

ELIZA SILVA RODRIGUES

**JUSTIFICATIVAS DOS CUIDADORES FAMILIARES
PARA A NÃO VACINAÇÃO CONTRA O *HUMAN*
PAPILLOMAVIRUS (HPV) EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES**

PUC- CAMPINAS

2020

ELIZA SILVA RODRIGUES

**JUSTIFICATIVAS DOS CUIDADORES FAMILIARES
PARA A NÃO VACINAÇÃO CONTRA O *HUMAN
PAPILLOMAVIRUS* (HPV) EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Dr.^a Luciana B. Nucci

Coorientadora: Elisa Donalísio Teixeira Mendes

PUC-CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica elaborada por Vanessa da Silveira CRB 8/8423
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

579.2445 Rodrigues, Eliza Silva
R696j

Justificativas dos cuidadores familiares para a não vacinação contra o Human Papillomavirus (HPV) em crianças e adolescentes / Eliza Silva Rodrigues. - Campinas: PUC-Campinas, 2020.

78 f.: il.

Orientador: Luciana B. Nucci Nucci; Coorientador: Elisa D. Teixeira Mendes.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2020.

Inclui bibliografia.

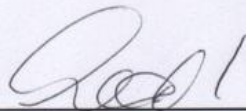
1. Vírus do papiloma. 2. Vacinas. 3. Adolescentes. I. Nucci, Luciana B. Nucci. II. Mendes, Elisa D. Teixeira III. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

CDD - 22. ed. 579.2445

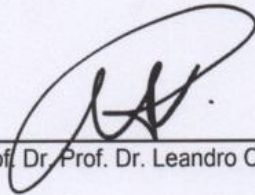
ELIZA SILVA RODRIGUES

**JUSTIFICATIVAS DOS CUIDADORES FAMILIARES PARA A
NÃO VACINAÇÃO CONTRA O *HUMAN PAPILLOMAVIRUS*
(HPV) EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

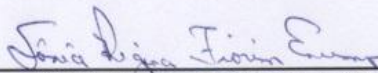
BANCA EXAMINADORA



Presidente Prof^ª. Dr^ª. Luciana Bertoldi Nucci



Prof. Dr. Prof. Dr. Leandro César Mendes



Prof^ª. Dr^ª. Sônia Regina Fiorim Emuno

Agradecimentos

Agradeço infinitamente a Deus, por permitir a concretização de um antigo sonho de cursar o Mestrado, que me deu oportunidade de amadurecimento, grandes aprendizados e foi um divisor de águas em minha vida profissional.

A professora Dra. Luciana por confiar em minha capacidade de uma forma que eu não acreditava. Obrigada pela disponibilidade, paciência em me apresentar e ensinar esse mundo da pesquisa até então, desconhecido e inabitado por mim. Você foi muito mais que uma orientadora, foi conselheira, amiga e minha referência! Obrigada por ser muito mais que mediadora do saber, por me despertar a vontade de aprender, desde o primeiro contato sempre me conduzindo. A professora Dra. Elisa Donalísio, pela coorientação, por dedicar parte do seu tempo para a realização deste trabalho.

A você, Pedro, com quem divido os desafios diários, que sonhou comigo pela concretização deste, amenizando meus momentos de ansiedade e desânimo. Obrigada por estar sempre ao meu lado, abdicando de tantos momentos de lazer para me fazer companhia nas infinitas horas de reclusão e por acreditar em mim nos dias em que eu pensava que não seria capaz.

Aos meus pais, Lúcio e Elzi, pelos ensinamentos de honestidade, persistência, pelo incentivo durante a minha caminhada acadêmica e pelo esforço que fizeram para que eu superasse cada obstáculo. Registro aqui minha enorme gratidão pela ajuda na coleta de dados e auxílio à distância no processo de conclusão deste trabalho. Obrigada por serem os melhores pais do mundo, pelo amor incondicional e por serem meu porto seguro! Ao meu irmão Breno, por estar ao meu lado, pela cumplicidade, por me encorajar nos dias em que os desafios se mostraram não tão fáceis e pelas dicas durante todo o percurso da pesquisa. Vocês são minha inspiração!

Aos membros das bancas examinadoras (qualificação e defesa) que gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação.

Aos colegas de classe, pela amizade que construímos! Sentirei saudades de nossos cafés, dos momentos de reflexão! Obrigada por amenizarem minhas inseguranças e aflições, por tornarem essa caminhada mais leve e principalmente pela troca de conhecimentos. Impossível esquecer-los!!! Agradeço especialmente ao Dr. Telmo Augusto Belsuzarri pela generosidade e desprendimento, contribuindo grandemente para que este tão sonhado momento se concretizasse. Você deu início a um ciclo e eu me encarrego de dar continuidade!!!

A PUC-Campinas e ao corpo docente, por não apenas transmitirem conhecimento racional, mas também pela demonstração de afetividade e humanização no processo de formação de mestres. A palavra gratidão, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão meu eterno carinho e admiração. Estendo meus sinceros agradecimentos à Tatiana da secretaria do curso e à coordenação, brilhantemente representada pelo Professor Doutor Sérgio.

Aos alunos do Instituto Federal do Sul de Minas – Campus Alterosa: Aline, Arlindo, Flaviane, Elivelton, Vanessa, Luana, Daniela, Rosalina, Raíssa e Mariana, pela grande ajuda na coleta de dados. A amiga Prof^a Silvana Moreira Cândido (Coordenadora do Curso Técnico de Enfermagem) pelo apoio no momento das entrevistas e por estar presente em meus primeiros passos como docente.

A todos os entrevistados que disponibilizaram seu tempo para responder as questões que despertavam minha inquietude, contribuindo para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos familiares e amigos, por compreenderem minhas inúmeras ausências aos finais de semana, festas, almoços e viagens.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil CAPES - Código de Financiamento 001".

Um cientista que também é um ser humano,
não deve descansar enquanto o conhecimento
que pode reduzir o sofrimento repousa em
uma estante. (Albert Sabin)

Resumo

RODRIGUES, Eliza Silva. *Justificativas para a vacinação contra o Human Papillomavirus (HPV) em crianças e adolescentes*. 2020. 78f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, 2020.

A vacinação contra o HPV é a forma de prevenção primária recomendada pela OMS, no entanto, a taxa de cobertura vacinal é inferior às taxas de outras vacinas do calendário básico em vários países, inclusive no Brasil.

Os objetivos deste estudo foram identificar e analisar as principais justificativas dos pais ou responsáveis pela população-alvo que não recebeu a primeira dose de vacina contra o HPV em um município brasileiro de 13.717 habitantes, verificar os fatores associados aos motivos da não vacinação: características sociodemográficas da família da criança ou adolescente, conhecimento sobre vacinação contra o HPV e formas de prevenção e domínios do Modelo de Crenças em Saúde. Foi realizado um estudo transversal com o levantamento de 900 crianças e adolescentes não vacinados no município (fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante apresentação do projeto e autorização para a pesquisa). Após a identificação da população alvo que deveria estar imunizada contra o HPV – meninas de 10 a 17 anos e meninos de 12 a 15 anos – foram feitas visitas domiciliares para entrevistar os pais/responsáveis por essas crianças ou adolescentes não vacinados (n=189) através de um questionário elaborado com base no Modelo de Crenças em Saúde. Os principais motivos citados foram a falta de orientação, seguida de medo, com maior frequência para o medo da picada. O sexo do adolescente foi associado à justificativa para a não vacinação com frequência maior para medo ou recusa nas meninas se comparado aos meninos. Os profissionais de saúde devem colocar em prática ações educacionais sobre o HPV direcionadas à população. Além disso, faz-se necessário um trabalho de intensificação para o incentivo da vacinação, evitando a associação desta vacina com o início da atividade sexual e com efeitos colaterais.

Palavras-chave: Recusa de vacinação; Papiloma vírus humano; HPV; Vacinas contra Papiloma vírus; Adolescente.

Abstract

RODRIGUES, Eliza Silva. *Reasons of parents or guardians for not vaccinating against Human Papillomavirus (HPV) in children and adolescents*. 2020. 78f. Dissertation (Master's Degree in Health Science) – Post-Graduate Program in Health Science, Pontifical Catholic University of Campinas, Campinas-SP, 2020.

Vaccination against Human Papillomavirus (HPV) is the primary form of prevention recommended by the World Health Organization, however, vaccination coverage is lower than the rates of other vaccines in the basic calendar in several countries, including Brazil.

The objectives of this study were to identify and analyze the main reasons of parents or guardians for the target population who did not receive the first shot of the vaccine against HPV in a Brazilian town of 13,717 inhabitants, and to verify the factors associated with the reasons for non-vaccination: sociodemographic characteristics of the family, of the child or adolescent, knowledge about vaccination against HPV and forms of prevention, and domains of the Health Belief Model (HBM). A cross-sectional study was conducted with a survey of 900 unvaccinated children and adolescents in the municipality (provided by the Municipal Health Department, upon presentation of the project and authorization for the research). After identifying the target population that should be immunized against HPV – girls aged 10 to 17 years and boys aged 12 to 15 years – home visits were made to interview the parents or guardians of these unvaccinated children or adolescents (n=189) through a questionnaire based on the HBM. The main reasons cited were lack of information, followed by fear, most often for fear of the sting. The sex of the child or adolescent was associated with the reason for not vaccinating more frequently for fear or refusal in girls compared to boys. Health professionals may be advised to put in place educational actions about HPV targeted to the population. In addition, intensification work is needed to encourage vaccination, avoiding the association of this vaccine with the onset of sexual activity and with side effects.

Key words: Vaccination Refusal; Human Papillomavirus; HPV; Papillomavirus Vaccines; Adolescent.

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Descrição da idade e sexo das crianças e adolescentes não vacinados. Alterosa, 2019	31
Tabela 2.	Características sociodemográficas dos pais ou responsáveis de crianças e adolescentes não vacinados contra o HPV (n=189). Alterosa, 2019	33
Tabela 3.	Motivos para ir à Unidade de saúde pelos pais ou responsáveis de crianças e adolescentes não vacinados contra o HPV (n=145). Alterosa, 2019	34
Tabela 4.	Motivos da não adesão pelos pais ou responsáveis de crianças e adolescentes não vacinados contra o HPV (n=189). Alterosa, 2019	35
Tabela 5.	Nível de conhecimento dos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados sobre vacinação contra o HPV e prevenção (n=189). Alterosa, 2019	37
Tabela 6.	Convicções dos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados segundo o domínio “Benefícios percebidos” do Modelo de Crenças em Saúde (n=189). Alterosa, 2019	39
Tabela 7.	Convicções dos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados segundo o domínio “Barreiras percebidas” do Modelo de Crenças em Saúde (n=189). Alterosa, 2019	40
Tabela 8.	Convicções dos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados segundo os domínios “Vulnerabilidade percebida” e “Gravidade percebida” do Modelo de Crenças em Saúde (n=189). Alterosa, 2019	41
Tabela 9.	Principais motivos para a não vacinação segundo características sociodemográficas da criança ou adolescente, do entrevistado e da família (n=189). Alterosa, 2019	42

Tabela 10.	Escores de conhecimento sobre a vacinação contra o HPV e sobre prevenção e dos domínios do Modelo de crenças em saúde (n=189). Alterosa, 2019	43
Tabela 11.	Escores de conhecimento sobre a vacinação contra o HPV e sobre prevenção de acordo as justificativas para a não vacinação da criança ou adolescente dada pelos participantes (n=184). Alterosa, 2019	45
Tabela 12.	Escores dos benefícios percebidos de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde segundo os principais motivos para a não vacinação, de acordo com os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados (n=184). Alterosa, 2019	46
Tabela 13.	Escores das barreiras percebidas de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde segundo os principais motivos para a não vacinação, de acordo com os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados (n=184). Alterosa, 2019	47
Tabela 14.	Escores da vulnerabilidade e gravidade percebidas de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde segundo os principais motivos para a não vacinação, de acordo com os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados (n=184). Alterosa, 2019	47

Lista de Figuras

Figura 1.	Fluxograma da definição da amostra em estudo. Alterosa-MG, 2018-19	27
Figura 2.	Principais justificativas relatadas pelos pais ou responsáveis para a não vacinação da criança ou adolescente contra o HPV (n=184). Alterosa, 2019	36
Figura 3.	Fontes de informações sobre a vacina do HPV relatada pelos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados (n=189). Alterosa, 2019	38
Figura 4.	Distribuição dos principais motivos para a não vacinação segundo a classificação socioeconômica da família, de acordo com os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados (n=189). Alterosa, 2019	43
Figura 5.	Distribuição dos principais motivos para a não vacinação segundo o sexo da criança ou adolescente não vacinados (n=189). Alterosa, 2019	43

Lista de Abreviações

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
dp	Desvio padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HBM	Health Belief Model
HPV	<i>Human Papillomavirus</i>
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
n	Número de respondentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SCR	Sarampo-Caxumba-Rubéola
SAGE-WG	<i>Strategic Advisory Group of Experts Working Group on Vaccine Hesitancy</i>
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

1.	Introdução	14
1.1.	Movimentos antivacina.....	15
1.2.	Vacinação contra o HPV	18
1.3.	Motivos para a não adesão à vacinação contra o HPV	20
2.	Objetivos	23
2.1.	Objetivo geral.....	23
2.2.	Objetivos específicos	23
3.	Método	24
3.1.	Local e população da pesquisa	24
3.2.	Coleta de dados	24
3.2.1.	Instrumentos de coleta de dados	25
3.2.2.	Entrevistas com os pais/responsáveis	26
3.3.	Amostra em estudo	26
3.4.	Variáveis estudadas	29
3.4.1.	Desfecho de interesse	29
3.4.2.	Fatores de exposição de interesse do estudo	29
3.5.	Processamento e análise de dados	30
3.6.	Aspectos Éticos	31
4.	Resultados	32
5.	Discussão	49
6.	Conclusão	55
7.	Referências	56
	APÊNDICE A – Questionário destinado aos pais ou responsáveis pelas crianças e/ou adolescentes não vacinados contra HPV	65
	APÊNDICE B – Manual de orientação ao entrevistador	69
	APÊNDICE C – Categorias e questões do Modelo de crenças em saúde destinado aos pais ou responsáveis pelas crianças e/ou adolescentes não vacinados contra HPV.....	72
	Anexo I – Declaração de Ciência e Autorização da Secretaria Municipal de Saúde.	73
	Anexo II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	74

1. Introdução

O HPV (*Human Papillomavirus*) representa um grupo de vírus associado a infecções do trato genital muito comum em todo o mundo. Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas por no mínimo um tipo de HPV ao longo de suas vidas (Ministerio da Saúde, 2002; World Health Organization, 2019).

