

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

AMANDA VIEIRA ANDRADE BRAZIL

**ACEITAÇÃO E CONHECIMENTO DA VACINA CONTRA O PAPILOMA
VÍRUS HUMANO DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**JEQUIÉ/BA
2017**

AMANDA VIEIRA ANDRADE BRAZIL

**ACEITAÇÃO E CONHECIMENTO DA VACINA CONTRA O PAPILOMA
VÍRUS HUMANO DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Vigilância a saúde

ORIENTADOR: Prof. Dr. Fábio Ornellas Prado

**JEQUIÉ/BA
2017**

B823a Brazil, Amanda Vieira Andrade.

Aceitação e conhecimento da vacina contra o papiloma vírus humano dos usuários do Sistema Único de Saúde / Amanda Vieira Andrade Brazil.- Jequié, 2017.
54f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação do Prof. Dr. Fábio Ornellas Prado).

1. Papillomaviridae 2. Prevenção de doenças 3. Prática de saúde pública 4. Vacinas contra papillomavírus I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
II.Título.

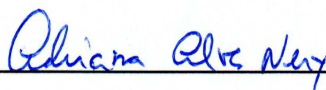
CDD – 616.979

FOLHA DE APROVAÇÃO

BRAZIL, Amanda Vieira Andrade. **Aceitação e conhecimento da vacina contra o papiloma vírus humano dos usuários do sistema único de saúde.** 2017. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia.

Prof. DSc. Fábio Ornellas Prado

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientador e Presidente da Banca Examinadora



Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB



Profa. DSc. Ana Cristina Santos Duarte

Programa de Pós-Graduação Educação Científica e Formação de professores
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Jequié/BA, 31 de Julho de 2017.

*Dedico aos meus pais, Isis e Jonatas,
a Willian, meu esposo, companheiro e incentivador,
e ao meu filho Dom, pessoas que me ensinam o verdadeiro sentido da
vida.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, saúde, bênçãos concedidas e força para percorrer essa jornada.

Aos meus pais Isis e Jonatas Brazil, pois além de serem responsáveis pela minha formação profissional e pessoal, são exemplos de vida.

Ao meu esposo Willian Bulhões, muito obrigada pelo apoio e compreensão. Ao meu filho Dom, mesmo tão pequeno, me trás motivação para buscar novos conhecimentos.

A minha amiga Jamille Marinho que foi meu maior apoio, meu exemplo e minha maior incentivadora. A minha amiga Caroline Silva e minha afilhada Ana Carla Moreira que me ajudaram em todas as coletas. A minha amiga Conça que com muito carinho viabilizou meu acesso as unidades de ESF. Aos meus irmãos Jhonne e Calila Brazil que mesmo de longe me confortam com uma palavra de amor.

A meu orientador Fábio Prado, pelo comprometimento, respeito e, sobretudo, por me guiar em novos caminhos metodológicos.

À professora Alba Benemerita, pelo cuidado, atenção e comprometimento com todos os alunos do programa. À professora Adriana Nery pela compreensão e paciência.

A Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), no corpo de professores e funcionários. Aos meus colegas do PPGES, pela amizade e por ter compartilhado o conhecimento.

*“Desde o nascimento do sol até ao ocaso, seja louvado
o nome do Senhor”.*

(Salmos 113:3)

BRAZIL, Amanda Vieira Andrade. **Aceitação e conhecimento da vacina contra o Papiloma Vírus Humano dos usuários do Sistema Único de Saúde**. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia. 2017.

RESUMO

O Papiloma Vírus Humano (HPV) há muito tempo foi descoberto como um dos fatores principais responsável pelo câncer do colo uterino. Este câncer é a terceira neoplasia mais comum nas mulheres e responsável por um grande número de mortes. Com base neste problema de saúde pública foi criada a vacina contra o HPV com o intuito de aumentar a imunidade contra este vírus e diminuir a incidência do câncer genital. No Brasil a vacinação contra o HPV foi introduzida no calendário vacinal em março de 2014. Em vários países, após a introdução da vacina contra o HPV, as pessoas ficaram em dúvida sobre vacinar ou não seus filhos. O presente trabalho trata-se de um estudo de campo do tipo transversal, onde se procura avaliar a aceitabilidade da vacina contra HPV em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra da pesquisa foi composta por 183 usuários do SUS que frequentaram as unidades de Estratégia de Saúde da Família de uma cidade de médio porte na Bahia, os quais possuem filhos ou eram responsáveis por adolescentes do sexo feminino com idade entre 09 e 13 anos. A coleta dos dados foi realizada por entrevistadores capacitados, os quais utilizaram de um formulário estruturado. Verificou-se que entre os que não sabem o que é HPV, a maioria eram mulheres 57,6% (n=102), com companheiro 54,5% (n=60), católicos 58% (n=51), com 8 ou menos anos de escolaridade 69,3% (n=61) e R\$ 940,00 ou menos 63,9% (n=92). Levando-se em consideração o status de vacinação das crianças, entre os que não deram as duas doses da vacina ou não vacinaram as suas filhas a maioria era mulheres 52,2% (n= 93), com companheiro 56,4% (n= 62), protestantes 59,5% (n= 47), com 8 ou menos anos de escolaridade 58,4% (n= 52), ganhando até R\$ 940, 00 51,7% (n=75), com conhecimento inadequado sobre HPV 56,6% (n= 60), com necessidade de toda informação acerca da vacina 52,7% (n= 67) e que tiveram por fonte de informação da vacina rádio ou TV 64,6% (n= 42). Foi observado neste trabalho que a renda familiar, o nível de escolaridade, religiosidade, o conhecimento sobre o HPV e sobre a vacina contra o HPV pode interferir na decisão de vacinar suas filhas contra a infecção pelo HPV.

Palavras-chave: Papillomaviridae. Prevenção de doenças. Prática de saúde pública. Vacinas contra papillomavírus.

BRAZIL, Amanda Vieira Andrade. **Acceptance and knowledge of the vaccine against Human Papilloma Virus in Health Unic System users.** Dissertation [Master's]. Postgraduate Program in Nursing and Health, area of concentration Public Health. State University of the Southwest of Bahia, Jequié, Bahia. 2017.

ABSTRACT

The Human Papilloma Virus (HPV) has long been discovered as one of the leading factors responsible for cervical cancer. This cancer is the third most common neoplasm in women and accounts for a large number of deaths. Based on this public health problem, the HPV vaccine was created to increase the immunity against this virus and to reduce the incidence of genital cancer. In Brazil, vaccination against HPV was introduced in the vaccine calendar in March 2014. In several countries, after the introduction of the HPV vaccine, people were in doubt about whether or not to vaccinate their children. The present study is a cross-sectional field study in which the acceptability of the HPV vaccine is evaluated in users of the Unified Health System (SUS). The survey sample consisted of 183 SUS users who attended the Family Health Strategy units of a medium-sized city in Bahia, which have children or are responsible for female adolescents aged between 9 and 13 years. Data collection was performed by trained interviewers, who used a structured form. It was found that among those who did not know what HPV was, the majority were women 57.6% (n = 102), with companion 54.5% (n = 60), catholics 58% (n = 51) With 8 or less years of schooling, 69.3% (n = 61) and R \$ 940.00 or less 63.9% (n = 92). Taking into account the vaccination status of the children, among those who were not given as two doses of the vaccine or did not vaccinate as their daughters the majority were women 52.2% (n = 93), with 56.4% partner (N = 62), Protestants 59.5% (n = 47), with 8 or less years of schooling 58.4% (n = 52), earning up to R \$ 940, 00 51.7% (n = 75), With a general index of HPV 56.6% (n = 60), with a need for information on the vaccine 52.7% (n = 67) and which causes by radio or TV vaccine information source 64.6% (n = 42). It was observed in the study that family income, level of education, religiosity, knowledge about HPV and on a vaccine against HPV can interfere in the decision to vaccinate their infections against HPV infection.

Keywords: Papillomaviridae. Prevention of diseases. Public health practice. Papillomavirus Vaccines

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCU- Câncer do Colo do Útero

DST- Doença Sexualmente Transmissível

HPV- Papiloma Vírus Humano

HIV- Vírus da Imunodeficiência Adquirida

NIC- Neoplasia Intraepitelial Cervical

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCR- Polymerase Chain Reaction (Reação de Polimerase em Cadeia)

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TV- Televisão

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

VLPs- *Viral Particle Like to Virus* (Partícula Viral Semelhante ao Vírus)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	Estimativa de incidência de número de casos novos de câncer de colo de útero.	17
Tabela 1:	Caracterização da população estudada e dados sociodemográficos. Jequié-BA, 2017.	27
Tabela 2:	Caracterização da população estudada de acordo com o conhecimento acerca do HPV. Jequié, 2017.	28
Figura 2:	Distribuição de aspectos relacionados ao conhecimento e aceitação das vacinas. Jequié, 2017.	29
Tabela 3:	Distribuição das variáveis de acordo com a vacinação das filhas pela vacina de HPV. Jequié, 2017.	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)	14
3.2 DOENÇAS RELACIONADAS AO HPV	16
3.3 PREVENÇÃO AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	18
3.4 ACEITAÇÃO DA VACINA	22
4 MATERIAL E MÉTODOS	24
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	24
4.2 LOCAL.....	24
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	24
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	24
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	25
4.6 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DA PESQUISA	25
4.7 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	25
4.8 ÉTICA NA PESQUISA.....	26
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	43
ANEXOS	50

1 INTRODUÇÃO

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é um vírus transmitido principalmente pelo contato sexual e é a principal causa do carcinoma do colo do útero se tornando questão de saúde pública (CCU) (KESSELS et al., 2012; VERDUGO et al., 2013). Porém, este vírus também está associado a vários outros tipos de câncer. Estima-se que cerca de 10 milhões de indivíduos contraíam o vírus e que ocorram 700 mil casos novos por ano no Brasil (OSIS et al., 2014).

