das doses subsequentes. Ao longo dos 6 meses de campanha, 17 meninas das três faixas etárias abstiveram de alguma das doses. O laboratório *Merck Sharp & Dhome*, fabricante da vacina quadrivalente *Gardasil*[®], ratifica a necessidade das três doses para que as adolescentes estejam efetivamente imunizadas.¹⁸ Contudo, ainda não há estudos conclusivos para definir se a vacina é eficaz em casos de abstenção de alguma das doses e se a imunidade contra o vírus foi ou não adquirida. O gráfico 3 representa a taxa de abstenção de uma das doses do esquema de vacinação, no qual o grupo mais faltoso pertencia à idade de 11 anos.

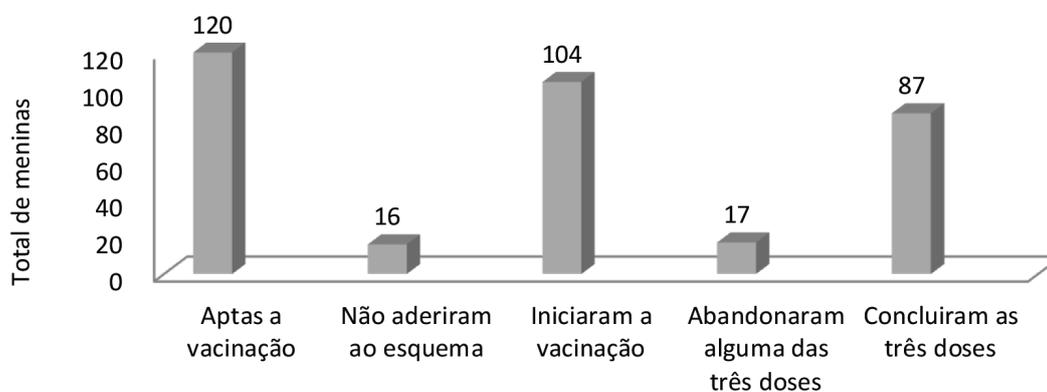
Gráfico 3 – Total de abstenção de alguma das doses do esquema de vacinação por faixa etária



Fonte: elaborado pelos autores

Concluiu as três doses um total de 87 meninas, resultando numa taxa de conclusão de 83,66%. Contudo, ao somar as adolescentes que não aderiram ao esquema com as que abstiveram de alguma dose, tem-se uma taxa de 72,5% de adolescentes devidamente imunizadas com as três doses propostas pelo esquema de vacinação. Os resultados podem ser vistos no gráfico 4.

Gráfico 4 – Resultados encontrados na campanha de vacinação contra o HPV em escola pública do Distrito Federal



Fonte: elaborado pelos autores

Visto que a imunização contra o vírus do papiloma humano visa à prevenção primária das neoplasias de colo uterino, a campanha é um passo importante nos cuidados relacionados à mulher. Estimam-se para o ano de 2020, no Brasil, 16.590 casos de câncer de colo uterino por 100 mil habitantes segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), sendo o terceiro tipo oncológico mais frequente entre o sexo feminino, atrás somente do câncer de mama e o de cólon e reto.⁶ Em comparação ao ano anterior à vacina, 2012,

o câncer de colo de útero listava a segunda posição entre os mais frequentes, estando atrás somente ao câncer de mama.¹⁹ Ainda é cedo atribuir a diminuição dos casos à vacinação, mas podemos afirmar que a recusa ou a não adesão fidedigna do esquema de vacinação proposto pelo Ministério da Saúde abrem espaço a vulnerabilidades à saúde da mulher e aumentam o risco de contágio aos subtipos mais usuais do vírus HPV e ao câncer de colo uterino, indo em sentido contrário às orientações e aos dados estatísticos aqui demonstrados.

CONCLUSÃO

A campanha de vacinação contra o HPV foi um passo importante adotado pelo GDF na prevenção contra o câncer de colo uterino. Durante a campanha realizada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2013, houve conclusão do esquema vacinal de mais da metade das meninas que iniciaram as doses propostas, na escola analisada.