Existem mais de 100 sorotipos de HPV nomeados e classificados de acordo com o risco oncogênico em duas categorias: baixo e alto risco oncogênico. Os sorotipos 16 e 18 são responsáveis por mais de 70% das neoplasias de colo de útero. No grupo de baixo risco, ou seja, aqueles que não estão associados ao desenvolvimento de câncer, os tipos HPV6 e HPV11 podem ser causadores de verrugas genitais em homens e mulheres, resultando em elevada incidência de infecções por serem altamente transmissíveis (Doorbar *et al.*, 2012; Muñoz *et al.*, 2003; World Health Organization, 2019).

A infecção por HPV de alto risco está relacionada ao desenvolvimento de vários tipos de cânceres, especialmente o câncer de colo uterino (World Health Organization, 2019). Em 2018, o câncer de colo uterino ocupou a terceira posição, tanto na incidência (6,6%), quanto na taxa bruta de mortalidade (7,5%) relacionadas à doença em mulheres de todo o mundo, ficando atrás apenas dos cânceres de mama e de pulmão. As estimativas são de que mais de 310.000 mulheres foram a óbito por câncer de colo uterino nesse ano e mais de 85% dessas mortes aconteceram em países de baixa e média renda (Bruni *et al.*, 2019; Ferlay *et al.*, 2018; World Health Organization, 2019). As taxas de incidência e mortalidade padronizadas para idade foram de 13,1 e 6,9 por 100.000 mulheres/ano, respectivamente. No Brasil, as estimativas para 2018 foram de 16.300 novos casos de câncer de colo uterino, com taxas de incidência e mortalidade padronizadas inferiores às mundiais de 12,2 e 5,8 por 100.000 mulheres/ano, respectivamente (Bruni *et al.*, 2018).

Os dados relatados apontam a primordialidade do controle do HPV para a redução dos casos de câncer de colo uterino em todo mundo e a necessidade de ações direcionadas ao combate das infecções por HPV. As ações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) em maio de 2018 englobam a vacinação contra o HPV (prevenção primária), a triagem e

tratamento de lesões pré-câncer (prevenção secundária) e o manejo do câncer de colo uterino (prevenção terciária) (World Health Organization, 2019).

A imunização contra o HPV tem 98% de efetividade quando ofertada ao público-alvo antes do contato natural com o vírus. (Bowden, Yaun e Bagga, 2017). Em alguns países como Austrália, Reino Unido e Bélgica o programa de vacinação contra HPV alcançou sucesso e mantêm elevadas coberturas vacinais. Já em outros casos, como no Japão, Irlanda e Dinamarca, houve diminuição significativa na cobertura vacinal com o tempo (Moura e Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2019). No Brasil, a meta determinada para a cobertura vacinal do público-alvo foi de 80% e no primeiro ano de oferta da vacina, a média de vacinação entre os estados foi 94,1% na primeira dose, mas, no ano seguinte, esta taxa caiu para 41,1% e em 2016, atingiu o total de 12% (Rocha Woycicki, 2016).

O entendimento dos motivos relativos às decisões sobre o ato de vacinar é crucial para a propagação da vacinação contra o HPV, sendo essencial para a definição das estratégias de prevenção, com o objetivo de solucionar as falhas nas campanhas atuais (Patty *et al.*, 2017).

1.1. Movimentos antivacina

Em 1904, na cidade do Rio de Janeiro (capital do Brasil), ocorreu um marco histórico denominado “Revolta da Vacina” (Ribeiro, 2017). Neste período, a vacinação foi imposta à população, administrada pelo Diretor Geral de Saúde Pública Oswaldo Cruz objetivando imunizar a comunidade contra a varíola, doença que acometia milhares de pessoas naquele momento. A maioria da população respondeu rapidamente de forma negativa, rejeitando e temendo esta medida autoritária do governo (Shimizu, 2018).

Por volta de 1920, nos Estados Unidos, a resistência contra as vacinas era rara. Nos países considerados ricos, o período de 1950-60 ficou conhecido como “era de ouro da aceitação vacinal” com a iniciação da imunização universal contra a Poliomielite e Sarampo-Caxumba-Rubéola (SCR), tendo como consequência uma diminuição expressiva dessas infecções (Dubé *et al.*, 2013).

Nos anos 1990, no Brasil havia alta cobertura de vacinas, indicando que boa parte populacional tinha boa aceitação. Com o sucesso dessas coberturas, foi criado o PNI (Programa Nacional de Imunizações) e comprovado o avanço nas pesquisas relacionadas a essa área. Ocorreu um bom entrosamento com a mídia e a comunicação favorável às vacinas, com um discurso simples e de fácil entendimento, para atingir todas as classes sociais (Brasil, Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde, 2003). O resultado desse sucesso foi o controle das afecções consideradas imunopreveníveis (Sato, 2018). Apesar da forte adesão ao Programa Nacional de Imunização, a partir do ano de 2016, as coberturas vacinais vêm caindo cerca de 10 a 20%. Este declínio não era esperado e teve como consequência o avanço no número de óbitos infantis e maternos. O sucesso dos programas de vacinação depende também do monitoramento de suas coberturas, da igualdade de acesso às vacinas, da garantia de qualidade e aplicação dos imunobiológicos e de estar alinhado às instruções, objetivos e às particularidades do público-alvo (Brasil, Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde, 2003). Para a imunização de crianças, por exemplo, uma ação importante é a visita domiciliar, uma vez que é nesse momento que a equipe verifica os cartões de vacina, identifica os considerados vulneráveis e aborda assuntos voltados para a orientação (Nunes *et al.*, 2018). O registro de vacinas deve ser feito de forma individual e estar acessível aos profissionais de saúde, tanto para regularizar a situação vacinal, quanto para possibilitar a busca ativa dos faltosos (Tertuliano e Stein, 2011).

A divulgação de *fake news* – notícias falsas com grande circulação nas mídias eletrônicas – sobre imunização já são conhecidas e tem contribuído negativamente para o sucesso dos programas de vacinação. O fácil acesso às inúmeras publicações, noticiários, relatos na internet e outros veículos de divulgação de informações, nos estimula a questionar estas notícias. As dúvidas a respeito das vacinas deram início a grupos resistentes à vacinação, surgindo assim um movimento antivacina, principalmente nos Estados Unidos e na Europa, que trouxe prejuízos à saúde coletiva no mundo todo. Existem inúmeros motivos para o nascimento desses grupos contrários à vacinação, mas, no momento, é necessária a criação de Políticas Públicas para levar conhecimento à população acerca desse tema (Sanches e Cavalcanti, 2018).

Nesse sentido, em 2012, a OMS criou um grupo de trabalho com o intuito de conduzir questões relacionadas à recusa vacinal denominado *Strategic Advisory Group of Experts Working Group on Vaccine Hesitancy* (SAGE-WG) (World Health Organization e Strategic Advisory Group of Experts on Vaccine Hesitancy, 2014). A partir dos estudos realizados por esse grupo, a “hesitação vacinal” (*vaccine hesitancy*) foi definida como a recusa ou o adiamento da vacinação em relação à disponibilidade de serviços de vacinas. O grupo expõe que a indecisão vacinal é um evento de complexo entendimento, que pode variar de acordo com o tempo, o local e a vacina em questão. Além disso, pretendeu-se observar a confiabilidade nas vacinas, a não aceitação vacinal e traçar ações na comunicação para enfrentar os erros na credibilidade vacinal e prevenir suas consequências na saúde coletiva (MacDonald e SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015).

Nos países europeus e norte-americanos, a hesitação vacinal não é novidade (Olive *et al.*, 2018; Succi, 2018). No Brasil, este tema da “não adesão” já vem sendo pesquisado devido às quedas nas coberturas vacinais observadas nos últimos anos (Sato, 2018).

Embora as vacinas sejam intervenções bem-sucedidas na saúde pública, um grupo cada vez maior classifica esta medida como insegura e desnecessária. A desconfiança nas vacinas apresenta-se como uma ameaça aos programas de vacinação até então exitosos. Considera-se a hesitação como principal motivo pela queda da cobertura vacinal no mundo e pela elevação dos riscos de surtos e doenças que poderiam ser evitáveis através vacinas (Dubé *et al.*, 2013; Succi, 2018). As justificativas e as convicções das comunidades antivacinas não tiveram muitas mudanças nos dois últimos séculos, mas a velocidade de propagação de informações nas últimas duas décadas aumentou em efetividade e rapidez (Covolo *et al.*, 2017; Ward, Peretti-Watel e Verger, 2016).

A hesitação para vacinação, a recusa ou resistência, mesmo tendo vacinas disponíveis, prejudica o avanço atingido no combate às doenças imunopreveníveis. É o melhor custo-benefício para evitar morbidades (previne-se em torno de dois a três milhões de óbitos anualmente) e 1,5 milhão de mortes seriam prevenidas se houvesse maior adesão global de vacinação

(Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), 2019).

Um exemplo de associação entre a hesitação vacinal e o ressurgimento de doenças imunopreveníveis foi o surto de sarampo ocorrido nos Estados Unidos em 2014, visto que a doença estava erradicada nesse país desde o ano 2000. As epidemias de sarampo em Roraima e no Amazonas são consequências imediatas da diminuição das coberturas vacinais no ano de 2016 (Sato, 2018). No mês de setembro de 2019, o Brasil registrou 2.753 casos confirmados de sarampo em 13 em 90 dias, de acordo com dados do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2019). O movimento de hesitação vacinal foi associado a um aumento do risco de sarampo tanto entre as pessoas que recusam as vacinas quanto entre indivíduos vacinados (Phadke *et al.*, 2016). No entanto, as explicações acerca de surtos ou notificações de casos de doenças erradicadas são complexas e não se limitam a uma única justificativa como a hesitação vacinal (Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), 2019).

No Brasil, estudo realizado em 2011 na cidade de São Paulo com abordagem qualitativa diferenciou grupos de “cuidadores que vacinam seus filhos” (vacinadores), “vacinadores seletivos” e “não vacinadores”, apontando que a escolha de vacinar não está associada a aspectos socioculturais, tanto exclusivos do cenário brasileiro, como da coletividade contemporânea (Barbieri e Couto, 2015; Couto e Barbieri, 2015).

1.2. Vacinação contra o HPV

Estudos demonstraram que a vacina contendo os quatro tipos virais mais importantes é eficaz em reduzir o índice de infectados e, conseqüentemente, as manifestações do vírus e os carcinomas relacionados ao HPV (Chiang *et al.*, 2015; Lee e Garland, 2017; Tobias, Iwamoto e Teixeira, 2017).

De acordo com uma revisão sistemática realizada em 2014, o primeiro país a implantar a imunização contra o HPV foi a Austrália no ano de 2007, onde a população feminina foi vacinada com idade entre 12 e 26 anos (Zardo *et al.*, 2014). Após quatro anos, foi verificada uma redução de 90% dos

diagnósticos de verrugas genitais na população com idade menor que 21 anos, em ambos os sexos (Zardo *et al.*, 2014). Estima-se que a diminuição dos casos no sexo masculino, mesmo que não tenham tomado a vacina, ocorreu por conta da redução do vírus HPV em circulação, o denominado “efeito rebanho” (Garland *et al.*, 2018; Malagón, Laurie e Franco, 2018; Zardo *et al.*, 2014;).

Nos Estados Unidos, após seis anos do início da vacinação, ocorreu uma queda de 64% na prevalência do HPV nas mulheres de 14 a 19 anos e uma diminuição de 34% nas mulheres entre 20 e 24 anos (Markowitz *et al.*, 2013).

Avaliando estudos realizados na Europa foi identificado que, na Itália, o governo oferece gratuitamente a vacina contra HPV desde 2007. A meta do Plano Nacional era atingir 70% e, após três anos aumentar para 95% de cobertura. Porém, quatro anos após a introdução da vacina, a cobertura não ultrapassou o percentual de 69% (Gualano *et al.*, 2016).

Estudo transversal realizado na comunidade de Valência, na Espanha, mostrou uma realidade semelhante, com apenas 76,6% da população-alvo imunizada, embora quase a totalidade dos entrevistados (93,8%) tivessem conhecimento sobre a vacinação e 78,5% relataram que receberam orientações positivas de especialistas de saúde (Navarro-Illana *et al.*, 2015).

Com base nas evidências sobre as consequências que a disseminação do HPV pode gerar, em 2014, o Ministério da Saúde implantou a vacinação regular para meninas com idades de 11 a 13 anos no Brasil. Em 2017, ampliou-se a vacinação contra o HPV no calendário básico de vacinação para meninas de 9 até 14 anos e meninos de 11 a 14 anos de idade, visto que, nos homens, a vacina protege contra os cânceres de pênis, orofaringe e ânus (Ministério da Saúde, 2018).

No Brasil, um estudo realizado com meninas matriculadas em escolas públicas e particulares da cidade de Barretos-SP demonstrou que a vacinação deste público alvo atingiu 88,2% após reuniões com pais e responsáveis e informações detalhadas às alunas durante a denominada “Semana Educacional” (Fregnani *et al.*, 2013). De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, no ano de 2015, o Brasil imunizou 72,4% da população alvo (Brasil, Ministério da Saúde e DATASUS, 2015).