As vacinas profiláticas contra o HPV foram desenvolvidas a partir de 1993 na tentativa de reduzir a infecção pelo vírus. Após 2006 estas vacinas começaram a ser comercializadas em mais de cem países, onde foi aprovado o uso em mulheres de 9 a 26 anos. Em alguns países a vacina contra o HPV foi aprovada e está fazendo parte do calendário vacinal, sendo financiado pelos sistemas de saúde. A vacina tenta induzir títulos de anticorpos mais elevados do que aqueles que acompanham a imunidade natural. (ESCOBAR, 2007; ARAUJO et al., 2013). No Brasil a vacina contra o HPV foi introduzida no calendário vacinal em março de 2014 para meninas de 11 a 13 anos sendo mais tarde ampliado a faixa etária para recebimento e a introdução dos meninos (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Após a introdução da vacina contra o HPV iniciou-se vários questionamentos sobre a eficácia e segurança da vacina, desestimulando o seu uso. Vários estudos como o de Marlow et al. (2013), mostram que a aceitação da vacina está associada principalmente a informação. Alguns estudos como o de Remes et al. (2012), apontam que a maioria dos professores, pais, filhos e cuidadores tinham conhecimento limitado ou não tinham conhecimento sobre o câncer cervical, a infecção pelo HPV ou sobre a vacina contra o HPV dificultando a aceitabilidade da vacina contra o HPV.

Assim, além de o HPV ser uma questão de saúde pública existem poucos estudos avaliando o conhecimento da população brasileira sobre o HPV e a aceitação dos pais de adolescentes que suas filhas recebam a vacina contra o HPV. O objetivo deste trabalho é avaliar a aceitabilidade do recebimento compulsório da vacina contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) por parte de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que frequentam Unidades de Saúde da Família de um município de médio porte na Bahia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a aceitabilidade do recebimento compulsório da vacina contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) por parte de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com filhas entre 09 e 13 anos que frequentam Unidades de Saúde da Família do município de Jequié- Bahia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características demográficas e socioeconômicas da população em estudo;
- Demonstrar o grau de informação dos usuários a respeito da infecção pelo HPV e sobre as vacinas;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV)

O papiloma vírus humano (HPV) é um vírus com DNA dupla hélice que infecta pele e mucosas de seres humanos. Acomete homens e mulheres podendo acometer regiões genitais e extragenitais promovendo a formação de neoplasias epiteliais benignas e malignas (FREITAS et al., 2011; SOUZA; CATÃO, 2012; ZIMET et al., 2013).

O genoma viral tem uma forma circular dividido em três regiões: longa região de controle, região precoce (E, *early region*) e região tardia (L, *late region*). A região precoce está relacionada a regulação da replicação viral que ocorre precocemente no ciclo de vida viral. A região tardia está relacionada à produção do capsídeo viral e ocorre tardiamente no ciclo de vida viral. É a partir da região tardia que as vacinas atuais contra o HPV são produzidas (PEIXOTO, 2008; BRINGUENTI et al., 2010).

Em relação ao potencial oncogênico, o HPV é dividido em HPV de baixo e alto risco. O HPV possui mais de 100 tipos, mas destes apenas 30 afetam a genitália; e dos 30 que afetam a genitália, 15 são oncogênicos (FREITAS et al., 2011; SOUZA; CATÃO, 2012). O HPV trata-se de uma patologia de alta infectividade atingindo cerca de 500 de 100.000 mulheres/ano (PEIXOTO, 2008).

Os principais tipos de HPV responsáveis pelo câncer do colo do útero (CCU) são 16 (50%) e 18 (20%). Os tipos 6 e 11 são responsáveis por 90% das verrugas anogenitais (SOUZA; CATÃO, 2012; BLOEM; OGBUANU, 2017). Segundo Zardo et al., 2014; os tipos 16 e 18 estão associados a 70% dos CCU, 50% das neoplasias intraepitelial cervical (NIC) de alto risco e 25% das lesões de baixo risco.

Tem-se uma estimativa que cerca de 75% da população terá contato com o HPV até o fim da vida, porém a prevalência é maior em adolescentes e adultos jovens antes dos 25 anos de idade (20-30%) e declina para níveis inferiores a 10% em mulheres acima de 45 anos (FREITAS et al., 2011; PEREIRA et al., 2016).

É importante ressaltar que a maior parte das infecções pelo HPV é assintomática e subclínica em homens e já nas mulheres a maior parte das infecções é assintomática e clínica. Sendo assim, a maior parte das pessoas infectadas é assintomática ou tem lesões inaparentes. As formas subclínicas são

visualizadas apenas com técnicas de magnificação, ou seja, lentes de aumento (PEIXOTO, 2008; SOUZA; CATÃO, 2012).

Estas lesões podem também tornarem-se indetectáveis mesmo sem tratamento dentro de um a dois anos em 90% dos casos. Entretanto, o indivíduo continua infectado pelo vírus, favorecendo o desenvolvimento de lesões precursoras, as quais poderão se transformar em câncer. Além disso, estes indivíduos poderão também se tornar propagadores do vírus aumentando a transmissão da infecção (ARAUJO et al., 2013; COSTA; GOLDENBERG, 2013; ZARDO et al., 2014).

A transmissão deste vírus pode acontecer por três formas: ato sexual, contato de pele e mucosas, pela via materno fetal. Entretanto, o contato sexual é a principal forma de transmissão. A contaminação pode acontecer mesmo sem a penetração vaginal ou anal. É importante saber que durante o ato sexual o preservativo não protege 100% a transmissão do HPV, ficando mais difícil evitar o primeiro contato com o vírus (PEIXOTO, 2008). Quanto mais precoce é o início da atividade sexual, principalmente quando se inicia antes dos 16 anos, duplica o risco para o desenvolvimento do CCU; e quanto mais cedo se inicia a atividade sexual (primeira relação), maior a chance de contaminação pelo HPV (FREITAS et al., 2011; SOUZA; CATÃO, 2012; COSTA; GODENBERG, 2013).

A penetração do vírus se dá na maioria das vezes por microabrasões ou microfissuras na mucosa dos genitais, ou através das células metaplásicas do colo uterino, assim o vírus penetra nas células basais, células indiferenciadas ou células em divisão no eptélio e começa a se multiplicar (LETO et al., 2011; SOUZA; CATÃO, 2012).

O período de incubação também é variável (2 meses a 20 anos) e associado as infecções assintomáticas e subclínicas se torna complicado determinar o momento em que ocorreu o primeiro contato com o HPV. A forma mais segura de prevenção do contato com o HPV é a abstinência sexual (ESCOBAR, 2007; PEIXOTO, 2008; SOUZA; CATÃO, 2012). Outro ponto importante desta infecção é que indivíduos podem ser portadores assintomáticos tornando-se agentes transmissores do vírus (ARAUJO et al., 2013). Sendo o HPV o fator mais associado ao CCU, sua identificação e combate, é de extrema importância para diminuir a prevalência do CCU no Brasil e no mundo (HINO et al., 2016).

O diagnóstico do HPV pode ser realizado através da visualização das verrugas no exame clínico realizado na consulta urológica, ginecológica e dermatológica. Nas mulheres o diagnóstico pode ser realizado também através do exame de papanicolau. As lesões subclínicas podem ser diagnosticadas através da biópsia. A confirmação da infecção pelo HPV pode ser realizada através de exames laboratoriais de diagnóstico molecular como captura híbrida e PCR (Reação de Polimerase em Cadeia) (SOUZA; CATÃO, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2014)

O tratamento para o HPV tem como objetivo remoção das verrugas e das lesões subclínicas que pode ser realizado através de tratamentos químicos, cirúrgicos ou estimuladores da imunidade (FREITAS et al., 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2014).

3.2 DOENÇAS RELACIONADAS AO HPV

Quando aparece clinicamente, o HPV pode se apresentar sob a forma de verrugas, neoplasias intraepiteliais (NIC) ou câncer (PEIXOTO, 2008; SOUZA; CATÃO, 2012). Em 1980 descobriu-se a associação do HPV como principal fator de risco do câncer de colo do útero (CCU) e este se tornou um problema de saúde pública, já que o vírus está presente em 90-99% dos casos de tumor invasor (KESSELS et al., 2012; COSTA; GOLDENBERG, 2013; VERDUGO et al., 2013). De acordo com alguns estudos, a associação do HPV com o CCU, é mais forte do que a associação do câncer de pulmão e o cigarro (SOUZA e CATÃO, 2012). O HPV pode estar relacionado a outros tipos de câncer como o de vagina, vulva, pênis, região anal e da orofaringe incluindo base da língua e amígdalas (FORMAN et al., 2012; BLOEM; OGBUANU, 2017). Este vírus pode apresentar infecção com localização extragenital como olhos, laringe e trato aerodigestivo (GIRALDO et al., 2008).

Apesar do CCU ser uma neoplasia com grande potencial de prevenção, para o ano de 2016-2017, no Brasil, são esperados 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100.000 mulheres. O câncer do colo do útero representa a terceira neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres no Brasil e a quarta causa de morte entre as mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do CCU é o primeiro mais incidente na Região Norte (23,97/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (20,72/100 mil) e Nordeste (19,49/100 mil), ocupa a segunda posição; na Região Sudeste (11,30/100 mil), a

terceira; e, na Região Sul (15,17 /100 mil), a quarta posição (GIARIANELLI et al., 2014; INCA, 2016).

A incidência por câncer de colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (SCOBAR, 2007; INCA, 2014). No Brasil o CCU está associado a maior causa de óbitos em mulheres jovens no país (15 a 44 anos) (NAVARRO et al., 2015). Mais de 80% dos casos de câncer de colo ocorrem em países em desenvolvimento (ARAUJO et al., 2013).

A incidência de câncer de colo do útero vem caindo no Brasil desde 2006, mas o mesmo não se observa no estado da Bahia que vem registrando valores crescentes da incidência do câncer de 2006 a 2016 (INCA, 2016). Giranelli et al. (2014) mostram em seu trabalho que houve diminuição dos coeficientes de mortalidade por câncer de colo do útero nas capitais do norte e nordeste e aumento nas cidades do interior. Neste mesmo trabalho, mostra queda importante da mortalidade por este câncer nas cidades do sul, sudeste e centro-oeste do Brasil.