A meta de vacinação estimada pelo Governo do Distrito Federal era de imunizar 100% das adolescentes no ano de 2013, contudo o estudo mostrou que o resultado foi aquém do esperado, uma vez que se atingiu uma taxa de conclusão de 72,5%, valor 28,5% abaixo da meta desejada pelo GDF. Com efeito comparativo, a taxa de imunização também não atingiu a meta estipulada pelo Ministério da Saúde, que iniciara a campanha em âmbito nacional no ano subsequente e estimava imunizar 80% das adolescentes com as três doses do esquema vacinal.¹³

Independentemente dos valores encontrados nesta análise, ratificamos o grande passo tomado pelas autoridades governamentais na prevenção primária do câncer de colo uterino. Além do mais, sabe-se que uma análise com maior amostragem, abrangendo todas as unidades de ensino do Distrito Federal, corroboraria para o fortalecimento dos dados sobre a adesão da população adolescente na campanha de imunização contra o HPV.

REFERÊNCIAS

1. Machado PAT, Alcântara ACM. Cobertura vacinal contra o HPV em meninas de 09 a 11 anos no município de Rolim de Moura – RO. *Rev Enfermagem e Saúde Coletiva*. 2016; 1(2):74-90.
2. Fernandes CA, Sá MFS. Tratado de ginecologia Febrasgo. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 861-85, 2312-50.
3. Focaccia R. Veronesi: Tratado de infectologia. 5ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015. p. 789-806.

4. Tacla M, Corsini C, Rolnik D. Vacina contra o papilomavírus humano. In: Belda Junior, Walter. Doenças sexualmente transmissíveis. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 153-60.
5. Giraldo PC, Silva MJPMA, Fedrizzi EM, et al. Prevenção da infecção por HPV e lesões associadas com o uso de vacinas. J bras Doenças Sex Transm. 2008; 20(2):132-140.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
7. Primo WQSP, Corrêa FJS, Brasileiro JPB. Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília. 2ª ed. Brasília: Editora Luan Comunicação, 2017; 462-78.
8. Araújo AM, Dantas CN, Mendonça AEO, Menezes RMP, Amorim IG, Souza Neto VL. Vacina contra papilomavírus humano na prevenção do câncer cervical. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, Natal-RN. 2013; 11(2):102-114.
9. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM et al. Ginecologia de Williams. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH. 2014; 730-92.
10. Santos JGS, Dias JMG. Vacinação pública contra o papilomavirus humano no Brasil. Rev Med Minas Gerais. 2018; v.28.
11. Quevedo et. al. A política de vacinação contra o HPV no Brasil: a comunicação pública oficial e midiática face à emergência de controvérsias. Rev Tecnol Soc Curitiba. 106;12(24): 1-26 apud Rêgo LS, Alencar RRS, Rodrigues APRA. A educação em saúde para adolescentes e a vacina contra o HPV. Ciências Biológicas e de Saúde Aracaju. 2017; 4(1):181-190.
12. Silveira AS, Silva BMF, Peres EC, Meneghin P. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(2): 299-305.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático sobre o HPV, Perguntas e Respostas. 2013 Nov. Disponível em: http://siteantigo.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Guia%20Pr%C3%A1tico%20HPV%20Perguntas%20e%20Respostas_0.pdf.
14. Segatto TCV. A vacinação contra o HPV, a intersectorialidade como processo do alcance da vacinação das adolescentes no Distrito Federal. Com Ciências Saúde. 2012; 23(4):295-296.
15. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. GDF lança site para esclarecer dúvidas sobre vacinação contra o HPV. 2014 Jan. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/4622-sa%C3%BAde-orienta-sobre-vacina%C3%A7%C3%A3o-contra-o-hpv.html>.
16. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União nº 12 - quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

17. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica – HPV: Vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) nas escolas. Não publicado. Março, 2013. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/2681-nota-t%C3%A9cnica-hpv.html>.
18. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante). Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=4253782015&pIdAnexo=2623983.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

Submissão: julho de 2017.

Aprovação: setembro de 2020.