1.3. Motivos para a não adesão à vacinação contra o HPV

O incentivo à vacinação contra o HPV deu início a uma discussão ética sobre uma vacina que protege contra um vírus sexualmente transmissível em crianças e adolescentes. Lindley et al. (2016) avaliaram os motivos da não vacinação entre os pais/responsáveis e pessoas com idade entre 13 e 17 anos nos 50 estados dos EUA. Os resultados apresentados demonstraram que os meninos têm maior tendência a não vacinação do que as meninas. O principal motivo para a falta de intenção de vacinar foi a não recomendação médica para os meninos e a falta de conhecimento para as meninas (Lindley *et al.*, 2016). Em 2015, um estudo sobre o HPV realizado no Canadá demonstrou que aqueles que não eram favoráveis à vacinação relataram desconfiança relacionada à segurança e efetividade da vacina, descrença no governo e na indústria farmacêutica e a convicção de que a vacina em questão deveria ser aplicada mais tardiamente (Feinberg *et al.*, 2015). Krawczyk *et al.*, 2015, em estudo também realizado no Canadá, relataram que os responsáveis que optaram pela não vacinação de suas filhas usaram os seguintes argumentos: incertezas sobre a segurança da imunização, a efetividade e a duração da imunidade da vacina e receio em relação aos possíveis efeitos colaterais a longo prazo (Krawczyk, Perez, *et al.*, 2015).

Os motivos mais comumente relatados por italianos para não tomar a vacina foram: receio de eventos adversos decorrentes da vacina, desacordo com as informações e conselhos da equipe médica ou pouca informação (Gualano *et al.*, 2016). O medo de reações adversas também foi o motivo mais citado (45,6%) para justificar a recusa da vacina de acordo com um estudo realizado na Espanha (Navarro-Illana *et al.*, 2015). Na Suécia, Grandahl et al. demonstraram que os pais que rejeitaram a vacina avaliaram que ela tinha chances de interferir desfavoravelmente na utilização de preservativos, no tempo de iniciação das atividades sexuais da filha e na quantidade de parceiros sexuais (Grandahl *et al.*, 2017). Na Holanda, estudo elaborado com base no modelo de crença em saúde (MCS ou HBM - *Health Belief Model*), interpretado de acordo com as respostas de perguntas abertas, apresentou quatro pontos de vista: “prevenir é melhor que remediar”, “medo de efeitos colaterais

desconhecidos”, “falta de informação e conscientização” e “meu corpo, minha escolha”. Os resultados confirmaram que o foco deve ser direcionado ao conhecimento e compreensão sobre o assunto (Patty *et al.*, 2017). Divulgado em 1966, o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) por Rosenstock (Rosenstock, 1974), tinha o objetivo de entender o comportamento das pessoas no processo saúde, sabendo que para o indivíduo emitir comportamentos preventivos diante de uma doença precisa acreditar que ele é suscetível àquela doença e que sua ocorrência deverá ter consequências em dado momento da sua vida. Para colocar a prevenção em prática ou mudar comportamentos, o indivíduo necessita acreditar que essas mudanças trarão benefícios ou, no mínimo, irão reduzir a gravidade de tais doenças (Moreira, Santos e Caetano, 2009). Quatro domínios-chave que estão associados a comportamentos de saúde são considerados: vulnerabilidade percebida, gravidade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas. Existe também um quinto domínio chamado “pistas para ação” usado por alguns autores (Juraskova *et al.*, 2011; Santos, Kislaya e Nunes, 2015). A principal limitação da HBM é que é um modelo cognitivo que não leva em consideração aspectos emocionais do comportamento do indivíduo (Grandahl *et al.*, 2017).

Um estudo realizado em Weihai, Shandong, na China, sobre a conscientização do HPV com 305 mães, mostrou uma variação significativa de acordo com a idade da filha, nível de escolaridade materna, ocupação materna, renda familiar e tipo de residência. De acordo com o mesmo estudo, o conhecimento sobre a vacina contra o HPV foi baixo, com uma pontuação média de 3,56 em uma escala com pontuação até 13. As justificativas mais comuns para não aceitar a vacina contra o HPV foram que suas filhas eram jovens para desenvolver câncer de colo uterino, que a vacina está sendo pouco utilizada e por este motivo a decisão (de tomar a vacina ou não) seria tomada mais adiante (Yu *et al.*, 2016).

Em Uganda, país em desenvolvimento no continente africano, a introdução da vacina foi altamente divulgada e tinha como população alvo apenas as meninas. Um estudo realizado para verificar a aceitação da vacina em meninos demonstrou que 78,3% dos pais/responsáveis estariam dispostos a vacinar seus filhos e 90,6% vacinariam suas filhas se a vacina estivesse disponível (Muhwezi *et al.*, 2014).

No Brasil, o despreparo dos profissionais de saúde também faz com que população desacredite na efetividade da vacina e, muitas vezes, a população-alvo desconhece a inclusão da vacina contra o HPV no calendário básico de vacinas (Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunização, 2019). Uma pesquisa realizada em Bauru-SP, publicada em 2010, abrangendo acadêmicos de enfermagem, revelou que somente 36% dos estudantes de enfermagem tinham informações sobre a imunização contra o HPV (Cirilo, Barbosa e Zambrano, 2010). Nesse mesmo sentido, os responsáveis que se recusaram a participar de um estudo realizado em Barretos-SP usaram a justificativa de que receberam orientação médica desfavorável à aplicação da vacina (Fregnani *et al.*, 2013). Entretanto, é provável que esse cenário de desconhecimento e insegurança em relação à prevenção contra o HPV tenha se transformado nos últimos anos, uma vez que as discussões sobre o HPV têm sido muito frequentes (Fregnani *et al.*, 2013).

Há uma grande complexidade nas razões pelas quais as pessoas optam pela não imunização; pesquisadores da OMS sobre vacinas identificaram a “complacência”, a “inconveniência” no acesso às vacinas e a falta de confiança para justificar a hesitação. Médicos, enfermeiros e demais profissionais inseridos na comunidade são divulgadores de informações, considerados conselheiros em saúde e precisam de apoio para transmitirem informações confiáveis e favoráveis à vacinação (Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), 2019).

Portanto, visto que o HPV pode causar prejuízos graves à saúde e que a vacinação é uma estratégia de prevenção primária eficaz, é essencial a realização de pesquisa acadêmica voltada ao levantamento de elementos científicos demonstradores das razões que incorrem na baixa adesão da população à vacinação contra o HPV. Os motivos da não vacinação precisam ser enumerados e analisados para uma intervenção mais assertiva junto ao público-alvo, trazendo resoluções para este agravo na saúde pública. Os dados obtidos poderão auxiliar na definição de estratégias para melhorar a adesão aos programas de vacinação e no desenvolvimento de métodos para a conscientização da importância da imunização contra o HPV.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

O objetivo deste estudo é identificar e analisar, junto aos pais/responsáveis do público-alvo preconizado pelo Ministério da Saúde, os motivos da não adesão à vacinação contra o HPV.

2.2. Objetivos específicos

Verificar os fatores que podem estar associados aos principais motivos alegados pelos pais/responsáveis para a não vacinação de crianças e adolescentes de acordo com:

- a) Características sociodemográficas da família e da criança ou adolescente não vacinado;
- b) Conhecimento sobre vacinação contra o HPV e prevenção;
- c) Domínios do modelo de crenças em saúde.

3. Método

Estudo transversal no qual foi aplicado um questionário aos pais/responsáveis por crianças ou adolescentes com a finalidade de enumerar os fatores que levaram a não adesão da vacinação contra o HPV na população alvo do município de Alterosa, situado no Sul do estado de Minas Gerais.

3.1. Local e população da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em Alterosa, município localizado no Sul de Minas Gerais, com índice de desenvolvimento humano igual a 0,668 (em uma escala que varia de 0 a 1) de acordo com o IBGE em 2010. Verificou-se que a população do município é semelhante à 70,3% do total de 5.565 municípios brasileiros de acordo com o Censo de 2010, com população residente de 13.717 habitantes, 30% com idade entre 6 e 24 anos e 27% residindo em domicílios da área rural (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). O município está estruturado de acordo com a Estratégia de Saúde da Família e possui equipes de Agentes de Saúde que possibilitaram verificar a viabilidade da execução de uma pesquisa, com coleta de dados em todo o município.

A população de estudo (entrevistados) foi definida como os pais ou responsáveis por crianças e adolescentes¹ pertencentes à população-alvo para a vacinação contra o HPV, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde de 2014: apenas meninas de 11 a 13 anos; e de 2017: meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. Essa população compreende os nascidos nos anos de 2003 até 2006 (sexo masculino – 12 a 15 anos de idade em 2018) e nos anos de 2001 até 2008 (sexo feminino – 10 a 17 anos de idade em 2018) que já deveriam estar imunizados.

3.2. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas domiciliares e ocorreu no período de 01/02/2019 a 28/10/2019.

¹ No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2º), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142).

3.2.1. Instrumentos de coleta de dados

O questionário aplicado aos pais ou responsáveis dos não vacinados (APÊNDICE A), foi desenvolvido após pesquisa bibliográfica sobre o tema e adaptação aos objetivos do estudo (Grandahl *et al.*, 2018; Restivo *et al.*, 2018; Saulle *et al.*, 2014). Foram coletadas informações sobre a criança ou adolescente, sobre o responsável, questões gerais sobre vacinação e os motivos da não aplicação da vacina contra o HPV.

Uma aplicação piloto do questionário foi realizada em cinco pessoas selecionadas por conveniência, a fim de comprovar coerência e validar a versão final. O questionário foi otimizado após a aplicação-piloto, pois, em algumas questões verificou-se a falta de uma sequência lógica. Após isso, foi elaborado um manual de orientação (APÊNDICE B) para padronizar a forma de abordar cada questão, homogeneizando a aplicação do instrumento. O treinamento dos entrevistadores foi agendado antecipadamente, com data e horário de acordo com as possibilidades da equipe. Após o treinamento, reuniões quinzenais foram marcadas individualmente para sanar dúvidas, além do atendimento via telefone em tempo integral em caso de dificuldades por parte dos entrevistadores. Para acompanhar o desempenho dos entrevistadores e também prestar apoio frente às necessidades, foi criado um grupo no aplicativo de celular (WhatsApp) incluindo todos os participantes.

O conhecimento sobre vacinação contra o HPV e prevenção foi avaliado com base em cinco perguntas, três sobre conhecimento e duas sobre prevenção, nas quais os entrevistados respondiam uma entre cinco opções, adotando a escala Likert, variando entre “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”, ou a opção “Não sabe/Não quis responder”, que nas análises categóricas foi agrupada com a opção “Não concordo nem discordo”. Para a definição dos escores de conhecimento e prevenção foram atribuídos valores de um a cinco, considerando valores mais altos para as respostas corretas e o valor zero para “Não sabe/Não quis responder”.

3.2.2. Entrevistas com os pais/responsáveis

Foi fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante apresentação do projeto e autorização para a pesquisa assinado pelo Secretário Municipal de Saúde (Anexo I), um documento em PDF com os dados principais (nome, endereço e idade) de toda a população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família. Um filtro foi aplicado para selecionar, através das idades, o público que deveria estar vacinado contra HPV. A partir disso, foi realizada busca ativa em todos os endereços cadastrados, em busca dos pais ou responsáveis desses adolescentes que deveriam estar imunizados a fim de estudar as justificativas para a não vacinação contra o HPV. As entrevistas foram realizadas por 10 alunos do Curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal do Sul de Minas. A seleção desses entrevistadores foi realizada de acordo com o perfil, análise de histórico escolar e conduta nos estágios, conforme a indicação da coordenação do curso e por uma agente de saúde. Esses entrevistadores foram treinados pela pesquisadora responsável e receberam cópia do manual de orientação para a conduta nas entrevistas e orientações padronizadas sobre o questionário.

Caso existisse mais de uma criança/adolescente na condição de não vacinado no mesmo endereço, os nomes foram enviados à pesquisadora responsável, que fez o sorteio em um aplicativo para celular (Randomizer) e, imediatamente, repassou ao entrevistador o nome da criança/adolescente sobre o qual o entrevistado deveria responder o questionário. Estas entrevistas ocorreram a partir do mês de fevereiro de 2019 até outubro do mesmo ano.

3.3. Amostra em estudo

Para a identificação dos não vacinados, uma lista de toda a população do município cadastrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi fornecida pela coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, contendo informações de 11.990 residentes. A partir dessa lista, selecionamos apenas a população-alvo, resultando em 1.338 crianças ou adolescentes.

A coordenação da Vigilância Epidemiológica forneceu uma lista com 744 registros de pessoas que tomaram a primeira dose da vacina até julho de 2018, sendo 638 crianças/adolescentes na faixa etária da população alvo.

Na lista de 1.338 crianças/adolescentes cadastrados na ESF, 449 foram identificados como vacinados e 6 registros eram repetidos. Entretanto, no início do trabalho de campo (busca ativa), 900 crianças ou adolescentes sem o registro da primeira dose da vacina contra o HPV foram identificados.

Após o início do trabalho de campo, aqueles que relataram ter tomado a vacina, comprovado ou pelo cartão de vacinação apresentado ou por conferência no SI-PNI (Sistema de Informação-Programa Nacional de Vacinação) (n=449) foram excluídos da lista de não vacinados. Pais ou responsáveis que responderam a entrevista para um dos filhos não foram entrevistados novamente (45 irmãos). Foram considerados como perdas os pais ou responsáveis não localizados no município de Alterosa-MG por motivo de mudança (n=91), aqueles que não foram encontrados após no mínimo três tentativas em dias e períodos diferentes (n=99), os pais ou responsáveis que se recusaram a responder a pesquisa e/ou assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (n=22) e aqueles que afirmaram que o adolescente tomou a vacina mas não existe histórico de vacinação nem no cartão vacinal nem no SI-PNI (n=5) (Figura 1).