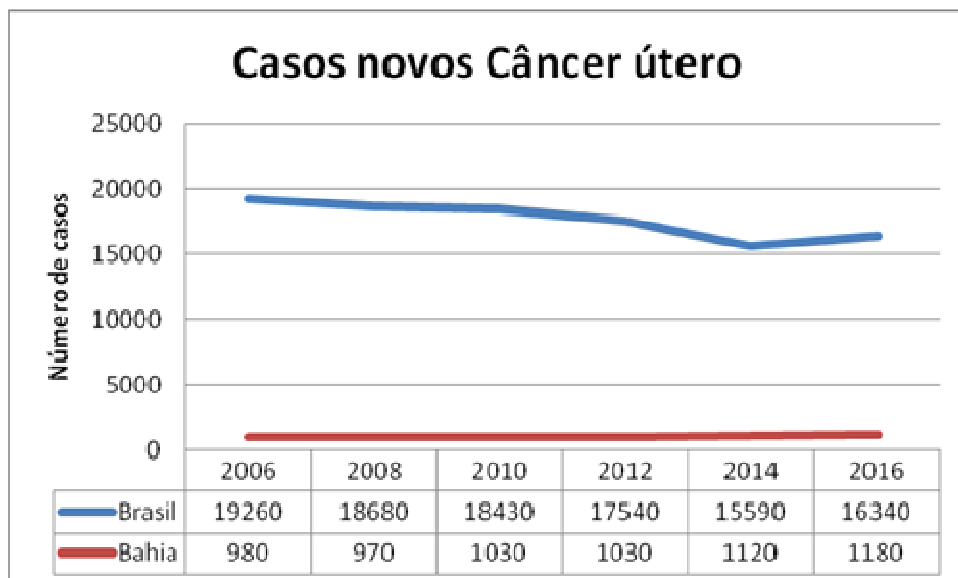


Figura 1. Estimativa de incidência de número de casos novos de câncer de colo de útero. INCA, 2016.

3.3 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

A principal forma de prevenção do câncer de colo do útero é o rastreamento através do exame de colpocitologia oncótica (teste de papanicolau), seguido da colposcopia e biópsia dirigida do colo do útero para identificação e tratamento das lesões precursoras do câncer (prevenção secundária) (VAN HAMONT et al., 2006). O exame de Papanicolau é realizado através da coleta de material (células) do colo do útero que é avaliado por um examinador em um microscópio. É um exame barato, com boa aceitação e podendo ser colhido por médicos e enfermeiros resultando em um bom exame de rastreio. É recomendado ser realizado com intervalo de três anos se a paciente apresentar dois exames negativos consecutivos com intervalo de um ano, dos 25 aos 65 anos, em mulheres sexualmente ativas (INCA, 2016; OKAMOTO et al., 2016).

Vale ressaltar, que os programas de rastreamento populacional para identificar as lesões precursoras do câncer do colo do útero através do exame de papanicolau têm contribuído significativamente para redução da mortalidade e morbidade dessa doença (VAN HAMONT et al., 2006). Porém, não afeta a incidência de infecção pelo HPV e necessita de um seguimento cuidadoso para ser eficaz. Outro fato importante é que apesar do rastreamento adequado, 50% dos adenocarcinomas e 25% dos carcinomas escamosos acometem mulheres que passaram pelo rastreamento devido sua baixa sensibilidade (ARAUJO et al., 2013).

Existem falhas no rastreamento do CCU no Brasil que estão relacionados principalmente à oferta e acesso ao exame de colpocitologia oncótica e ao SUS em algumas regiões do país (NAVARRO et al., 2015). Segundo Borsatto et al. (2011), existe uma grande diferença na cobertura do exame de Papanicolau entre as capitais do Brasil.

Somente a presença do vírus HPV não é suficiente para desenvolver o CCU, porém a persistência deste vírus no organismo associado a outros fatores como tabagismo, estado imunológico, nível socioeconômico, paridade, predisposição genética, más condições de higiene, número de parceiros entre outros, podem favorecer a formação das lesões pré-malignas e o câncer (ZARDO et al., 2014; HINO et al., 2016).

Atualmente existe outra forma de prevenir o câncer de colo que é a vacina contra o HPV (prevenção primária), disponíveis em várias partes do mundo desde

2006 para mulheres com idade de 09 a 26 anos nas redes privadas (BOSATTO et al., 2011; BRATS, 2011; BRASIL, 2014).

As vacinas são produzidas a partir de partículas virais semelhantes ao vírus (VLPs), oriundas da proteína L1 do capsídeo viral que não são capazes de reproduzir e gerar infecção, mas são capazes de gerar imunidade (PEIXOTO, 2008; BRATS, 2011). Segundo Lessa e Dórea (2013), as vacinas podem ser consideradas uma das tecnologias médicas atuais mais efetivas e de menor custo-benefício sendo um ótimo recurso da saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento onde geralmente se encontra escassez de recursos e condições sanitárias precárias.

Existem dois tipos de vacinas contra o HPV comercializadas atualmente: a vacina quadrivalente que protege para quatro subtipos de vírus (6, 11, 16 e 18) e a vacina bivalente que protege contra os subtipos do HPV 16 e 18. Os vírus 6 e 11 estão mais relacionados com as verrugas anogenitais (HPV de baixo risco) e os vírus 16 e 18 com as lesões oncogênicas (HPV de alto risco)(TRIM et al, 2011). Para estas vacinas são recomendadas a aplicação de três doses num intervalo de seis meses iniciando a aplicação preferencialmente antes do início das atividades sexuais (MSD, 2010).

No Brasil o esquema de aplicação das doses inicialmente era em 0, 6 e 60 meses denominado de esquema estendido, recomendado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) desde julho de 2013 para programas de imunização em larga escala para meninas com idade entre 11 e 13 anos e já utilizados em países como Canadá, México Colômbia, Chile e Suíça (BRASIL, 2014; SPSP, 2014). Porém esta forma original de aplicação da vacina contra o HPV foi revisada em 2014 em adolescentes de 14 anos ou menos, que a partir desta data, necessitariam de duas doses com intervalo de seis meses entre elas para total proteção (BLOEM; OGBUANU, 2017).

Segundo o laboratório Merck Sharp & Dohme (MSD) na bula da gardasil® (Vacina quadrivalente) relata que a resposta imunológica é muito boa após o uso da vacina, sendo verificado que os níveis de anti-HPV se mostraram mais altos após a segunda dose da vacina durante a pesquisa. Mostra também que 97,6% a 100% dos participantes tornaram-se soropositivos para o anti-HPV (6,11,16 e 18) até um mês após a segunda dose da vacina (MSD, 2010).

Segundo Kahn e Bernstein (2013) a aplicação de duas doses da vacina recombinante quadrivalente para meninas (11 a 13 anos) pode ter uma resposta imunológica tão boa quanto à aplicação de três doses para mulheres, porém a duração de proteção pode ser menor.

A maioria dos adolescentes inicia sua vida sexual com idades entre 15 e 17 anos onde é nesta fase que geralmente se contaminam com o vírus do HPV. Sendo assim, geralmente recomenda-se aplicar a vacina contra o HPV entre as idades de 9 a 13 anos onde se terá uma maior chance dos adolescentes não terem tido contato com o vírus HPV, sendo a faixa etária onde a vacina é mais efetiva (COSTA; GOLDENBERG, 2013). Segundo Hopkins e Wood (2013) utilizando a vacina atinge-se uma eficácia de conversão próxima a 100% e acredita-se que levará em uma redução em torno 76% do câncer de colo do útero; tendo alguns estudos chegando a apontar redução de 96% para os casos de NIC 3 (Neoplasia Intraepitelial Cervical 3) que é uma lesão precursora do câncer de colo do útero (HOPKINS; WOOD, 2013; ARAUJO et al., 2013).

A imunização contra o HPV antes da exposição fornece uma proteção durável tanto para mulheres quanto para homens. O impacto real da vacina contra o HPV em termos de prevenção do câncer de colo será mais bem avaliado após um tempo maior de acompanhamento das populações vacinadas já que a vacina é relativamente recente e a evolução natural da doença tem um curso relativamente longo (ARAUJO et al., 2013; OSIS et al., 2014). A vacina contra o HPV já tem se mostrado altamente eficiente diminuindo a circulação dos vírus oncogênicos e outros tipos e a diminuição das lesões pré-cancerosas (ZARDO et al., 2014; BLOEM; OGBUANU, 2017)

A vacina não é terapêutica nem eficaz em mulheres com infecção no momento da vacinação; estas mulheres seriam beneficiadas apenas para proteção contra subtipos que elas ainda não tenham sido infectadas. Reforçando assim a importância da vacinação precoce, antes do primeiro contato sexual (MSD, 2010; ARAUJO et al., 2013).

É importante destacar que a vacinação não substitui o rastreamento do CCU através do exame de papanicolau (prevenção secundária), sendo recomendado continuar a triagem com exame de papanicolau de acordo com a faixa etária da paciente dentro dos prazos preconizados (BRATS, 2011; INCA, 2016).

Os efeitos adversos relacionados à vacina contra o HPV são principalmente: dor no local da aplicação, febre, cefaléia, fadiga, mialgia e sintomas gastrointestinais; sendo considerada uma vacina segura. Não foi relacionada morte ao uso da vacina (BORSATTO, 2011; BRATS, 2011; BLAKE; MIDDLEMAN, 2017).