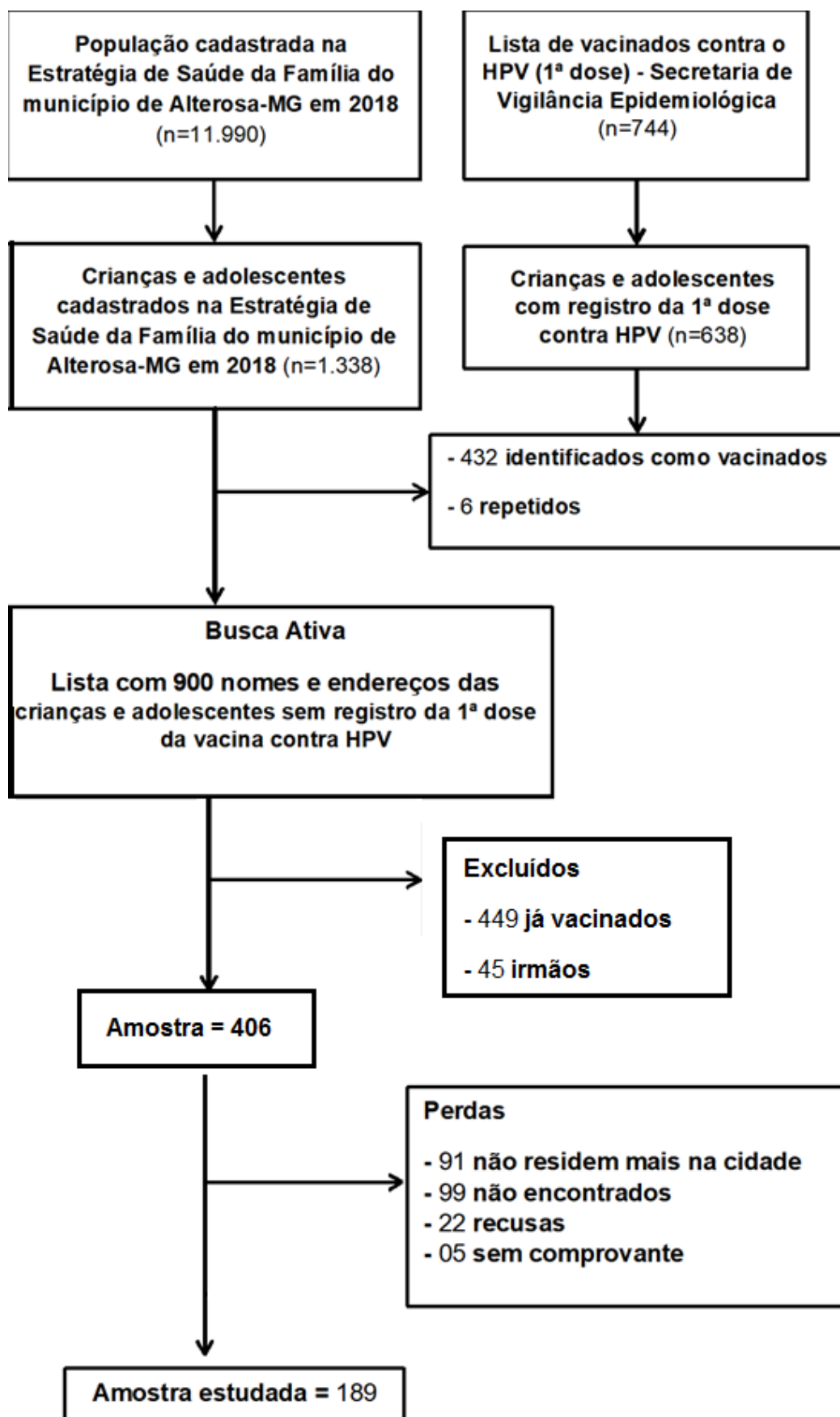


Figura 1. Fluxograma da definição da amostra em estudo. Alterosa-MG, 2018-19.

3.4. Variáveis estudadas

3.4.1. Desfecho de interesse

Para identificar a justificativa dos pais e responsáveis para a não vacinação das crianças e adolescentes, foi realizada uma pergunta específica sobre o principal motivo do adolescente não ter sido vacinado. Nessa questão foi esperada a resposta espontânea do entrevistado, classificando-a em uma ou mais das 14 respostas previstas, ou descrevendo a resposta na opção “Outros”. As respostas descritas como “Outros” foram avaliadas e, quando pertinente, realocadas em uma das categorias já existentes. Dois novos motivos foram incluídos: 1-“Esquecimento” por ter apresentado frequência expressiva de respostas na categoria “Outros” e 2-“Falta de vacina na unidade de saúde” por não se enquadrar em nenhum dos 14 motivos já apresentados.

Para a definição de apenas um motivo principal a seguinte hierarquia foi aplicada: 1-Falta de informação, 2-Recusa, 3-Questões logísticas, 4-Medo. Por definição, a palavra “Medo” quer dizer: Estado emocional provocado pela consciência que se tem diante do perigo, “Recusa” quer dizer: Ato ou efeito de recusar; resposta negativa.(“Aurélio - Dicio, Dicionário Online de Português”, [s.d.]

Essa classificação pôde ser aplicada a 184 dos 189 entrevistados, pois 4 deles responderam que não sabiam o motivo e um relatou que morava em outro estado na época em que deveria ter vacinado a criança/adolescente.

3.4.2. Fatores de exposição de interesse do estudo

Os fatores de interesse do estudo foram sexo e idade do adolescente, idade do entrevistado e parentesco com o adolescente, classe social e religião da família, conhecimento sobre o HPV, prevenção e os quatro domínios do Modelo de Crenças em Saúde (MCS).

A classe social foi definida com base no Critério Brasil 2018, questionário socioeconômico da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que possibilita a classificação do entrevistado nas classes sociais A, B1, B2, C1, C2, D-E (Associação Brasileira de Empresas de

Pesquisa (ABEP), 2018). Embora os respondentes para este estudo tenham sido recrutados através dos registros em unidades de saúde mantidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), todas as classes sociais do município foram incluídas.

O MCS também foi avaliado nos quatro domínios com 28 questões, também adotando a escala Likert, variando de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”, ou a opção “Não sabe/Não quis responder” agrupada com a opção “Não concordo nem discordo” nas análises categóricas. Os domínios benefícios e barreiras percebidos foram definidos tanto para vacinação quanto para a vacinação contra o HPV. Com isso, o item benefícios percebidos foi composto por quatro questões relativas à vacina e cinco questões relativas à vacinação contra o HPV. O item barreiras percebidas incluiu três questões sobre vacina e quatro sobre a vacinação contra o HPV. A vulnerabilidade percebida e a gravidade percebida foram ambas definidas a partir de três questões (APÊNDICE C).

Para a definição dos escores dos domínios do MCS foram atribuídos valores de um a cinco, considerando valores mais altos para as respostas que indicam a intenção de vacinar. O valor zero foi atribuído para a opção “Não sabe/Não quis responder”.

3.5. Processamento e análise de dados

As análises estatísticas descritivas foram apresentadas como média e desvio padrão para as variáveis quantitativas, e frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Análises para a verificação dos pressupostos de normalidade dos dados também foram realizadas e, caso as pressuposições não fossem satisfeitas, as análises descritivas foram feitas pela mediana e intervalo interquartil.

As análises para a verificar associação entre os grupos de motivos para a não vacinação foram realizadas através dos testes estatísticos Chi-quadrado ou teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas e teste F (ANOVA – *Analysis of Variance*) ou Kruskal-Wallis para as variáveis contínuas. Todas as análises foram realizadas no pacote estatístico SAS Studio versão 3.8. O nível de significância (α) adotado foi de 0,05.

3.6. Aspectos Éticos

Este estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, com parecer favorável obtido em 01 de agosto de 2018 (Anexo II).

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado a todos os participantes para assinatura e, quando consentido, foi realizada a entrevista.

4. Resultados

Os entrevistados foram 189 pais de crianças e adolescentes não vacinados do sexo masculino e feminino, sendo que 100 dessas crianças/adolescentes eram do sexo masculino e 89 do sexo feminino. De acordo com a Tabela 1, meninos com 16 (n=28) e 17 (n=28) anos atingiram maior percentual de não vacinadas, totalizando 56% dos meninos. Em contrapartida, o grupo de meninas que menos aderiu a vacina foram os de 18 (n=19) e 19 anos (n=18), somando 41,5% das meninas.

Tabela 1. Descrição da idade e sexo das crianças e adolescentes não vacinados contra HPV. Alterosa, 2019 (n=189)

Idade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	n	%	n	%		
9	7	7,9	1	1,0	8	4,2
10	7	7,9	2	2,0	9	4,8
11	1	1,1	6	6,0	7	3,7
12	4	4,5	5	5,0	9	4,8
13	7	7,9	9	9,0	16	8,5
14	4	4,5	6	6,0	10	5,3
15	4	4,5	10	10,0	14	7,4
16	7	7,9	28	28,0	35	18,5
17	9	10,1	28	28,0	37	19,6
18	19	21,3	3	3,0	22	11,6
19	18	20,2	2	2,0	20	10,6
20	2	2,2	0	0,0	2	1,1
Total	89	100,0	100	100,0	189	100,0

A maioria dos entrevistados foram as mães das crianças/adolescentes (n=162; 85,7%) e a média(dp) de idade foi de 43,9±8,9 anos, variando de 18 a 78 anos.

A Tabela 2 mostra as características sociodemográficas dos pais ou responsáveis de crianças e adolescentes não vacinados contra o HPV. O maior percentual de entrevistados foi classificado no grupo com idade entre 40 e 45 anos (n=46), resultando no percentual de 24,3%, enquanto o grupo com menor número absoluto de entrevistados foi o pertencente a faixa etária de menores de 35 anos (n=19), totalizando 10,1%. O sexo dos responsáveis pelas crianças e adolescentes que não aderiram a vacinação e que aceitaram contribuir com este estudo foi o feminino, chegando a um percentual de 93,1% (n=176). Sobre o parentesco com a criança ou adolescente, 90% eram pais (n=170) enquanto apenas 4,8% eram avós (n=9). Quando questionados sobre sua religião, 70,6% responderam pertencer à religião católica (n=132), enquanto 24,1% responderam que são evangélicos (n=45). A classe socioeconômica dos entrevistados mais frequente foi D-E (n=51; 27,7%) e a menor parcela dos entrevistados, ambos (3,3%), pertenciam à classe A (n=6) e B1 (n=6).

O acesso à unidade de saúde foi respondido por 180 entrevistados, sendo que 35 (19,4%) não foram à unidade no ano anterior. Na Tabela 3, estão descritos os motivos para ir à unidade de saúde no ano anterior, relatados pelos pais ou responsáveis de crianças e adolescentes não vacinados contra o HPV (n=145). São eles: 75,9% (n=110) responderam que foram ao posto de saúde para a própria consulta, 28,3% (n=41), coleta de exame Papanicolau, e 23,5% (n=34) foram tomar vacinas. A visita ao posto para vacina com a criança/adolescente foi relatada por apenas 10,3% (n=15) dos entrevistados. Estes números apontam que os respondentes não têm dificuldade de acesso ao posto de saúde.

Ainda em relação ao acesso à unidade de saúde, foi perguntado como o entrevistado classificaria a distância de sua residência até a sala de vacinação. A classificação como perto ou muito perto foi respondida por 48,9% (n=91) dos entrevistados, nem perto nem longe por 18,3% (n=34) e longe ou muito longe por 32,8% (n=61). Três entrevistados não responderam essa questão.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos pais ou responsáveis de crianças e adolescentes não vacinados contra o HPV (n=189). Alterosa, 2019.

Característica	n	%
Idade (em anos)		
≤ 35	19	10,1
> 35 a 40	55	29,1
> 40 a 45	46	24,3
> 45 a 50	34	18,0
> 50	35	18,5
Sexo		
Masculino	13	6,9
Feminino	176	93,1
Parentesco com a criança/adolescente		
Pai/Mãe	170	90,0
Avô/Avó	9	4,8
Outro	10	5,3
Religião		
Católica	132	70,6
Evangélica	45	24,1
Outra	10	5,4
Classe social		
A	6	3,3
B1	6	3,3
B2	34	18,5
C1	47	25,5
C2	40	21,7
D-E	51	27,7

Na Tabela 3, estão descritos os motivos para ir à unidade de saúde no ano anterior, relatados pelos pais ou responsáveis de crianças e adolescentes não vacinados contra o HPV (n=145). São eles: 75,9% (n=110) responderam que foram ao posto de saúde para a própria consulta, 28,3% (n=41), coleta de exame Papanicolau, e 23,5% (n=34) foram tomar vacinas. A visita ao posto

para vacina com a criança/adolescente for relatada por apenas 10,3% (n=15) dos entrevistados. Estes números apontam que os respondentes não têm dificuldade de acesso ao posto de saúde.

Ainda em relação ao acesso à unidade de saúde, foi perguntado como o entrevistado classificaria a distância de sua residência até a sala de vacinação. A classificação como perto ou muito perto foi respondida por 48,9% (n=91) dos entrevistados, nem perto nem longe por 18,3% (n=34) e longe ou muito longe por 32,8% (n=61). Três entrevistados não responderam essa questão.

Tabela 3. Motivos para ir à Unidade de saúde pelos pais ou responsáveis de crianças e adolescentes não vacinados contra o HPV (n=145). Alterosa, 2019.

Acesso à Unidade de Saúde	n	%
Consulta		
Própria	110	75,9
Com a criança/adolescente	25	17,2
Acompanhante de outra pessoa	26	17,9
Coleta de exames laboratoriais		
Própria	20	13,8
Com a criança/adolescente	8	5,5
Acompanhante de outra pessoa	5	3,5
Coleta de Papanicolau		
Própria	41	28,3
Com a criança/adolescente	4	2,8
Acompanhante de outra pessoa	0	0,0
Vacinas		
Própria	34	23,5
Com a criança/adolescente	15	10,3
Acompanhante de outra pessoa	17	11,7
Curativo		
Própria	3	2,1
Com a criança/adolescente	1	0,7
Acompanhante de outra pessoa	1	0,7

A descrição dos motivos relatados considerou todas as respostas dos entrevistados, incluindo os casos em que este relatou mais de um motivo espontaneamente (n=49). Dentre os principais motivos citados para a não vacinação contra o HPV, 52,4% (n=99) dos entrevistados responderam que faltou informação por parte dos profissionais de saúde, enquanto apenas 4,2% (n=8) disseram que o adolescente se recusou. O esquecimento foi relatado por 6,4% (n=12) dos entrevistados e 15,3% (n=29) relatou o medo da picada como motivo para a não vacinação (Tabela 4).

Tabela 4. Motivos da não adesão pelos pais ou responsáveis de crianças e adolescentes não vacinados contra o HPV (n=189). Alterosa, 2019.