A vacinação contra o HPV para meninas com idade entre 11 e 13 anos começou a fazer parte do calendário vacinal no Brasil em março 2014 sendo financiada pelo Sistema Único de Saúde, sendo respeitados seis meses de intervalo entre a primeira e segunda dose. Ocorreu uma ampliação da faixa etária de aplicação da vacina para meninas com idade de 09 a 13 anos em 2015 no Brasil. Em 2016 houve uma nova ampliação da aplicação da vacina para meninas com 09 a 14 anos incompletos, e em 2017 já está incluso no calendário vacinal a aplicação nos meninos com idade de 11 a 15 anos. A oferta da vacina também incluirá grupos específicos, como pacientes transplantados e pacientes oncológicos em uso de quimioterapia e radioterapia, e crianças e jovens com idade de 09 a 26 anos convivendo com o HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida). A vacina está disponível durante todo o ano nas unidades de saúde e foram realizadas campanhas nas escolas públicas e privadas (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde está investindo mais de 360 milhões de reais para aquisição de 12 milhões de doses para vacina contra o HPV e tem como meta vacinar 80% das meninas de 09 a 14 anos e meninos de 11 a 15 anos. A inclusão dos meninos no calendário vacinal ocorreu para aumentar a proteção das meninas já que eles podem ser propagadores do vírus (BRASIL, 2017).

Observamos que no estudo de Bloem e Ogbuanu (2017), após dez anos de introdução da vacina contra o HPV em vários países, a mesma já tem apresentando mudanças positivas como a redução da dose facilitando a aplicação e diminuindo os custos. Desta forma torna-se mais fácil a introdução dos programas de vacinação contra o HPV em vários países. Atualmente já se discute a criação de uma vacina contra o HPV com 8 ou 9 tipos mais comuns de HPV para se tentar atingir uma proteção maior que 90% contra o CCU. (ZARDO et al, 2014; BLOEM; OGBUANU, 2017).

Segundo Pereira et al. (2016), a introdução da vacina contra o HPV no calendário vacinal tem demonstrado uma das ações de melhor custo efetividade estimulando várias autoridades em adotar esta prática.

Outro ponto importante também observado no trabalho de Bloem e Ogbuanu (2017) é que até o final de 2016 apenas 35% de todos os países haviam introduzido a vacina contra o HPV em seu calendário vacinal; e destes, a maioria sendo países desenvolvidos. Assim, a maior parte dos países com alta mortalidade por CCU são os países que tem apresentado a menor taxa de introdução da vacina em seu calendário vacinal.

3.4 ACEITAÇÃO DA VACINA

Após a introdução da vacina contra o HPV no calendário vacinal de vários países, questionamentos começaram a surgir em torno da vacina e seus efeitos, fazendo com que os pais ou responsáveis não levassem as suas filhas para vacinação (VERDUGO et al., 2013). Esta vacina está disponível na rede pública para adolescentes na faixa de 09 a 14 anos, que é um grupo que normalmente não participa dos programas de vacinação, sendo mais um motivo de dificuldade para os seus pais se lembrarem de levar suas filhas para vacinar (WHATSON-JONES et al., 2012).

Alguns estudos mostram que entre os pais que aceitam vacinar suas filhas, os principais motivos são: proteção contra o CCU, benefícios para saúde, já conheceu alguém com câncer de colo do útero e incentivo pelas equipes dos programas (WHATSON-JONES et al., 2012). Outros pontos que levam a aceitação da vacina são: Influência dos médicos, influência de seus pares, experiência pessoal com verrugas, saber a gravidade da doença, saber do risco de infecção pelo HPV (CONSTANTINE; JERMAN, 2007).

Em relação aos que não aceitam vacinar suas filhas os motivos estão relacionados principalmente ao medo dos efeitos colaterais e não ter conhecimento suficiente a cerca da vacina contra o HPV (TRIM et al., 2012). Estudos como os de Kessels et al. (2012), Marlow et al (2013) e Hopkins e Wood (2013) demonstram que o nível de conhecimento sobre a infecção pelo HPV e a segurança da vacina afetam a aceitabilidade dos usuários.

Tendo o HPV à via sexual como sua principal forma de transmissão, alguns estudos relatam que algumas mães têm receio de vacinar suas filhas devido ao medo de estimular um comportamento sexual de risco e promiscuidade (CONSTANTINE; JEMAN, 2007).

Outra questão que afeta a aceitação da vacina contra o HPV é a religiosidade. Pessoas que frequentam grupos religiosos geralmente tendem a não aceitar a vacina em comparação com as pessoas que não frequentam grupos religiosos (SHELTON et al., 2013). Algumas religiões veem a doença como uma punição de Deus influenciando negativamente na decisão de vacinar (THOMAS et al., 2015).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, do tipo exploratório, descritivo e quantitativo para avaliar aceitação da vacina contra o HPV pelas mães ou responsáveis por adolescentes que frequentam as unidades de saúde da família em Jequié-BA.

4.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada no município de Jequié – BA, nas 26 Unidades de Saúde da Família de zona urbana existentes na cidade, sob autorização da Secretária Municipal de Saúde. Sendo as 26 USF: Padre Hilário Terrosi I e II, Amando Borges I e II, José Maximiliano I e II, Giserlando Bionde I e II, Aurélio Sciarreta I e II, Isa Cléria Borges I e II, Hosannah micheli I e II, Milton rabelo I e II, Senhorinha Ferreira de Araújo, Olímpio José dos anjos, Virgílio Tourinho de Paula neto I e II, Odorico Mota, Ideofonso Guedes, Rubens Xavier I e II, antonio carlos Martins, João caricchio Filho, Gilson pinheiro. O município em questão, possui cerca de 161.880 mil habitantes (IBGE, 2016) e está localizado no Estado da Bahia a 365 km da capital.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O tamanho da amostra foi calculado em 352 pessoas baseado nos dados informados pela Secretária Municipal de Saúde de Jequié, porém o número total de entrevistados foi de 183 mães ou responsáveis de meninas com idade entre 09 e 13 anos que utilizaram o SUS através das Estratégias de Saúde da Família do município de Jequié- BA devido a dificuldade de captação dos entrevistados.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa, usuários do Sistema Único de Saúde através da Estratégia de Saúde da Família do município de Jequié, maiores de 18 anos e que

tinham filhas ou eram responsáveis por meninas com idade entre 09 e 13 anos. Esses indivíduos foram incluídos na pesquisa efetivamente após concordarem em preencher o TCLE (apêndice B) em duas vias, ficando uma delas de posse do pesquisador coordenador.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa, os indivíduos que não concordaram em participar da pesquisa ou não preencheram o TCLE, os menores de 18 anos, os que não possuíram filhas na faixa etária entre 09 e 13 anos. Aqueles que não utilizaram o Sistema Único de Saúde.

4.6 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DA PESQUISA

O pesquisador se reuniu com os coordenadores de cada núcleo de Estratégia de Saúde da Família de zona urbana do município de Jequié-BA no período de fevereiro a abril de 2017, solicitando a equipe a convidar os usuários para participar da pesquisa e assistir uma palestra sobre o HPV e sobre a vacina contra o HPV. No dia marcado para o encontro, o pesquisador junto com entrevistadores capacitados, aplicaram o formulário estruturado (Apêndice A) na chegada dos usuários à unidade de forma individual. Este formulário foi desenvolvido com base na literatura. Após todos terem respondido o formulário a pesquisadora fazia uma palestra sobre o HPV e sobre a vacina contra o HPV para os presentes.

4.7 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os formulários foram revisados e digitados. O tamanho da amostra foi calculado em 352 pessoas baseado nos dados informados pela Secretária Municipal de Saúde de Jequié, onde tinha a previsão para o ano de 2016 de vacinar 3.942 meninas com idade entre 09 e 13 anos contra o HPV. Logo, foi realizado o cálculo amostral para população finita no software Open Epi, sendo adotado o intervalo de confiança de 95%. As análises estatísticas foram realizadas nos programas estatísticos Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21.0 e o Evoc.

As variáveis independentes foram: idade no momento da entrevista, sexo, escolaridade, estado marital, religião, número de meninas, estado socioeconômico.

As variáveis dependentes foram: adolescentes moram com quem, se todas as vacinas são seguras, confiança nas vacinas, informação sobre o HPV, intenção de vacinar as adolescentes contra o HPV, ter ouvido falar da vacina contra o HPV.

Para fins de constatação da distribuição das variáveis contínuas, realizou-se o teste de Kolmogorov-Sminorv e dada a normalidade das mesmas, foram apresentadas por meio de média e desvio padrão. As variáveis categóricas por sua vez foram apresentadas por frequências absolutas (n) e relativas (%).

O conhecimento acerca do HPV foi categorizada como “adequado” se o participante se referisse a uma das alternativas de resposta: “Que é uma doença sexualmente transmissível (DST)”, “Que provoca câncer de colo de útero/que pode virar câncer”, “Que provoca verrugas/doença/infecção”. As demais respostas foram consideradas como “inadequado”.

As variáveis renda e escolaridade foram dicotomizadas objetivando uma melhor operacionalização das mesmas. Assim, classificou a renda em < R\$ 940,00 e > R\$940 e a escolaridade em < 8 anos e > 8 anos. OBS: 940,00 reais valor do salário mínimo da época da pesquisa.

Para fins de comparação entre as proporções das variáveis independentes e os dois desfechos propostos (i.e. conhecimento do HPV e estado de vacinação da filha contra o HPV), foi utilizado o teste de chi-quadrado, com nível de significância de 5%.

4.8 ÉTICA NA PESQUISA

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia pelo protocolo 1.875.447 (ANEXO A), e atendeu a Resolução nº 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Desta forma o trabalho só iniciou após a apresentação e assinatura do Termo de Livre Esclarecimento (APÊNDICE B) aos participantes. Após os participantes terem sido esclarecidos sobre o trabalho, foram convidados a participar de forma voluntária.

5 RESULTADOS

Entre os 183 entrevistados 97,3% eram do sexo feminino, 60,1% viviam com companheiro (a), com média de idade de 39 anos (± 11 anos), 48,6% eram católicos e 98,9% residiam em Jequié. Quanto a renda 79,7% referiram viver com menos de um salário mínimo (940 reais) e quanto a escolaridade 51,1% referiram ter mais de 8 anos de estudo.

Tabela 1. Caracterização da população estudada e dados sociodemográficos. Jequié-BA, 2017.

	n (%)
Sexo	
Masculino	4 (2,2)
Feminino	178 (97,8)
Faixa etária entrevistados	
≤ 30 anos	40 (21,9)
31 a 40 anos	86 (47,0)
41 a 50	28 (15,3)
> 50	29 (15,8)
Situação marital	
Com companheiro	110 (60,1)
Sem companheiro	73 (39,9)
Religião	
Católica	88 (48,6)
Protestante	79 (43,7)
Outras	14 (7,7)
Escolaridade	
≤ 8 anos	89 (48,9)
> 8 anos	93 (51,1)
Renda	
\leq R\$ 940,00	145 (79,7)
$>$ R\$ 940,00	37 (20,3)
Conhecimento prévio HPV	
Sim	90 (49,2)
Não	93 (50,8)
Conhecimento HPV	
Adequado	76 (41,5)
Inadequado	106 (57,9)
Idade das filhas	
9 anos	32 (17,6)
10 anos	38 (20,9)
11 anos	38 (20,9)
12 anos	22 (12,1)
13 anos	52 (28,6)

Com quem vive a criança	
Avó	31 (16,)
Avós	2 (1,1)
Mãe	138 (75,4)
Pai	6 (3,3)
Pais	5 (2,7)
Tia	1 (0,5)

Estratificando-se estas variáveis de acordo com o conhecimento acerca do HPV a tabela 2 evidencia que entre os que não sabem o que é HPV, a maioria eram mulheres 57,6% (n=102), com companheiro 54,5% (n=60), católicos 58% (n=51), com 8 ou menos anos de escolaridade 69,3% (n=61) e R\$ 940,00 ou menos 63,9% (n=92).

Tabela 2. Caracterização da população estudada de acordo com o conhecimento acerca do HPV. Jequié- BA, 2017.

	Adequado	Inadequado	p
	n (%)	n (%)	
Sexo			0,486
Masculino	1 (25,0)	3 (75,0)	
Feminino	75 (42,4)	102 (57,6)	
Situação marital			0,211
Com companheiro	50 (45,5)	60 (54,5)	
Sem companheiro	26 (36,1)	46 (63,9)	
Religião			0,291
Católica	37 (42)	51 (58)	
Protestante	34 (43,6)	44 (56,4)	
Outras	3 (21,4)	11 (78,6)	
Escolaridade			0,003*
≤ 8 anos	27 (30,7)	61 (69,3)	
> 8 anos	49 (52,7)	44 (47,3)	
Renda			0,005*
≤ R\$ 940,00	52 (36,1)	92 (63,9)	
> R\$ 940,00	23 (62,2)	14 (37,8)	
Conhecimento prévio HPV			0,001*
Sim	53 (58,9)	37 (41,1)	
Não	23 (25,0)	69 (75,0)	

(*) Indicam diferença significativa, ao nível de significância de 5% (Teste de chi-quadrado).

Ainda no que se refere a avaliação do conhecimento acerca do HPV, evidenciou - que 58,2% não tinha conhecimento do mesmo e 50,8% informaram nunca haver recebido nenhum tipo de informação a esse respeito.

Quando arguidos acerca dos aspectos relativos às vacinas e especificamente a contra o HPV, 88% têm consciência que todas as vacinas são seguras, 48,1% confiam mais nas vacinas novas do que nas antigas, 47,5% tiveram suas filhas vacinadas com as duas doses da vacina contra o HPV, 93,4% têm ciência de que a vacina de HPV é gratuita para determinadas faixas etárias e 84,7% estariam dispostos a pagar pela vacina caso a filha não se enquadrasse nos requisitos (Figura 2). Ainda nesses aspectos, apenas 1,6% (n=3) referiu que não aceitaria que a filha tomasse a vacina contra o HPV.

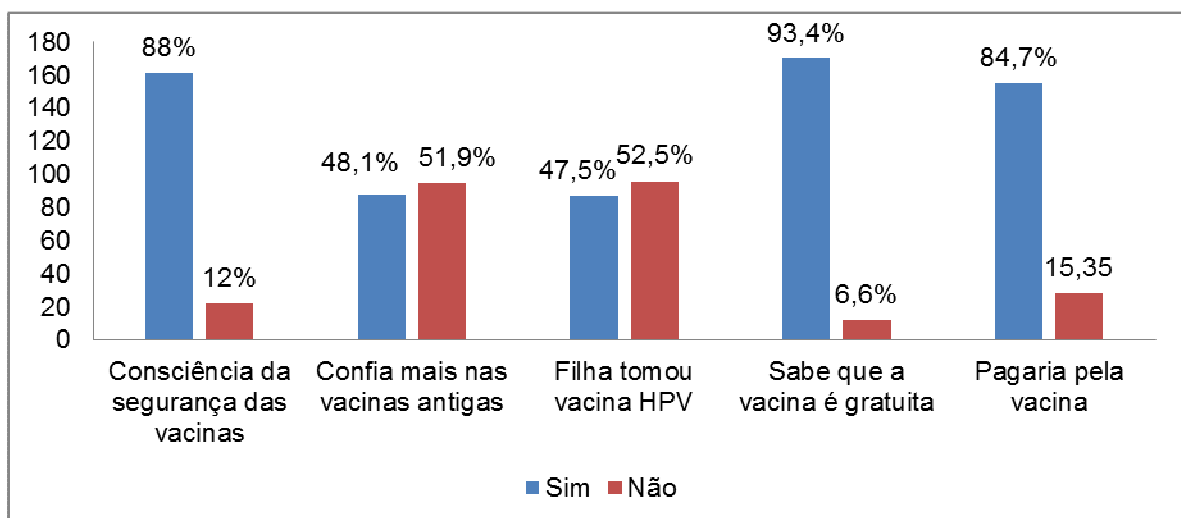


Figura 2. Distribuição de aspectos relacionados ao conhecimento e aceitação das vacinas. Jequié, 2017.

Levando-se em consideração o status de vacinação das crianças, entre os que não deram as duas doses da vacina ou não vacinaram as suas filhas a maioria era mulheres 52,2% (n= 93), com companheiro 56,4% (n= 62), protestantes 59,5% (n= 47), com 8 ou menos anos de escolaridade 58,4% (n= 52), ganhando até R\$ 940, 00 51,7% (n=75), com conhecimento inadequado sobre HPV 56,6% (n= 60), com necessidade de toda informação acerca da vacina 52,7% (n= 67) e que tiveram por fonte de informação da vacina rádio ou TV 64,6% (n= 42) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das variáveis de acordo com a vacinação das filhas pela vacina de HPV. Jequié-BA 2017.

	Filha vacinada	Filha não vacinada	p
	n (%)	n (%)	
Sexo			0,367
Masculino	1 (25,0)	3 (75,0)	
Feminino	85 (47,8)	93 (52,2)	
Situação marital			0,194
Com companheiro	48 (43,6)	62 (56,4)	
Sem companheiro	39 (44,8)	34 (35,4)	
Religião			0,284
Católica	45 (51,1)	43 (48,9)	
Protestante	32 (40,5)	47 (59,5)	
Outras	8 (9,4)	6 (6,3)	
Escolaridade			0,133
≤ 8 anos	37 (41,61)	52 (58,4)	
> 8 anos	49 (52,7)	44 (47,3)	
Renda			0,584
≤ R\$ 940,00	70 (48,3)	75 (51,7)	
> R\$ 940,00	16 (43,2)	21 (56,8)	
Conhecimento sobre HPV			0,160
Adequado	41 (53,9)	35 (46,1)	
Inadequado	46 (43,4)	60 (56,6)	
Qual informação gostaria sobre a vacina?			0,027*
Segurança	12 (42,9)	16 (57,1)	
Tempo de proteção	17 (77,3)	5 (22,7)	
Eficácia	5 (38,5)	8 (61,5)	
Todas	52 (43,7)	67 (52,7)	
Qual foi sua fonte de informação sobre a vacina?			0,004*
Nenhuma	6 (50,0)	6 (50,0)	
Rádio/TV	23 (35,4)	42 (64,6)	
Jornais/Revistas	6 (75,0)	2 (25,0)	
Amigos	2 (22,2)	7 (77,8)	
Profissionais de saúde	43 (52,4)	39 (47,6)	
Mais de uma fonte	7 (100,0)	0	

(*) Indicam diferença significativa, ao nível de significância de 5% (Teste de chi-quadrado).

6 DISCUSSÃO

O câncer de colo do útero é uma das neoplasias que mais mata as mulheres no Brasil. Já está bem definido que o vírus do HPV está relacionado com aproximadamente 98% do CCU e que sua transmissão ocorre principalmente através da relação sexual. Atualmente temos o exame de Papanicolau como prevenção secundária e a vacina contra o HPV como prevenção primária para o CCU. Vários países introduziram a vacina contra o HPV no calendário vacinal onde já se observa uma redução das lesões tipo verrugas e redução da circulação do vírus na população (BLAKE; MIDELEMAN, 2016; PRADO et al., 2016).

Logo, o presente trabalho aplicou um formulário em usuários com filhas com idade para receber a vacina gratuitamente pelo SUS através da Estratégia de Saúde da Família para avaliar o conhecimento sobre o HPV e a vacina contra o HPV, e a aceitação dos mesmos em aplicar esta vacina em adolescentes.

A maior parte das pessoas entrevistadas era do sexo feminino 97,3%, como observado nos estudos de Pereira et al. (2016) e Osis et al. (2014), o que era esperado já que mulheres buscam mais atendimento nas Estratégias de Saúde da Família. Alguns trabalhos afirmam que mulheres tendem a ser as que mais buscam prevenção e saúde (OSIS et al., 2014; FELCHILCHER et al., 2015).

Neste trabalho observou-se que 60% dos participantes eram casados ou viviam em união estável e que a média de idade dos entrevistados foi de 39 anos que é um valor semelhante ao encontrado no trabalho de Verdugo et al. (2013) e Osis et al. (2014).