Categorias	Motivo da não vacinação	n	%
	Não houve orientação pelo profissional de saúde	99	52,4
Falta de Informação	Não fiquei sabendo dessa vacina	41	21,7
	Ele (a) ainda é muito novo	3	1,6
	Ele (a) ainda não tem vida sexual ativa	3	1,6
	Religião não permite	2	1,1
Recusa	O(a) adolescente recusou	8	4,2
	Eu não acredito nessa vacina	6	3,2
Questões logísticas	Tentei, mas a sala de vacina estava fechada	7	3,7
	O horário da sala de vacina é muito restrito	1	0,5
	Ainda não tive tempo	8	4,2
	Esquecimento	12	6,4
	Falta de vacina na unidade de saúde	3	1,6
Medo	Medo da picada	29	15,3
	Medo dos efeitos colaterais	15	7,9
	Medo das notícias que viu nas redes sociais	10	5,3
	Outros motivos	8	4,2

Após a definição de um motivo principal, obtivemos informações de 184 participantes. A falta de informação foi o motivo relatado com maior frequência pelos pais (63%; n=117), seguido do medo (23%; n=42), daqueles que afirmaram que teriam vacinado, mas por questões logísticas não o fizeram (8%; n=14) e recusa (6%; n=16) (Figura 2).

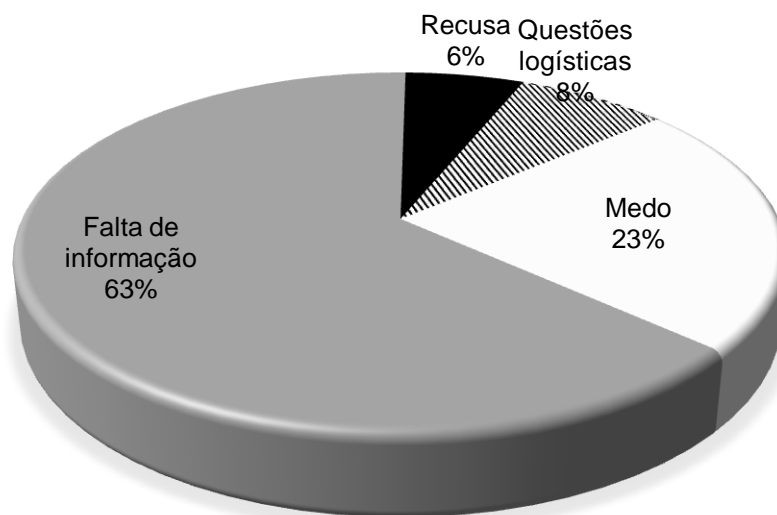


Figura 2. Principais justificativas relatadas pelos pais ou responsáveis para a não vacinação da criança ou adolescente contra o HPV (n=184). Alterosa, 2019.

De acordo com a avaliação do nível de conhecimento dos pais ou responsáveis pelas crianças ou adolescentes, para facilitar a visualização dos dados, as categorias “Concorda”/”Discorda” incluem as respostas “Concordo”/”Discordo” e “Concordo totalmente”/”Discordo totalmente”. A categoria “Neutro” inclui as respostas “Não concordo nem discordo” e “Não sabe / Não quis responder”. O que mais chama atenção em relação ao conhecimento sobre o HPV é que 84,7% (n=160) têm consciência de que o HPV é uma doença sexualmente transmissível, porém, 72,5% (n=137) discordaram quando foi perguntado se ele acredita que a vacina deve ser aplicada somente em adultos. Quando foi questionado se a pessoa concorda ou discorda se o indivíduo sabe quando está contaminado, 46% (n=87) se mantiveram neutros (Tabela 5).

Tabela 5. Nível de conhecimento dos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados sobre vacinação contra o HPV e prevenção (n=189). Alterosa, 2019.

Categoria	Questão	Concorda n (%)	Neutro* n (%)	Discorda n (%)
Conhecimento sobre HPV e prevenção	O HPV pode ser transmitido pelo contato sexual	160 (84,7)	24 (12,7)	5 (2,7)
	A pessoa infectada pelo HPV sabe quando está contaminada	54 (28,6)	87 (46,0)	48 (25,4)
	A vacina contra o HPV deve ser aplicada somente em adultos	26 (13,8)	26 (13,8)	137 (72,5)
	A orientação sobre o uso de preservativos é importante para a prevenção de doenças	172 (91,0)	10 (5,3)	7 (3,7)
	A realização do exame Papanicolau anualmente é importante para a prevenção do câncer	166 (87,8)	10 (5,3)	13 (6,9)

*Neutro: "Não concordo nem discordo" e "Não sabe / Não quis responder".

Para classificar as fontes de informação sobre a vacina contra o HPV, os pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes não vacinados puderam responder mais de uma opção. Todas foram consideradas e aquelas que não estavam descritas nas opções foram assinaladas como “outras”. As opções foram divididas em dois grupos: “saúde” e “outras fontes” conforme mostra a Figura 3.

No grupo “saúde” a fonte de informação mais citada pelos entrevistados foi o agente de saúde (22,2%; n=42) e no segundo grupo, “outras fontes”, a TV foi a mais mencionada (36,5%; n=69).

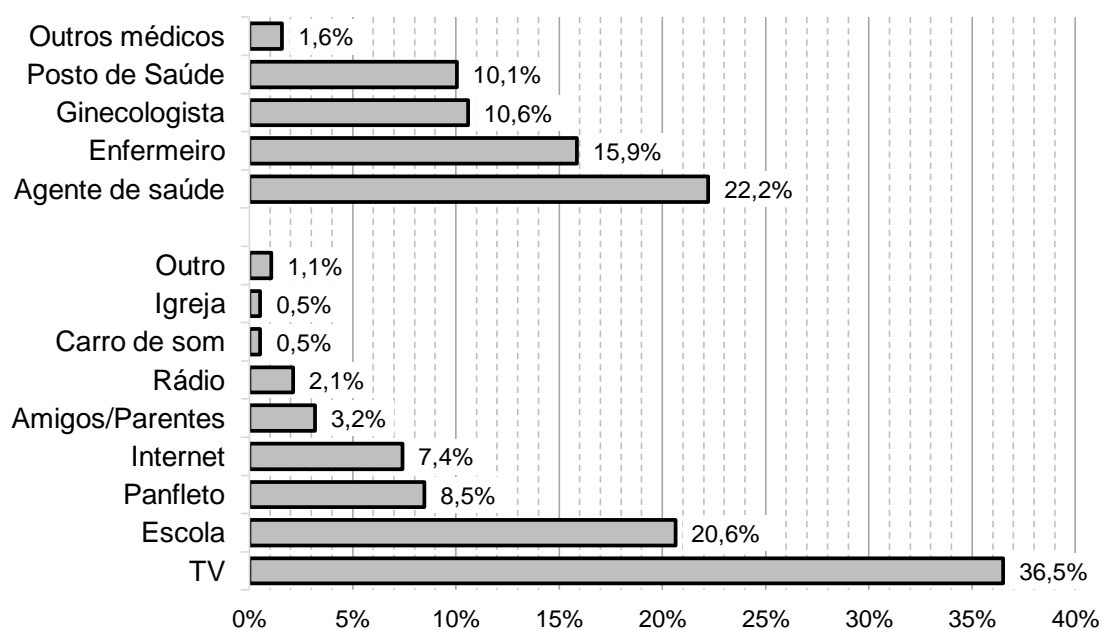


Figura 3. Fontes de informações sobre a vacina do HPV relatada pelos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados (n=189). Alterosa, 2019.

Seguindo o Modelo de Crenças em Saúde, em relação aos benefícios percebidos sobre a vacinação, 16,9% (n=32) não têm confiança em vacinas e 13,2% (n=25) acham que vacinas não são eficazes para prevenir doenças. A maioria dos entrevistados discordou de que não é necessário tomar todas as vacinas (88,9%, n=168) e de que é preferível contrair a doença para obter proteção natural (91,0%, n=172). No domínio benefícios percebidos contra o HPV, 73% (n=138) discordaram da afirmativa “Eu acredito que se receber a vacina contra o HPV, não serei protegido contra câncer cervical” (Tabela 6).

Tabela 6. Convicções dos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados segundo o domínio “Benefícios percebidos” do Modelo de Crenças em Saúde (n=189). Alterosa, 2019.

Categoria	Questão	Concorda n (%)	Neutro* n (%)	Discorda n (%)
Benefícios percebidos das vacinas	Eu não tenho confiança em vacinas	32 (16,9)	13 (6,9)	144 (76,2)
	Vacinas não são eficazes para prevenir doenças	25 (13,2)	14 (7,4)	150 (79,4)
	Não é necessário tomar todas as vacinas	7 (3,7)	14 (7,4)	168 (88,9)
	É preferível contrair a doença para obter proteção natural	8 (4,2)	9 (4,8)	172 (91,0)
Benefícios percebidos da vacina contra o HPV	Eu não considero a vacina contra o HPV segura	19 (10,1)	30 (15,9)	140 (74,1)
	Eu acredito que se receber a vacina contra o HPV, não serei protegido contra câncer cervical	14 (7,4)	37 (19,6)	138 (73,0)
	Eu acredito que se receber a vacina contra o HPV, não serei protegido contra o HPV	8 (4,2)	30 (15,9)	151 (79,9)
	A vacina contra o HPV previne o aparecimento de verrugas genitais (condiloma)	112 (59,3)	69 (36,5)	8 (4,2)
	A vacina contra o HPV previne o câncer cervical	136 (72,0)	39 (20,6)	14 (7,4)

*Neutro: “Não concordo nem discordo” e “Não sabe / Não quis responder”.

Sobre as barreiras percebidas para vacinação, os dados da Tabela 7 apontam que 27,5% (n=52) concordaram que não têm informações suficientes sobre infecções preveníveis com vacinas e 76,2% (n=144) discordaram de que a unidade de vacinação é de difícil acesso. Especificamente sobre a vacina contra o HPV, a principal barreira percebida foi sobre os efeitos colaterais severos, com 21,7% (n=41) concordando que a vacina tem efeitos colaterais severos e apenas 25,9% (n=49) discordando dessa afirmação.

Tabela 7. Convicções dos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados segundo o domínio “Barreiras percebidas” do Modelo de Crenças em Saúde (n=189). Alterosa, 2019.

Categoria	Questão	Concorda n (%)	Neutro* n (%)	Discorda n (%)
Barreiras percebidas para vacinação	Eu não tenho informações suficientes sobre infecções preveníveis com vacinas	52 (27,5)	40 (21,2)	97 (51,3)
	Eu não tenho informações suficientes sobre vacinas	54 (28,6)	33 (17,5)	102 (54,0)
	A unidade de vacinação é de difícil acesso	36 (19,1)	9 (4,8)	144 (76,2)
Barreiras percebidas para vacinação contra o HPV	O pediatra/clínico geral me desencorajou a levar <o adolescente> a tomar a vacina contra HPV	12 (6,4)	11 (5,8)	166 (87,8)
	As redes sociais/ internet me desencorajaram a tomar a vacina contra HPV	20 (10,6)	15 (7,9)	154 (81,5)
	A vacina contra o HPV tem efeitos colaterais severos	41 (21,7)	99 (52,4)	49 (25,9)
	É difícil encontrar a vacina no posto	23 (12,2)	48 (25,4)	118 (62,4)

*Neutro: “Não concordo nem discordo” e “Não sabe / Não quis responder”.

A vulnerabilidade e gravidade percebidas pelos entrevistados está apresentada na Tabela 8, demonstrando que 29,6% (n=56) dos respondentes concordam que a criança/adolescente é muito nova para pensar em doença sexualmente transmissível. 5,8% (n=14) discordaram da afirmativa: o HPV pode causar uma doença grave e 35,5% (n=67) ficaram neutros quando se falou que o HPV pode causar outros tipos de câncer.

Tabela 8. Convicções dos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados segundo os domínios “Vulnerabilidade percebida” e “Gravidade percebida” do Modelo de Crenças em Saúde (n=189). Alterosa, 2019.

Categoria	Questão	Concorda n (%)	Neutro* n (%)	Discorda n (%)
Vulnerabilidade percebida	Acho o <adolescente> muito novo para pensar em doença sexualmente transmissível	56 (29,6)	12 (6,4)	121 (64,0)
	Mulheres podem ser infectados por HPV	175 (92,6)	11 (5,8)	3 (1,6)
	Homens podem ser infectados por HPV	168 (88,9)	17 (9,0)	4 (2,1)
Gravidade percebida	O HPV pode causar uma doença séria	158 (83,6)	20 (10,6)	11 (5,8)
	O câncer cervical pode ser perigoso e levar a morte	176 (93,1)	10 (5,3)	3 (1,6)
	O HPV pode causar outros tipos de câncer	113 (59,8)	67 (35,5)	9 (4,8)

*Neutro: “Não concordo nem discordo” e “Não sabe / Não quis responder”.

De acordo com a Tabela 9, um número expressivo de pais ou responsáveis pelas crianças ou adolescentes do sexo masculino (70,4%) respondeu que os adolescentes não foram vacinados por falta de informação, enquanto 55,8% dos pais das adolescentes do sexo feminino usaram esta mesma justificativa. O medo foi mais representativo para os pais ou responsáveis de meninas, computando 38,8%, todavia, 20,4% dos responsáveis pelos meninos compartilharam deste sentimento.

A falta de informação foi justificada por 69,6% (n=32) dos entrevistados da classe A-B e por 59,2%(n=29) dos entrevistados da classe D-E, no entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre os motivos para a não vacinação por classe social (p=0,908)(Tabela 9).

Tabela 9. Principais motivos para a não vacinação segundo características sociodemográficas da criança ou adolescente, do entrevistado e da família (n=184). Alterosa, 2019.

Características	Falta de informação n (%)	Medo ou Recusa n (%)	Questões logísticas n (%)	p-valor*
Criança/adolescente				
Idade (anos)				
≤ 15 anos	39 (54,9)	24 (33,8)	8 (11,3)	0,258*
16-17 anos	47 (67,4)	20 (28,6)	3 (4,3)	
≥ 18 anos	31 (72,1)	9 (20,9)	3 (7,0)	
Sexo				
Masculino	69 (70,4)	20 (20,4)	9 (9,2)	0,025*
Feminino	48 (55,8)	33 (38,4)	5 (5,8)	
Entrevistado				
Idade				
≤ 40 anos	40 (56,3)	24 (33,8)	7 (9,9)	0,256*
>40 anos	77 (68,1)	29 (25,7)	7 (6,2)	
Parentesco				
Pai/Mãe	105 (63,6)	46 (27,9)	14 (8,5)	0,352
Outro	12 (63,2)	7 (36,8)	0 (0,0)	
Família				
Religião				
Católica	83 (64,3)	37 (28,7)	9 (7,0)	0,586**
Evangélica	26 (60,5)	14 (32,6)	3 (7,0)	
Outra	6 (60,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	
Classe social				
A-B	32 (69,6)	12 (26,1)	2 (4,4)	0,794**
C	52 (61,9)	24 (28,6)	8 (9,5)	
D-E	29 (59,2)	16 (32,7)	4 (8,2)	

* p-valor referente ao teste Qui-quadrado

** p-valor referente ao teste exato de Fisher

As Figuras 4 e 5 ilustram parte das informações já descritas na Tabela 9. A opção de mostrar esses dados em duas formas diferentes foi usada para facilitar a visualização e entendimento dos resultados.

Figura 4. Distribuição dos principais motivos para a não vacinação segundo a classificação socioeconômica da família, de acordo com os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados (n=184). Alterosa, 2019.

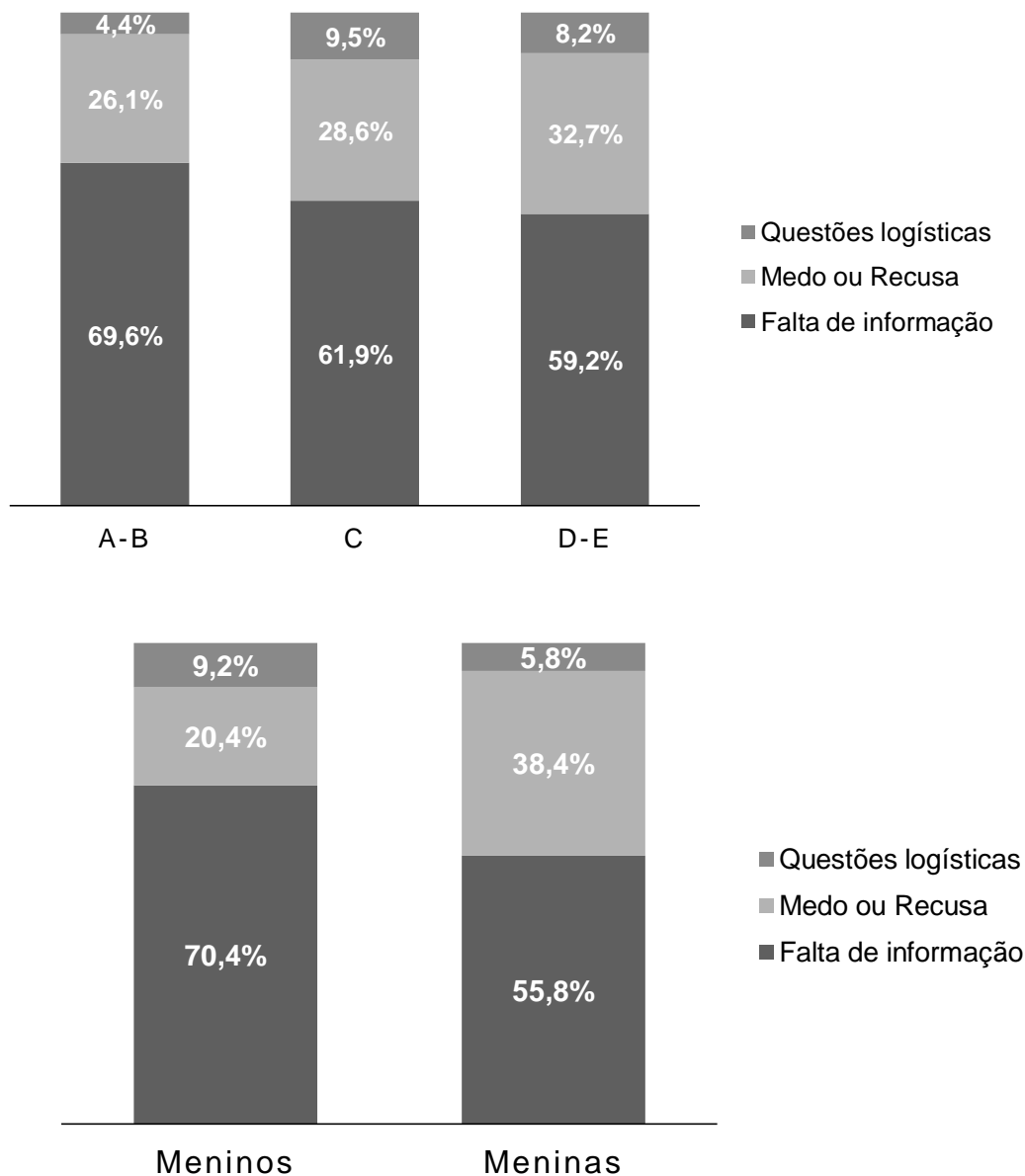


Figura 5. Distribuição dos principais motivos para os pais a não vacinação segundo o sexo da criança ou adolescente não vacinados (n=189). Alterosa, 2019. No grupo dos “meninos” a falta de informação se mostrou mais representativo do que nas “meninas”.

Ao analisar a Tabela 10, o domínio “barreiras percebidas das vacinas” teve uma pontuação com média(dp) de 3,00(0,83), sinalizando uma tendência maior para a recusa vacinal contra o HPV. De maneira oposta, os resultados referentes à prevenção e aos benefícios percebidos das vacinas apresentaram as pontuações mais altas, com médias(dp) de 4,20(0,75) e 4,07(0,82), respectivamente, indicando a adesão à vacina.

Tabela 10. Escores de conhecimento sobre a vacinação contra o HPV e sobre prevenção e dos domínios do Modelo de crenças em saúde (n=189). Alterosa, 2019.

Escores*	Média (dp)*	Mediana
Conhecimento	3,36 (0,78)	3,67
Prevenção	4,20 (0,75)	4,00
Benefícios percebidos das vacinas	4,07 (0,82)	4,00
Benefícios percebidos da vacina contra o HPV	3,66 (0,99)	4,00
Barreiras percebidas das vacinas	3,00 (0,83)	2,67
Barreiras percebidas da vacina contra o HPV	3,41 (0,88)	3,00
Vulnerabilidade percebida	3,88 (0,78)	4,00
Gravidade percebida	3,79 (0,87)	4,00

* Os escores variam de 0 a 5, escores mais baixos refletem maior tendência para recusa vacinal.

As questões sobre conhecimento e prevenção demonstrados na Tabela 11, evidenciam que os respondentes possuem mais compreensão sobre as formas de prevenir-se contra a referida infecção (conforme indica a pontuação mais alta), enquanto as percepções gerais acerca das consequências do HPV se apresentaram com notas mais baixas.

Tabela 11. Escores de conhecimento sobre a vacinação contra o HPV e sobre prevenção de acordo as justificativas para a não vacinação da criança ou adolescente dada pelos participantes (n=184). Alterosa, 2019.

Justificativa para a não vacinação	Conhecimento*		Prevenção*	
	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Mediana
Falta de informação (n=117)	3,36 (0,84)	3,67	4,20 (0,71)	4,00
Medo (n=42)	3,39 (0,55)	3,33	4,18 (0,82)	4,00
Questões logísticas (n=14)	3,28 (0,86)	3,67	4,08 (1,02)	4,00
Recusa (n=11)	3,33 (0,89)	3,67	4,23 (0,72)	4,00
p-valor**		0,939		0,992

* Os escores variam de 0 a 5, escores mais baixos refletem maior tendência para recusa vacinal. ** Teste de Kruskal-Wallis

Os dados das Tabelas 12 a 14 descrevem os escores dos domínios do MCS de acordo com as justificativas dos pais ou responsáveis para a não vacinação da criança ou adolescente. Na Tabela 12, verificou-se que os escores dos benefícios percebidos das vacinas foram mais altos do que os escores dos benefícios percebidos da vacina contra o HPV para qualquer justificativa de não vacinação, apontando que os benefícios foram percebidos para as vacinas em maior escala do que o foram para a vacina contra o HPV. Em relação aos escores benefícios percebidos de acordo com o motivo para a não vacinação, não houve diferença estatisticamente significativa para vacinas, nem para a vacina contra o HPV.

Tabela 12. Escores dos benefícios percebidos de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde segundo os principais motivos para a não vacinação, de acordo com os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados (n=184). Alterosa, 2019.

Justificativa para a não vacinação	Benefícios percebidos das vacinas*		Benefícios percebidos da vacina contra o HPV*	
	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Mediana
Falta de informação (n=117)	4,06 (0,73)	4,00	3,67 (0,98)	4,00
Medo (n=42)	4,02 (1,00)	4,00	3,68 (0,92)	4,00
Questões logísticas (n=14)	4,46 (0,66)	5,00	3,82 (1,01)	4,00
Recusa (n=11)	3,77 (1,19)	4,00	3,24(1,12)	3,00
p-valor**		0,259		0,593

* Os escores variam de 0 a 5, escores mais baixos refletem maior tendência para recusa vacinal. ** Teste de Kruskal-Wallis

Das barreiras percebidas para vacinas e para a vacina contra o HPV, aqueles que justificaram a não vacinação por questões logísticas tiveram pontuação média menor nas barreiras percebidas da vacina contra o HPV do que nas barreiras percebidas para vacinas, assim como aqueles que justificaram a recusa como motivo para não vacinação (Tabela 13).

Tabela 13. Escores das barreiras percebidas de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde segundo os principais motivos para a não vacinação, de acordo com os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados (n=184). Alterosa, 2019.

Justificativa para a não vacinação	Barreira percebida das vacinas*		Barreira percebida da vacina contra o HPV*	
	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Mediana
Falta de informação (n=117)	2,95 (0,78)	2,67	3,44 (0,78)	3,50
Medo (n=42)	3,03 (0,90)	3,00	3,29 (0,91)	3,50
Questões logísticas (n=14)	2,92 (0,89)	2,67	3,21 (1,27)	3,38
Recusa (n=11)	3,18 (0,95)	2,67	3,64 (1,09)	3,75
p-valor**		0,849		0,540

* Os escores variam de 0 a 5, escores mais baixos refletem maior tendência para recusa vacinal. ** Teste de Kruskal-Wallis

Quanto à vulnerabilidade e gravidade percebidas, os escores foram mais altos para aqueles que indicaram as questões logísticas como motivo para não vacinação, indicando a percepção e intenção de vacinar desses entrevistados (Tabela 14).

Tabela 14. Escores da vulnerabilidade e gravidade percebidas de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde segundo os principais motivos para a não vacinação, de acordo com os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes não vacinados (n=184). Alterosa, 2019.

Justificativa para a não vacinação	Vulnerabilidade percebida*		Gravidade percebida*	
	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Mediana
Falta de informação (n=117)	3,83 (0,76)	4,00	3,75 (0,88)	4,00
Medo (n=42)	3,88 (0,92)	4,00	3,74 (0,84)	4,00
Questões logísticas (n=14)	4,31 (0,62)	4,00	4,05 (0,71)	4,00
Recusa (n=11)	3,67 (0,54)	3,67	3,88 (0,97)	4,00
p-valor**		0,093		0,634

* Os escores variam de 0 a 5, escores mais baixos refletem maior tendência para recusa vacinal. ** Teste de Kruskal-Wallis

5. Discussão

Este estudo avaliou dados sobre os pais ou responsáveis por crianças e adolescentes residentes no município de Alterosa-MG que não aderiram à vacinação contra o HPV, suas características sociodemográficas, conhecimentos sobre esta temática e justificativas para a não vacinação. Os principais motivos citados pelos entrevistados para a não adesão a vacinação foram a falta de orientação, seguida de medo, com maior frequência para o medo da picada. Esquecimento e dificuldade de acesso, classificados como “questões logísticas” foram o terceiro motivo mais frequente e a recusa vacinal foi relatada pela minoria dos entrevistados. O sexo da criança ou adolescente foi associado à justificativa para a não vacinação, com frequência maior para medo ou recusa nas meninas se comparado aos meninos.

A falta de informação sobre a vacina e o HPV encontrada como principal justificativa para a não vacinação confirma a literatura mostrando que o conhecimento é insuficiente acerca deste assunto (Soares e Costa, 2015; Patty *et al.*, 2017; Restivo *et al.*, 2018). Estudo semelhante realizado na Itália também encontrou a falta de informação como justificativa mais frequente, seguida do “medo de eventos adversos” (Restivo *et al.*, 2018). No mesmo país, uma pesquisa envolvendo 1738 pais, foi apontado que as principais barreiras à vacinação contra o HPV foram: medo de eventos adversos (80% das famílias) e falta de confiança em uma nova vacina (76%) (Giambi *et al.*, 2014). Em contrapartida, este estudo mostrou que apenas 21,7% dos pais ou responsáveis concorda que a vacina contra o HPV tem efeitos colaterais severos e 16,9% apenas disseram que não têm confiança em vacinas.

No presente estudo, o medo como justificativa para a não vacinação foi frequente e incluiu o medo da picada com maior frequência, seguido pelo medo de efeitos colaterais e medo relacionado às notícias vistas nas redes sociais. Outros estudos também identificaram o medo de efeitos colaterais como justificativa frequente para a não vacinação contra o HPV (Marshall *et al.*, 2007; Zanini *et al.*, 2017). Porém, a indicação por um pediatra pode diminuir consideravelmente a não vacinação por medo (Rey, 1996).