Em relação a renda, 79,7% referiram viver com um salário igual ou menor que um salário mínimo. Trabalhos mostram que a classe C e D são as que mais usam o SUS, principalmente porque a maioria não possui plano de saúde (RIBEIRO et al., 2006; FELCHILCHER et al., 2015)

Quanto a escolaridade 50,8% referiram ter mais de 8 anos de estudo semelhante ao encontrado no estudo de Osis et al. (2014). Já o estudo de Felchilcher et al. (2015) relata que o perfil dos usuários das ESF possuem pouca escolaridade (estudo fundamental incompleto) diferente do encontrado neste trabalho.

É importante observar o estrato social da população estudada porque a população que possui seguro saúde e nível de escolaridade mais alto tem mais

acesso aos serviços de saúde (CHIAVEGATTO FILHO et al., 2015). Segundo Sibeudu et al. (2017) o fator mais importante para o acesso a imunização é o status sócioeconômico; quanto melhor a renda maior o acesso aos serviços de saúde. Almeida et al. (2017) aponta em seu estudo que a maior renda familiar e maior escolaridade é um fator importante para determinar a utilização de consultas médicas e odontológicas nos países em desenvolvimento e em alguns países desenvolvidos sendo importante montar estudos para redução da desigualdade no acesso gerada por questões sociais.

A maior parte da população estudada se declarou católica 48,6% mas sem diferença significativa em relação ao grupo que se declarou protestante 43,09%. A população brasileira em sua maioria é católica, mas está havendo um declínio grande do catolicismo e um aumento das outras religiões (ANTONIAZZI, 2003; MARIANO, 2013)

Dos entrevistados, 58,2% referiram não saber o que é o HPV e destes, a tabela 2 evidencia que a maioria era mulheres (57,6%), com companheiro (54,5%), católicos (58%), com 8 ou menos anos de escolaridade (69,3%) e viviam com um salário mínimo ou menos (63,9%) o que também foi observado no estudo de Osis et al. 2014. Outros estudos como os de Okamoto et al. (2016), Hino et al. (2016), Freitas et al. (2015) e Luz et al. (2014) apresentaram um alto conhecimento sobre o HPV entre seus entrevistados, mas estes trabalhos foram realizados em universitários e entre eles encontrava-se estudantes de medicina, enfermagem e odontologia.

Dos 183 entrevistados, 41,5% tinham conhecimento adequado sobre o HPV diferente do observado no trabalho de Osis et al. (2014) em que pouco mais de ¼ dos participantes referiram informações adequadas sobre o HPV.

Em relação a informação avaliada neste trabalho de que 88% têm consciência que todas as vacinas são seguras e que 48,1% confiam mais nas vacinas novas do que nas antigas também foi observado no trabalho de Verdugo et al. (2013) em que 79% confiavam nas vacinas e 65% confiavam mais nas vacinas novas que nas velhas.

Neste estudo a grande maioria tinha conhecimento sobre a vacina contra o HPV e que esta é gratuita para meninas com determinada faixa etária (93,4%). Diferente do encontrado no trabalho de Pereira et al. (2016), trabalho realizado entre

mulheres moradoras de algumas comunidades de São Paulo, em que mais da metade dos entrevistados não tinham conhecimento sobre a vacina.

Observou-se que 47,5% tiveram suas filhas vacinadas com as duas doses da vacina contra o HPV. A literatura trás que a taxa de não aceitação é em torno de 20 a 30 %, outro trabalho realizado no Brasil a taxa de não aceitação das duas doses da vacina foi de 17,3%. No Brasil, a maioria das vacinas são aplicadas na idade de 0 a 6 anos, fazendo com que muitos pais esqueçam de aplicar a vacina contra o HPV nas adolescentes porque estão longe desta faixa etária da maioria das campanhas de vacinação (FARIAS et, al. 2016).

Já em relação a informação pagar pela vacina: 84,7% estariam dispostos a pagar pela vacina caso a filha não se enquadrasse nos requisitos para receber a vacina gratuitamente, valor também encontrado no estudo de Verdugo et al. (2013).

Ainda nesses aspectos, apenas 1,6% (n=3) referiu que não aceitaria que a filha tomasse a vacina contra o HPV. Destes, um respondeu que não aceitava por desconhecer os efeitos secundários, outra respondeu por não saber o suficiente e o terceiro não soube justificar porque não aceitaria permitir que a filha recebesse a vacina. Dados também encontrados na literatura no qual medo dos efeitos secundários a vacina e ter pouco conhecimento sobre a mesma seria um dos principais fatores da não aceitação (CONSTANTINE; JEARMAN, 2007; BARTOLINI et al., 2012; VERDUGO et al., 2013).

Neste estudo a maioria dos entrevistados deu como fonte de informação sobre a vacina contra o HPV em primeiro lugar profissionais da saúde e em segundo lugar rádio e TV. Sendo a televisão e o rádio um importante meio de comunicação, a introdução de campanhas que falem positivamente sobre a vacina contra o HPV faz com que os pais mudem de ideia acerca da vacina (BARTOLINE et al., 2012). Os Estados Unidos da América aumentou o conhecimento e aceitação da vacina aumentando a publicidade aplicada neste país (MARLOW et al., 2012; BARTOLINE et al., 2012).

Alguns estudos como o de Hopkins e Wood (2012) relatam como fatores que aumentam aceitabilidade da vacina seria a educação dos pais ou responsáveis pelas adolescentes, através dos médicos ou profissionais da saúde e o maior conhecimento dos benefícios da vacina. Neste estudo mostrou ainda uma pesquisa realizada no Brasil com médicos e estudantes de medicina onde encontraram apenas 80% de pessoas favoráveis a vacinação.

Alguns trabalhos citam que a não aceitação da vacina está relacionado a mitos sobre a vacina e o HPV, sendo assim, para aumentar a adesão à vacina contra o HPV devemos aumentar as informações fornecidas por professores escolares e profissionais da saúde que são pessoas que passam credibilidade para a população (BARTOLINI et al., 2012; ZILMET et al., 2013).

Além de aumentar a informação é importante como esta informação chega aos diferentes estratos sociais para que todos possam processar a informação corretamente (OSIS et al., 2014; PEREIRA et al., 2016). Segundo Watson-Jones et al. (2012), aumentar a informação sobre o HPV e a vacinação para os pais ou responsáveis das meninas na faixa etária da vacinação aumenta a decisão destes em aceitar a vacinação de suas filhas diante de uma campanha de vacinação.

Levando-se em consideração o status de vacinação das crianças, entre os que não deram as duas doses da vacina ou não vacinaram as suas filhas a maioria era mulheres (52,2%), com companheiro (56,4%), protestantes (59,5%), com 8 ou menos anos de escolaridade (58,4%), ganhando até R\$ 940,00 (51,7%), com conhecimento inadequado sobre HPV (56,6%) e com necessidade de toda informação acerca da vacina (52,7%). Demonstrando que o nível de escolaridade, religiosidade e o conhecimento sobre a infecção sobre o HPV pode interferir na decisão de dar a vacina para suas filhas.

Estudos mostram que católicos e sem religião tendem a aceitar mais a vacina contra o HPV que protestantes. Outro ponto relacionado a religiosidade, é que em muitas famílias a igreja é o principal ponto de discussão de temas; e o pastor ou padre é um importante influenciador de opinião interferindo na decisão de tomar ou não a vacina (SHELTON et al., 2013; THOMAS et al., 2015). Existe ainda o receio entre os pais de adolescentes evangélicas e católicas que acham que a vacina contra o HPV incentivaria a iniciação sexual precoce e que a melhor forma de prevenção seria a fidelidade no casamento (QUEVEDO et al., 2016).

De acordo com o trabalho de Velan e Yadgar (2017) uma das formas de aumentar a aceitação da vacina contra o HPV seria dessexualizando a mesma. Esta dessexualização poderia ser realizada através da retenção de informação não concentrando a propaganda da vacina como sendo o HPV uma doença sexualmente transmissível; outra forma seria desfocando a informação concentrando a propaganda nas outras formas de transmissão do vírus e por último distanciando a

idade da vacinação com a idade da primeira relação sexual. Estas técnicas poderiam ser usadas separadas ou em conjunto.

Estes resultados reforçam a necessidade de intervenções educativas na população para aumentar o conhecimento sobre o HPV e sobre a vacina contra o HPV para levar a ampliação da aceitação e aplicação da vacina. Pereira et al (2016), afirma em seu trabalho que o profissional de saúde ao se distanciar da sua função de instrutor e multiplicador de conhecimento, permite que as pessoas busquem respostas em outros meios menos confiáveis. Acredita-se que o baixo conhecimento sobre o HPV no Brasil comparado aos países desenvolvidos seja a presença de educação sexual no plano escolar curricular nos países desenvolvidos.

.

7 CONCLUSÃO

Foi observado neste trabalho que a renda familiar, o nível de escolaridade, religiosidade, o conhecimento sobre o HPV e sobre a vacina contra o HPV pode interferir na decisão de vacinar suas filhas contra a infecção pelo HPV.

Apesar da maioria dos entrevistados terem conhecimento que a vacina é gratuita para determinada faixa etária e que pagaria para sua filha receber a vacina, apenas menos da metade dos entrevistados tiveram suas filhas vacinadas com as duas doses da vacina.

Um fator limitante deste trabalho foi a dificuldade de captação dos entrevistados. A população estudada era um grupo específico que frequentava a ESF que foi convidada para participar da pesquisa e assistir uma palestra sobre o HPV e a vacina. Em algumas unidades tivemos de ir por mais de uma vez por não comparecer participantes. Sendo assim, observamos a necessidade de montar estratégias nas Equipes de Saúde da Família que aumente a participação da população em ações educativas.

Outro ponto importante seria aumentar, qualificar e redirecionar a informação acerca do HPV e da vacina contra o HPV como forma de alertar a população acerca desta infecção e sua relação com o CCU na tentativa de melhorar a adesão da aplicação da vacina contra o HPV contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade na mulher. Desta forma, o incremento das medidas sanitárias educativas e a capacitação dos profissionais de saúde, já que estes são multiplicadores de informação, poderia levar a uma maior aceitação da vacina.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.P.S.C. et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos:revisão sistemática. **Rev Saude Publica**. p.51-50. 2017.

ANTONIAZZI, A. As Religiões no Brasil Segundo o senso de 2000. **Revista estudos da Religião**. N. 2. p. 75-80. 2013.

ARAUJO, S.C.F. et al. Eficácia das vacinas comercialmente disponíveis contra a infecção pelo papiloma vírus em mulheres: revisão sistemática e metanálise.**Cad . saúde pública**. Rio de Janeiro. 29 Sup: 532-544. 2013.

BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Cap. 3. 5ª Edição, Editora UFSC; 2002.

BARTOLINE, R.M. et al Parental Aceptance of HPV Vaccine IN Peru: A Decision Framework. **PLOs ONE**. Vol 7. 2012.

BLAKE, D.R; MIDDLEMAN, A.B. Human Papillmavirus vaccine Update. **Pediatr Clin N Am** 64 p. 321-329. 2017.

BLOEM, P; OGBUANU, I. Vaccination to Prevente Human papillomavirus Infections: From Promise to Pratictice. **PLOS Medicine**/ <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002325>. June 27, 2015.

BORSATTO, A.Z; VIDAL, M.L.B; ROCHA, R.C.N.P. Vacina Contra o HPV e a prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a prática. **Revista brasileira de Cancerologia**. 57(1): 67-74. 2011.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República federativa do Brasil. Brasília, 13 de junho de 2013.

BRASIL 2014. **Cobertura da vacina HPV será ampliada a partir de 2014**. <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/09/cobertura-da-vacina-hpv-sera-ampliada-a-partir-de-2014>. Acessado em 22.10.2014- **Postos e Escolas Iniciam vacinação Contra HPV**. <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/postos-de-saude-e-escolas-iniciam-vacinacao-contr-hpv> Acessado em 19.10.2014- **Vacinação contra o HPV**. <http://www.blog.saude.gov.br/index.php?tagTitle=Vacina%C3%A7%C3%A3o>. Acessado em 10.09.2014.

BRASIL. **Campanha de vacinação contra o HPV**. Ministério da Saúde. 4° ed. Brasília-DF. p. 12; 2015.

BRASIL 2016. **Campanha incentiva meninas a procurar vacinação contra o HPV**. <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/04/campanha-incentiva-meninas-a-procurar-vacinacao-contra-hpv>. Acessado em 13.09.16.

BRASIL 2017. **Ministério da Saúde anuncia vacinação contra HPV para meninos de 11 a 15 anos**. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-06/ministerio-da-saude-anuncia-vacinacao-contra-hpv-para-meninos-de-11-15-anos>. Acessado em 12.07.17.

BRATS **.Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Câncer de colo do útero: a vacina para prevenção contra o HPV e o desafio para a melhoria da qualidade do rastreamento no Brasil. Ano VI. Vol 17. p. 1-14. Dez 2011.

BRINGUENTI et al. Prevenção do Câncer Cervical: Associação da Citologia Oncótica a Novas Técnicas de Biologia Molecular na Detecção do Papilomavírus Humano (HPV). **DST - J bras Doenças Sex Transm**; 22(3): 135-140. 2010.

CHIAVEGATTO FILHO et al. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. **Rev Saúde Pública** 2015;49:15

CONSTATINE, N.A; JERMAN, P. Acceptance of Human Papillomavirus Vaccination Among Californian Parentes of Daughters: A Representative Statewide Analysis. **Journal of Adolescent Haelth** 40 p.108-115. 2007.

COSTA, L.A; GOLDENBERG, P. Papilomavírus Humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. **Rer. Saúde Soc**. São Paulo. V. 22 p. 249-261. 2013

Escobar A. et al. **Metodologia e Protocolo da Seção de Patologia do Trato Genital Inferior**. Ed Elsevier. Rio de Janeiro. p. 195-207. 2007.

FARIAS, C.C. et al. Factors Related to non-compliance to HPV Vaccination in Roraima- Brazil: a region with a high incidence of cervical cancer. **BMC Health Services Resarch** 16. p. 3-9. 2016.

FELCHILCHER, E. et al. Perfil dos Usuários de uma Unidade Básica de Saúde do meio-Oeste Catarinense. **Unoesc & Ciência - ACBS** Joaçaba, v. 6, n. 2, p. 223-230, jul./dez. 2015.

FORMAN et al. Global Burden of Human Papillomavirus and Related Diseases. **Vaccine** 30S. F12–F23. 2012.

FREGNANI, J.H.T.G. et al. A School-Based human papillomavirus vaccination program in barretos, brazil: final results of a demonstrative study. **PLOS ONE**. Vol 8 . ISSUE 4. April 2013.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologias**. Artmed.6ªed. p. 417-426. 2011.

FREITAS, W.R et al. Knowledge among College students and Employees of local Health Units About Human Pappilomavirus and Cervical cancer an its Implications for public Health Strategies and Vaccination. **J Bras Doenças Sex Transm**. 27(1-2): p.40-47. 2015.

GIRALRO et al. Prevenção da infecção por HPV e lesões associadas com o uso de vacinas. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 20(2): p.132-140 – ISSN:0103-4065. 2008;

GIRIANELLI, V.R. et al. Os grandes contrastes namortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. **Ver. SaúdePública**. 48(3); p.459-467. 2014.

HINO, P. et al. Conhecimento de Graduandos em Enfermagem Sobre a Vacina Contra o Papillomavirus Humano. **Rev Rene**. set-out; 17(5): p.586-92. 2016.

HOPKINS TG, WOOD N. Female human papilomavirus (HPV) vaccination: Global uptake and impacto f attitudes.**Vaccine** 31 p.1673-79. 2013.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**: Cidades/ Infográficos/ Bahia Jequié: Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=291800&idtema=130&search=bahia%7Cjequie%7C-> acessado em 08.09.16.

INCA Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. **Estimativa 2014**: Incidência de câncer no Brasil. INCA; 2014. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao. Acessado em 10.09.2014

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: **Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014a.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 13.07.2017.

KESSELS, S.J.M. et al. Factors associated with HPV vaccine uptake in teenage girls: A systematic review. **Rev vaccine**. V. 30. p. 3546-3556. 2012.

KAHN J.A.; BERNSTEIN D. HPV Vaccination Too Soon for 2 Doses? **JAMA**, v. 309, n.17, p.1832-1834. 2013.

LETO, M.G.T et al. Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. **Na BrasDermatol**. 86(2): p.306-317. 2011.

LESSA S.C, DÓREA J.G. Bioética e vacinação infantil em massa. **Rev. Bioét.** (impr.). 21(2): p. 226-36. 2013.

LUZ, N.N.N. et al. Acadêmicos, a Percepção Sobre o Papilomavírus Humano e Sua Relação Com o Câncer Cervical. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.35, n.2, p. 91-102, jul/dez. 2014.

MARIANO R. Mudanças no Campo Religioso Brasileiro no Senso de 2010. **Debates do NER**, Porto Alegre, ano 14, n. 24, p. 119-137, jul./dez. 2013.

MARLOW, L.A.V. et al. Knowledge of Human Papillomavirus (HPV) and HPV Vaccination: An International Comparison. **J. vaccine** 31. p.763-769. 2013.

MERCK SHARP & DOHME MSD. **Bula ao médico Gardasil**. 072007 ed10 R47rev clean final MS.doc. Junho 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde**. p. 1-44, 2014.

NAVARRO, C. et al. Cobertura do Rastreamento do Câncer de Colo do Útero em Região de Alta Incidência. **Rev. Saúde Pública**. p.49-17. 2015.

OKAMOTO, C.T et al. Perfil do Conhecimento de Estudantes de uma Universidade Particular de Curitiba em Relação ao HPV e Sua Prevenção. **Rev Brasileira de Educação Médica** 40(4): p. 611-620. 2016.

OSIS, M.J.D; et al. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as Vacinas disponíveis no Brasil. **Ver Saúde pública**. 48(1): p.123-133. 2014.

PEIXOTO, S. **Infecção genital na mulher**. 1º Ed. São Paulo. Rocca. p. 121-133. 2008.

PEREIRA, R.G.V. et al. A Influência do Conhecimento na Atitude Frente à vacina contra o Papilomavírus Humano: Ensaio Clínico Randomizado. **ABCS Health Sci**. 41(2): p.78-83. 2016.

PRADO, T.C. et al Knowledge of Human Papillomavirus, Cervical cancer, and anti-HPV Vaccine Among Students from a University in Goiás, Brazil. **J. Bras Doenças Sex. Transm**. 28(3) p. 79-85. 2016.

QUEVEDO, J.P. et al. A Política de Vacinação contra O HPV no Brasil: A Comunicação Pública Oficial e Midiática Face a Emergência de Controvéncias. **R. Tecnol. Soc.**, Curitiba, v 12, n. 24, p 1-26, jan/abril 2016.

REMES, P. et al. A qualitative study of HPV vaccine acceptability among health workers, teachers, parentes, female pupils, and religious leaders em northwest Tanzânia. **Rev vaccine**. v. 30, p. 5363 -67. 2012.

RIBEIRO, M.C.S.A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4): p.1011-22. 2006.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia analítica**. In: _____. Epidemiologia e Saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, p. 169-203,1988.

SHELTON, R.C. et al. HPV decision-making and acceptance: does religion play role? **J. Relig health** 52: p.1120-30. 2013.

SIBEUDU F. T. et al. Investigating socio-economic inequity in access to and expenditures on routine immunization services in Anambra state. **Res Notes** 10:78. 2017.

SOUZA, D.R; CATÃO, R.M.R. A Importância do Conhecimento Sobre Papiloma virus Humano: Considerações gerais. **BIOFAR**. Vol 8. N. 2. 2012.