Questões logísticas foram alegadas como motivos pela não adesão a vacinação por apenas 8% dos entrevistados nesse estudo, com maior frequência para as questões pessoais, como o esquecimento e a falta de tempo e baixa frequência nas questões de acesso ao posto de saúde. Aproximadamente metade dos entrevistados respondeu que considera a sala de vacina perto ou muito perto da residência e apenas 1/3 considerou longe ou muito longe. Este resultado se contrapõe aos resultados de outros estudos que justificaram a dificuldade de acesso como motivo para a não vacinação (Ferreira *et al.*, 2017; Restivo *et al.*, 2018). No entanto, a facilidade de acesso na amostra estudada fica evidente pela frequência ao posto de saúde por outros motivos, por exemplo consultas. Este resultado também foi relatado em um estudo realizado em todas as capitais brasileiras incluindo também o Distrito Federal (Kops *et al.*, 2019). De fato, o acesso à sala de vacinação não é dificultado, visto que a sala de vacina no município de Alterosa fica localizada dentro dos postos de saúde.

Em relação aos fatores que podem estar associados aos principais motivos para a não vacinação, verificamos que o sexo do adolescente tem relação com a justificativa dada pelos pais ou responsáveis, com o medo ou recusa mais frequente para os pais de meninas (38,4%) do que para pais de meninos (20,4%). Esse percentual mais elevado de recusa para as meninas pode ser explicado pela idade mais precoce recomendada para o início da vacinação e por questões culturais ligadas à sexualidade. Nesse mesmo sentido, estudo publicado na Suécia, constatou que pais que mostraram resistência para autorizar sua filha a receber a vacina contra o HPV preferiram esperar até que ela adquirisse mais idade (Grandahl *et al.*, 2014).

A falta de informação é a justificativa mais frequentemente encontrada em vários estudos (Grandahl *et al.*, 2018; Patty *et al.*, 2017; Restivo *et al.*, 2018). A maior frequência dessa justificativa para os pais ou responsáveis por meninos se deve provavelmente ao fato da vacina contra o HPV ter sido introduzida no calendário básico de vacinação três anos mais tarde em relação às meninas. O poder de persuasão dos profissionais de saúde envolvidos poderiam ser uma alternativa para o aumento da cobertura vacinal. No entanto,

esta ferramenta vem sendo pouco utilizada, uma vez que os respondentes frequentam o posto de saúde, onde está localizada a sala de vacinação.

Na avaliação dos motivos para a não vacinação por classe social, a falta de informação foi justificada por grande parte dos entrevistados da classe A-B e um por um percentual semelhante dos entrevistados da classe D-E, no entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre os motivos para a não vacinação por classe social.

O nível de conhecimento dos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes não vacinados sobre vacinação contra o HPV e prevenção do HPV foi bem avaliado, pois, grande parte dos respondentes concordaram com a afirmativa que o HPV é transmitido pelo contato sexual, que é importante realizar o Papanicolau anualmente para a prevenção do câncer e sobre a importância da orientação sobre o uso de preservativos. Quando foi perguntado se a vacina deve ser aplicada somente em adultos este grupo apresentou percentuais de respostas semelhantes para as opções dadas (concorda, neutro, discorda). De modo semelhante, um levantamento realizado com mulheres italianas realizado por Lee (2017) mostrou que os participantes do estudo tinham mais conhecimento sobre as doenças associadas ao HPV, mas menos conhecimento sobre vacinas (Lee e Garland, 2017).

Com relação às fontes de informação, os Agentes Comunitários de Saúde e a TV se mostraram com bastante representatividade entre os participantes da pesquisa. Um estudo realizado em Campinas, com usuários do SUS, confirma este resultado, apontando que a principal fonte de informação citada foi a mídia e profissionais da saúde (Osis, Duarte e Sousa, 2014). Uma proposta para aumentar a cobertura de vacinação, de acordo com o Centers for Disease Control and Prevention, seria a criação de políticas públicas mais tolerantes quanto ao atraso na vacinação e ampliação das idades indicadas pelo Ministério da Saúde.

Sobre o Modelo de Crenças em Saúde, em relação aos benefícios percebidos sobre a vacinação, 16,9% não têm confiança em vacinas e 13,2% acham que vacinas não são eficazes para prevenir doenças. A maioria dos entrevistados discordou (88,9%; n=168) que não é necessário tomar todas as vacinas e que é preferível contrair a doença para obter proteção natural.

Apesar de existirem muitas fontes de informação, um estudo realizado com jovens mostra que o conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis apresenta lacunas que, conseqüentemente, gera concepções errôneas e tabus, prejudicando a adoção de comportamentos adequados para a prevenção em saúde (Santos, 2011).

No domínio benefícios percebidos da vacinação contra o HPV, grande parte discordou da afirmativa “Eu acredito que se receber a vacina contra o HPV, não serei protegido contra câncer cervical”. Um trabalho apresentado em 1984, classificou as vacinas como nível de muita importância dentro da população estudada, apontando que as mães percebem benefícios resultantes da aplicação das vacinas (Ferreira, 1984). Para Rosenstock (1974), os eventos motivadores funcionam como a força capaz de direcionar a ação preventiva (Rosenstock, 1974).

Em relação à vulnerabilidade e gravidade percebidas de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde segundo os principais motivos para a não vacinação, aproximadamente 30% concordaram que a criança/adolescente é muito nova para pensar em doença sexualmente transmissível. Por outro lado, 93,1% concordaram com a afirmativa que o câncer de colo de útero pode ser perigoso e levar a morte enquanto aproximadamente 60% concordaram e 35% ficaram neutras quando se falou que o HPV pode causar outros tipos de câncer. Outro resultado encontrado, Horvath (2018) descreveu que os participantes de seu estudo não reconhecem a associação entre câncer de esôfago e HPV (Horvath *et al.*, 2018). Nossos resultados são semelhantes ao estudo de Ferreira (1984), que concluiu que a maior parte de seus entrevistados consideram a gravidade de doenças imunopreveníveis (Ferreira, 1984). Krawczyk (2015), em sua pesquisa, mostrou que uma pequena parcela dos entrevistados questionou a real gravidade da infecção por HPV, sinalizando uma provável recusa, enquanto um número maior respondeu que suas filhas não eram susceptíveis a tal infecção (Krawczyk, Knäuper, *et al.*, 2015).

A diferença entre o número inicialmente estimado (n=900) e a amostra estudada (n=189) comprova que o número de crianças e adolescentes

vacinados foi acima do esperado. No entanto, verificou-se que a população de estudo inicialmente estimada foi menor do que o esperado ($n=406$) devido à falta de alimentação do SI-PNI, gerando uma diferença de 18,1% entre os registrados e aqueles efetivamente vacinados, minimizando esta diferença. Vale ressaltar que uma equipe de entrevistadores foi treinada com a finalidade de padronizar o roteiro da entrevista e garantir que, quando declarado que a criança ou adolescente já havia sido vacinado, essa informação foi checada pela apresentação de cartão de vacinação ou pelo registro na sala de vacina do município.

Uma limitação do estudo foi o uso de dados secundários para localizar os entrevistados e, como o objetivo era estudar os motivos da não vacinação contra o HPV, não foi realizado um censo de vacinados e de não vacinados. A porcentagem de não encontrados para fazer a entrevista, totalizada em 46,8%, que poderia implicar em um possível viés de seleção está dentro do esperado para um estudo transversal com busca ativa (Ebert *et al.*, 2018). Vale ressaltar que a economia do município baseia-se na agricultura que eleva a taxa de imigração em época de safra, justificando a porcentagem de pessoas (22,4%; $n=91$) que não residem mais no município.

Outra limitação do estudo se refere ao possível viés recordatório, uma vez que foi investigado o motivo da não vacinação em momento passado. No entanto, o questionário foi estruturado para introduzir o tema e estimular a memória sobre o assunto, que se mostrou, também, como limitação do estudo, pois não foi utilizado questionário validado. De nosso conhecimento, quando o projeto do presente estudo foi elaborado, não havia questionário validado para esta finalidade. Em 2018 um estudo abrangente, com validação de um questionário foi encontrado, no entanto este questionário é direcionado a adolescentes e jovens de 16 a 25 anos (Hohenberger *et al.*, 2019; Horvath *et al.*, 2018; Wendland *et al.*, 2018).

Um viés neurológico foi detectado na entrevista, quando solicitado para o entrevistado responder se concorda ou não (MCS) com algumas questões que são negativas (dupla negativa). Este “discordar do não” podia causar desentendimento por parte do sujeito da pesquisa. O questionário aplicado em visitas domiciliares por entrevistadores devidamente treinados pode ser

considerado um diferencial do presente trabalho no sentido de minimizar este viés.

Durante o período de coleta de dados, houve um desafio para chegar até a zona rural, pois, além da equipe de entrevistadores não possuir meios de transporte para exercer esta atividade, Minas Gerais enfrentou uma temporada de enchentes, o que impossibilitou, por um período, a sequência das entrevistas.

Poucos estudos foram realizados no Brasil para identificar os motivos da não vacinação contra o HPV e, por este motivo se faz necessário novas publicações para abordar o tema de forma mais ampla nas diferentes regiões e apresentar soluções mais assertivas para esta falha nas campanhas de vacinação contra o HPV.

6. Conclusão

Por ser um município que possui 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, Alterosa-MG atinge um percentual baixo de vacinação contra HPV. Apesar disso, o público-alvo não vacinado é superestimado pois foi detectada falha no processo de registro no SI-PNI, visto que neste estudo encontramos um percentual de crianças e adolescentes vacinados muito acima do esperado.

O sexo da criança ou do adolescente está associado ao motivo da não vacinação, pois as respostas “medo” e a recusa dos pais ou responsáveis pelas meninas foi maior do que dos meninos. Portanto, deve ser realizado um trabalho de intensificação para que os profissionais encorajem os pais ou responsáveis a vacinarem as crianças e adolescentes, além disso, dissociar a referida vacina do início da atividade sexual. É preciso também um trabalho intenso para a qualificação desses profissionais de saúde, enquanto fontes de informação, para que o público alvo seja atingido de forma efetiva nas campanhas de vacinação contra o HPV.

7. Referências

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 16/04/2018. . 2018, p. 6.
- Aurélio - Dicio, Dicionário Online de Português.** Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/aurelio-2/>>. Acesso em: 1 mar. 2020.
- BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T. Decision-making on childhood vaccination by highly educated parents. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. October, p. 18, 2015.
- BOWDEN, M.; YAUN, J.; BAGGA, B. Improving Human Papilloma Virus vaccination rates. **Pediatric Quality and Safety**, v. 2, n. 6, p. e048, jul. 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO. **Calendário Nacional de Vacinação.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>>. Acesso em: 16 out. 2019.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; DATASUS. **SI-PNI Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização.** Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/consulta_hpv_15_C26.php>. Acesso em: 21 fev. 2020.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PNI - Referência mundial. *In*: **Programa Nacional de Imunizações - 30 anos.** Brasília-DF: [s.n.]. p. 9–55.
- BRUNI, L. *et al.* Human Papillomavirus and related diseases in Brazil. **ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre)**, n. Summary Report 17 June 2019, p. 75, 2018.
- _____. Human Papillomavirus and related diseases in the world. **ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre)**, n. Summary Report 17 June 2019, p. 306, 2019.
- CHIANG, E. D. D. O. *et al.* “Those who love, vaccinate”: Parental perceptions of HPV vaccination. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p.

341–350, 25 out. 2015.

CIRILO, C. A.; BARBOSA, A. S. A. A.; ZAMBRANO, É. Level of behavior and knowledge concerning human papillomavirus among university students of a nursing college. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 4, p. 362–366, ago. 2010.

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 105–114, jan. 2015.

COVOLO, L. *et al.* What arguments on vaccinations run through YouTube videos in Italy? A content analysis. **Human Vaccines and Immunotherapeutics**, v. 13, n. 7, p. 1693–1699, 2017.

DOORBAR, J. *et al.* The biology and life-cycle of human papillomaviruses. **Vaccine**, v. 30, n. SUPPL.5, p. F55–F70, 20 nov. 2012.

DUBÉ, E. *et al.* Vaccine hesitancy: An overview. **Human Vaccines and Immunotherapeutics**, v. 9, n. 8, p. 1763–1773, 8 ago. 2013.

EBERT, J. F. *et al.* Paper-or web-based questionnaire invitations as a method for data collection: Cross-sectional comparative study of differences in response rate, completeness of data, and financial cost. **Journal of Medical Internet Research**, v. 20, n. 1, p. 1–13, 2018.

FEINBERG, Y. *et al.* Understanding Public Perceptions of the HPV Vaccination Based on Online Comments to Canadian News Articles. **Plos One**, v. 10, n. 6, p. e0129587, 8 jun. 2015.

FERLAY, J. *et al.* Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. **International Journal of Cancer**, v. 144, n. 8, p. 1–13, 6 dez. 2018.

FERREIRA, A. V. *et al.* Acesso à sala de vacinas da Estratégia Saúde da Família: Aspectos organizacionais. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3869–77, 2017.

FERREIRA, S. L. Crenças das mães em relação à vacinação. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 37, n. 2, p. 109–115, jun. 1984.

- 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**, v. 8, n. 4, p. e62647, 24 abr. 2013.
- GARLAND, S. M. *et al.* Final analysis of a study assessing genital human papillomavirus genoprevalence in young Australian women, following eight years of a national vaccination program. **Vaccine**, v. 36, n. 23, p. 3221–3230, 31 maio 2018.
- GIAMBI, C. *et al.* Exploring reasons for non-vaccination against human papillomavirus in Italy. **BMC Infectious Diseases**, v. 14, n. 1, p. 1–9, 2014.
- GRANDAHL, M. *et al.* Not the right time: Why parents refuse to let their daughters have the human papillomavirus vaccination. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics**, v. 103, n. 4, p. 436–441, 1 abr. 2014.
- _____. To Consent or Decline HPV Vaccination: A Pilot Study at the Start of the National School-Based Vaccination Program in Sweden. **Journal of School Health**, v. 87, n. 1, p. 62–70, 1 jan. 2017.
- _____. Parents' knowledge, beliefs, and acceptance of the HPV vaccination in relation to their socio-demographics and religious beliefs: A cross-sectional study in Thailand. **PLoS ONE**, v. 13, n. 2, p. e0193054, 15 fev. 2018.
- GUALANO, M. R. *et al.* Cross sectional study investigating the differences in knowledge and behaviors about HPV between vaccinated and non-vaccinated girls. **Journal of preventive medicine and hygiene**, v. 57, n. 3, p. E121–E127, 2016.
- HOHENBERGER, G. F. *et al.* Percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde como participantes de uma pesquisa nacional sobre HPV: um relato de experiência*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 3, nov. 2019.
- HORVATH, J. D. C. C. *et al.* Human papillomavirus knowledge, beliefs, and behaviors: A questionnaire adaptation. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 230, p. 103–108, 1 nov. 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico**. Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/default_indicadores_sociais_municipais.shtm>. Acesso em: 31 jan. 2019.