SPSP. **Sociedade de pediatria de São Paulo 2014. Vacina quadrivalente contra o HPV: o que mais se deve saber?** . <http://www.spsp.org.br/site/index.php/noticias-leia-mais/1096-vacina-quadrivalente-contra-hpv-o-que-mais-se-deve-saber>. Acesso em: 19.10.2014.

THOMAS, T. et al. The influence of religiosity and spirituality on rural parents health decision making and human papillomavirus vaccine choices. **Rev. advances in Nurse Science**. October/December 2015.

TRIM, K. et al. Parental Knowledge, Attitudes, and Behaviours towards Human Papillomavirus Vaccination for Their Children: A Systematic Review from 2001 to 2011. **Ver obstetrics and Gynecology Internacional**. Article ID 921236. P. 1-12. 2012.

VAN HAMONT, D. et al. Long-term follow-up after large-loop excision of the transformation zone: evaluation of 22 years treatment of high-grade cervical intraepithelial neoplasia. **Int J Gynecol Cancer**. 16:615–619. 2006.

VELAN, B; YADGAR, Y. On The Implications of Desexualizing Vaccines Against Sexually Transmitted Diseases: Health Policy Challenges in a Multicultural Society. **Israel Journal of Health policy research**. 6:30. 2017.

VERDUGO, M.K.G. et al. Aceptación de La vacuna contra El virus Del papiloma humano por parte de madres de hijas entre 9 y 13 años de edad. **Ginecol Obstet Mex**. 81 p. 645-651. 2013.

WATSON-JONES D. et al. Reasons for Receiving or Not Receiving HPV Vaccination in primary Schoolgirls in Tanzania: A Case Control Study. **Ver.PLOS ONE**. v.7, issue 10, e45231. 2012.

ZARDO, G.P. et al. Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciência e Saúde Coletiva**, 19(9): p.3799-3808. 2014.

ZIMET, G.D. et al. Beliefs, behaviors and HPV vaccine: correcting the myths and the misinformation. **Rev. preventive medicine**. 57. Pag. 414-418. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Formulário para pesquisa de campo**Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
FORMULÁRIO****Projeto de Pesquisa – “CONHECIMENTO E ACEITAÇÃO DA VACINA CONTRA
O HPV EM USUÁRIOS DO SUS”****A - DADOS PESSOAIS E SOCIOECONÔMICOS**

1. Você é morador do Município de Jequié ?

- a) Sim
- b) Não

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Feminino

3. Qual a sua idade?

----- anos

4. Estado civil:

- a) Solteiro
- b) Casado
- c) Divorciado
- d) Viúvo
- e) União estável

5. Qual seu grau de escolaridade?

----- anos de estudo

6. Sua renda familiar é de:

----- reais

7. Religião:

- a) católico
- b) Protestante
- c) Espírita
- d) outros

8. Idade da(s) filha(s):

- a) 09 anos
- b) 10 anos
- c) 11 anos
- d) 12 anos
- e) 13 anos

09. As adolescentes vivem com quem?

B – EM RELAÇÃO AS INFORMAÇÕES SOBRE A INFECÇÃO DO HPV E SOBRE VACINAS

10. Você tem consciência se todas as vacinas são seguras?

- a) Sim
- b) Não

11. Você confia mais nas vacinas velhas que na vacinas novas?

- a) Sim
- b) Não.

12. Você já recebeu alguma informação sobre a infecção pelo HPV?

- a) Sim
- b) Não

13. O que é HPV?

14. Sua filha tomou as duas doses da vacina contra o HPV?

- a) Sim
- b) Não

C – EM RELAÇÃO A ACEITABILIDADE DA VACINA CONTRA O HPV

15. Você aceitaria ou já aceitou que sua filha recebesse a vacina contra o HPV?

- a) Sim
- b) Não

16. Se a sua resposta à pergunta 16 foi “não”, qual o motivo?

- a) Porque não sei o suficiente.
- b) Porque penso que minha filha não tem risco de adquirir o HPV.
- c) Porque é uma vacina nova
- d) Porque desconheço os efeitos secundários.

17. Qual informação adicional você gostaria de receber sobre a vacina?

- a) Segurança.
- b) Duração da proteção.
- c) Eficácia
- d) Tudo

18. Se você sabe que a vacina é gratuita para meninas entre 09 e 13 anos?

- a) Sim
- b) Não

19. Se sua filha estivesse fora da faixa etária para receber gratuitamente a vacina você estaria disposta a pagar?

- a) Sim
- b) Não

20. Qual foi sua fonte de informação sobre a vacina contra o HPV?

- a) Nenhuma.
- b) Radio/ TV
- c) Jornais/ Revistas.
- d) Amigos.
- e) Profissionais da saúde



APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo, foi elaborado em atendimento à Resolução 466/2012, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “Aceitação e conhecimento da vacina contra HPV em usuários do SUS”.

Prezado participante, sou Amanda Vieira Andrade Brazil, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Estou realizando uma pesquisa científica sobre aceitação da vacina contra o Papiloma Vírus Humano (HPV), e gostaríamos de convidá-lo a nos honrar com sua participação.

Esta pesquisa tem o objetivo avaliar a aceitabilidade da vacina contra o HPV por parte dos usuários do SUS com filhas entre 09 e 13 anos que frequentam as unidades de Estratégias de Saúde da Família. E consiste na aplicação de um questionário estruturado desenvolvido baseado em trabalhos da literatura sobre HPV.

Caso você aceite participar desta pesquisa, você deverá responder um questionário sobre informações pessoais, aceitação e conhecimento sobre a vacina contra o HPV. A pesquisa não trará riscos ao (a) senhor (a), contudo caso o (a) senhor (a) sinta desconforto em responder alguma questão, tem liberdade para não responder à questão que lhe causou tal incômodo ou até deixar de participar da pesquisa. A pesquisa não trará benefícios diretos ao (a) senhor (a). Entretanto, os resultados provenientes desse estudo poderão fornecer subsídios para implantação de estratégias para aumentar a adesão do público a vacina.

Todas as informações obtidas são confidenciais. Os formulários e os termos de consentimento preenchidos por você serão guardados em armários trancados, onde somente as pessoas envolvidas no projeto terão acesso. As informações prestadas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos e o anonimato será garantido.

Você pode solicitar esclarecimentos adicionais a respeito da pesquisa em qualquer momento, bastando para isso, entrar em contato com a pesquisadora responsável.

A sua participação nessa pesquisa é voluntária e livre de qualquer remuneração. Você pode se negar a responder qualquer pergunta ou pode se retirar desse estudo a qualquer momento sem sofrer qualquer sanção ou constrangimento.

Fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovados, decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Caso aceite participar da pesquisa, você precisará assinar duas vias do TCLE, sendo que uma das vias ficará com você e a outra será arquivada pelos pesquisadores por cinco anos.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado intitulada “Aceitação e conhecimento sobre a vacina contra o HPV em usuários do SUS”, sob a responsabilidade de Amanda Vieira Andrade Brazil. Fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. A pesquisadora me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar sobre pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem implicar em qualquer prejuízo a minha

pessoa ou a minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.



Assinatura do participante

Jequié, ____ de _____ de 20__

Para qualquer esclarecimento, por favor, entre em contato com Amanda Vieira Andrade Brazil pelo telefone (73) 3528-9600. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UESB para informações sobre o projeto.

Amanda Vieira Andrade Brazil

ANEXOS

ANEXO A - Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACEITAÇÃO E CONHECIMENTO DA VACINA CONTRA O HPV EM USUÁRIOS DO SUS

Pesquisador: Amanda Brazil

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60936716.8.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.875.447

Apresentação do Projeto:

Resumo:

Transcrito do projeto:

"O Papiloma Vírus Humano (HPV) há muito tempo foi descoberto como um dos fatores principais responsável pelo câncer do colo uterino. Este

câncer é a terceira neoplasia mais comum nas mulheres e responsável por um grande número de mortes. Este vírus infecta homens e mulheres que

podem assumir um quadro clínico assintomático funcionando como disseminadores do vírus e aumentando as lesões precursoras e o câncer uterino.

Com base neste problema de saúde pública foi criada a vacina contra o HPV com o intuito de aumentar a imunidade contra este vírus e diminuir a

incidência do câncer genital. No Brasil a vacinação contra o HPV foi introduzida no calendário vacinal em março de 2014. Em vários países, após a

introdução da vacina contra o HPV, as pessoas ficaram em dúvida sobre vacinar ou não seus filhos. O presente trabalho trata-se de um estudo de

campo do tipo transversal, onde se procura avaliar a aceitabilidade da vacina contra HPV em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

Página 01 de 04

UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

Página 02 de 04

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.875.447

dos usuários à informação a cerca das vantagens do seu uso e pode contribuir para guiar ações do governo no sentido de aplicar medidas preventivas para o câncer de colo uterino, reduzindo os gastos públicos em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto atende às normas de elaboração para projetos de pesquisa em todas as suas etapas, discute o tema com autores atualizados e apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios

Recomendações:

Recomendamos atualizar o cronograma físico, considerando o período de ocupação da UESB.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 30/10/2016 a plenária aprovou o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_805344.pdf	06/10/2016 22:16:49		Aceito
Outros	encaminhamentocomite.pdf	06/10/2016 22:11:17	Amanda Brazil	Aceito
Outros	autorizacaocoleta.pdf	06/10/2016 22:10:18	Amanda Brazil	Aceito
Outros	naofoiiniiciada.pdf	06/10/2016 22:07:43	Amanda Brazil	Aceito
Outros	resolucao.pdf	06/10/2016 22:06:39	Amanda Brazil	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPHPV05102016.docx	06/10/2016 22:04:48	Amanda Brazil	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLC10.doc	06/10/2016 22:02:56	Amanda Brazil	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.875.447

Declaração de Pesquisadores	declaracaofabio.pdf	06/10/2016 22:01:18	Amanda Brazil	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoamanda.pdf	06/10/2016 22:00:42	Amanda Brazil	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	06/10/2016 21:54:25	Amanda Brazil	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 20 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com