JURASKOVA, I. *et al.* HPV vaccine promotion: Does referring to both cervical cancer and genital warts affect intended and actual vaccination behavior?

Women's Health Issues, v. 21, n. 1, p. 71–79, jan. 2011.

KOPS, N. L. *et al.* Knowledge about HPV and vaccination among young adult men and women: Results of a national survey. **Papillomavirus Research**, v. 7, n. December 2018, p. 123–128, jun. 2019.

KRAWCZYK, A.; KNÄUPER, B.; *et al.* Parents' decision-making about the human papillomavirus vaccine for their daughters: I. quantitative results.

Human Vaccines and Immunotherapeutics, v. 11, n. 2, p. 322–329, 18 fev. 2015.

KRAWCZYK, A.; PEREZ, S.; *et al.* Parents' decision-making about the human papillomavirus vaccine for their daughters: II. qualitative results. **Human**

Vaccines and Immunotherapeutics, v. 11, n. 2, p. 330–336, 18 fev. 2015.

LEE, L.; GARLAND, S. M. Human papillomavirus vaccination: the population impact. **F1000Research**, v. 6, n. 0, p. 866, 12 jun. 2017.

LINDLEY, M. C. *et al.* Comparing human papillomavirus vaccine knowledge and intentions among parents of boys and girls. **Human Vaccines and Immunotherapeutics**, v. 12, n. 6, p. 1519–1527, 2016.

MACDONALD, N. E.; SAGE WORKING GROUP ON VACCINE HESITANCY. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4161–4, 14 ago. 2015.

MALAGÓN, T.; LAURIE, C.; FRANCO, E. L. **Human papillomavirus vaccination and the role of herd effects in future cancer control planning: a review** *Expert Review of Vaccines* Taylor & Francis, , 4 maio 2018.

Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14760584.2018.1471986>>.

Acesso em: 25 jan. 2019

MARKOWITZ, L. E. *et al.* Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence

among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003-2010. **Journal of Infectious Diseases**, v. 208, n. 3, p. 385–393, 1 ago. 2013.

MARSHALL, H. *et al.* A cross-sectional survey to assess community attitudes to introduction of human papillomavirus vaccine. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 31, n. 3, p. 235–242, jun. 2007.

MINISTERIO DA SAÚDE. Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Manual Técnico. Profissionais de Saúde. **Ministério da Saúde**, p. 17, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE *et al.* **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada)**. Brasília-DF: [s.n.]. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-Tecnico-HPV-MENINGITE.pdf>>.

_____. **Cresce 18% número de casos de sarampo no Brasil**. Disponível em: <<http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45750-cresce-18-numero-de-casos-de-sarampo-no-brasil>>. Acesso em: 2 dez. 2019.

MOREIRA, A. K. DE F.; SANTOS, Z. M. DE S. A.; CAETANO, J. A. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 989–1006, 2009.

MOURA, L. DE L.; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. RIO DE JANEIRO, R. B. **Cobertura vacinal contra o Papilomavírus Humano (HPV) em meninas e adolescentes no Brasil: análise por coortes de nascimentos**. [s.l.: s.n.].

MUHWESI, W. W. *et al.* Parents' Knowledge, Risk Perception and Willingness to Allow Young Males to Receive Human Papillomavirus (HPV) Vaccines in Uganda. **PLoS ONE**, v. 9, n. 9, p. e106686, 9 set. 2014.

MUÑOZ, N. *et al.* Epidemiologic classification of Human Papillomavirus types associated with cervical cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 348, n. 6, p. 518–527, 6 fev. 2003.

NAVARRO-ILLANA, P. *et al.* Aceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano en madres de la provincia de Valencia (España). **Anales de**

Pediatria, v. 83, n. 5, p. 318–327, 1 nov. 2015.

NUNES, D. M. *et al.* Inquérito da cobertura vacinal de tríplice bacteriana e tríplice viral e fatores associados à não vacinação em Santa Maria, Distrito Federal, Brasil, 2012. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 9, n. 1, p. 9–17, mar. 2018.

OLIVE, J. K. *et al.* The state of the antivaccine movement in the United States: A focused examination of nonmedical exemptions in states and counties. **PLOS Medicine**, v. 15, n. 6, p. e1002578, 12 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019**. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875>.

Acesso em: 1 maio. 2019.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; SOUSA, M. H. DE. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 123–133, fev. 2014.

PATTY, N. J. S. S. *et al.* To vaccinate or not to vaccinate? Perspectives on HPV vaccination among girls, boys, and parents in the Netherlands: A Q-methodological study. **BMC public health**, v. 17, n. 1, p. 872, 7 nov. 2017.

PHADKE, V. K. *et al.* Association between vaccine refusal and vaccine-preventable diseases in the United States. **JAMA**, v. 315, n. 11, p. 1149, 15 mar. 2016.

RESTIVO, V. *et al.* Factors Associated with HPV Vaccine Refusal among Young Adult Women after Ten Years of Vaccine Implementation. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 4, p. 770, 17 abr. 2018.

REY, L. C. Oportunidades perdidas de vacinação em um hospital infantil de Fortaleza. **Jornal de Pediatria**, v. 72, n. 1, p. 9–13, 1996.

RIBEIRO, R. Revista da Vacina. **Ministério da Saúde - Centro Cultural da Saúde**, n. Iv, p. 10–11, 2017.

ROCHA WOYCICKI, J. **PNI-Programa Nacional de Imunizações Boletim Informativo Vacinação contra HPV Novembro de 2016** Ministérios da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis-DEVIT Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações-CGPNI. [s.l: s.n.]. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/c>>. Acesso em: 31 out. 2019.

ROSENSTOCK, I. M. The Health Belief Model and preventive health behavior. **Health Education Monographs**, v. 2, n. 4, p. 354–386, dez. 1974.

SANCHES, S. H. D. F. N.; CAVALCANTI, A. E. L. W. [The right to health in the information society: fake news and its impacts on vaccination]. **Revista Jurídica**, v. 53, n. 4, p. 448–466, out. 2018.

SANTOS, A.; KISLAYA, I.; NUNES, B. Modelo de crenças em saúde na decisão da toma da vacina antigripal. **Boletim Epidemiológico do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge**, v. 11, n. 2, p. 5–6, 2015.

SANTOS, M. J. DOS. **Modelo de crenças de saúde e vulnerabilidade dos jovens ao HPV** Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica. **Anais...2011** Disponível em:

<http://chtmad.com/trabalhos/encontros_cientificos/csm/2/csm_artigo02.pdf>

SATO, A. P. S. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 96, 22 nov. 2018.

SAULLE, R. *et al.* Validation of a questionnaire for young women to assess knowledge, attitudes and behaviors towards cervical screening and vaccination against HPV in Italy. **Epidemiology Biostatistics and Public Health**, v. 11, n. 2, p. 1–12, 2014.

SHIMIZU, N. R. Movimento antivacina: a memória funcionando no/pelo (per)curso dos sentidos e dos sujeitos na sociedade e-urbana. **Revista do Encontro de Divulgação de Ciência e Cultura (Edicc)**, v. 5, n. 5, p. 87–97, out. 2018.

SOARES, M. A. D.; COSTA, U. F. F. E. DE E. A. DE A. O conhecimento dos acadêmicos de Enfermagem acerca das medidas preventivas do HPV junto à

população feminina. 2015.

SUCCI, R. C. DE M. **Vaccine refusal – what we need to know** *Jornal de Pediatria* Elsevier, , 1 nov. 2018. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553618300922>>.

Acesso em: 13 abr. 2019

TERTULIANO, G. C.; STEIN, A. T. Atraso vacinal e seus determinantes: Um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 523–530, fev. 2011.

TOBIAS, G. C.; IWAMOTO, K. O. F. I.; TEIXEIRA, L. M. B. Estratégia de vacinação contra HPV. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 5282, 17 dez. 2017.

WARD, J. K.; PERETTI-WATEL, P.; VERGER, P. Vaccine criticism on the internet: Propositions for future research. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 12, n. 7, p. 1–6, 22 fev. 2016.

WENDLAND, E. M. *et al.* POP-Brazil study protocol: a nationwide cross-sectional evaluation of the prevalence and genotype distribution of human papillomavirus (HPV) in Brazil. **BMJ Open**, v. 8, n. 6, p. e021170, 7 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Human Papillomavirus (HPV) and cervical cancer**. Disponível em: <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)>. Acesso em: 11 maio. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; STRATEGIC ADVISORY GROUP OF EXPERTS ON VACCINE HESITANCY. **Report of the SAGE Working Group on vaccine hesitancy**. Geneva, Switzerland: [s.n.]. Disponível em: <https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf>. Acesso em: 3 set. 2019.

YU, Y. *et al.* Human Papillomavirus Infection and Vaccination: Awareness and Knowledge of HPV and Acceptability of HPV Vaccine among Mothers of Teenage Daughters in Weihai, Shandong, China. **PLOS ONE**, v. 11, n. 1, p. e0146741, 14 jan. 2016.

ZANINI, N. V. *et al.* Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus

Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR.
Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 12, n. 39, p. 1–
13, 3 out. 2017.

ZARDO, G. P. *et al.* [Vaccines as an agent for immunization against HPV].
Ciencia & saude coletiva, v. 19, n. 9, p. 3799–808, set. 2014.

APÊNDICE A – Questionário destinado aos pais ou responsáveis pelas crianças e/ou adolescentes não vacinados contra HPV

ID: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Ficha de identificação do adolescente

Nome: _____ CNS: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

SEXO: F M

Nome do pai: _____

Nome da mãe: _____

Ficha de identificação do entrevistado

Nome: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ SEXO: F M

Nº de moradores na residência: _____ Telefone: (____) _____

Grau de parentesco com o adolescente: Pai / Mãe Avô / Avó Irmão / Irmã
 Tio / Tia Outro: _____

1. O(a) <adolescente> está com as vacinas em dia?
 Sim Não Não sei / Não tenho certeza

2. O(a) Sr(a) tem o cartão de vacina do <adolescente> em casa? Sim Não **(Pule para Q4)**

3. **(Se sim)** O(a) Sr(a) pode pegar o cartão de vacinas dele(a)?
 Trouxe o cartão Não achou o cartão **(Pule para Q4)**

Preencher de acordo com o cartão. Marcar com um X as vacinas que o adolescente tomou.

Se já tomou a 1ª dose da vacina contra o HPV encerre a entrevista. HPV: Sim

BCG	Hep B	Penta/DTP	VIP/VOP	PNM10	Rotav.	MMC	FA	Hep A	TV	Tetrav.	Varicela

4. O adolescente não tomou a vacina contra o HPV. Qual o principal motivo dele não ter tomado?
(Esperar as respostas, não ler as opções, se responder mais de um marcar todos os citados)

<input type="checkbox"/> Medo da picada	<input type="checkbox"/> Medo dos efeitos colaterais
<input type="checkbox"/> Medo das notícias que viu nas redes sociais	<input type="checkbox"/> Religião não permite
<input type="checkbox"/> Não houve orientação pelo profissional de saúde	<input type="checkbox"/> Ainda não tive tempo
<input type="checkbox"/> Tentei, mas a sala de vacina estava fechada	<input type="checkbox"/> O horário da sala de vacina é muito restrito
<input type="checkbox"/> O(a) adolescente recusou	<input type="checkbox"/> Ele (a) ainda é muito novo
<input type="checkbox"/> Ele (a) ainda não tem vida sexual ativa	<input type="checkbox"/> Eu não acredito nessa vacina
<input type="checkbox"/> Não fiquei sabendo dessa vacina	<input type="checkbox"/> Outros: _____

5. O (a) Sr (a) foi ao posto de saúde no ano de 2018? Sim Não **(Pule para Q7)**

1. Discorda totalmente. 2. Discorda. 3. Não discorda nem concorda. 4. Concorda ou 5. Concorda totalmente.
 (Se "Não sabe" ou "Não quis responder" assinale 9)

O HPV pode ser transmitido pelo contato sexual	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
A pessoa infectada pelo HPV sabe quando está contaminada	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
O HPV pode causar outros tipos de câncer	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
A vacina contra o HPV tem efeitos colaterais severos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
É difícil encontrar a vacina no posto	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
O <adolescente> tem medo de agulhas	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
A vacina contra o HPV previne o aparecimento de verrugas genitais (condiloma)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
A vacina contra o HPV previne o câncer cervical	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
A orientação sobre o uso de preservativos é importante para a prevenção de doenças	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
Acho o <adolescente> muito novo, para pensar em doença sexualmente transmissível	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
A realização do exame Papanicolau anualmente é importante para a prevenção do câncer	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>
A vacina contra o HPV deve ser aplicada somente em adultos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/>

8. O(a) Sr(a) tem medo de desenvolver algum tipo de câncer? Sim Não Não sei

9. O(a) Sr(a) tem medo que o <adolescente> desenvolva algum tipo de câncer?
 Sim Não Não sei

10. (Se for menina) A adolescente já fez a primeira consulta ao ginecologista?
 Sim Não Não sei / Não lembro

11. O(a) <adolescente> tem vida sexual ativa?
 Sim Não Não sei Prefiro não responder

12. Qual é a sala de vacinação mais perto da sua casa? _____

13. Como o(a) Sr(a) classifica a distância entre a sala de vacina até a sua residência?
 Muito perto Perto Nem perto nem longe Longe Muito Longe

14. O(a) Sr(a) acha que o <adolescente> tem algum receio de tomar vacina? Sim Não (Vá p/ Q16)

15. Quais receios? (Marque todas as opções citadas)

<input type="checkbox"/> Dor da picada	<input type="checkbox"/> Ficar com dor no local	<input type="checkbox"/> Desmaiar	<input type="checkbox"/> Febre
<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Queda de pressão arterial	<input type="checkbox"/> Coceira	<input type="checkbox"/> Mal estar
<input type="checkbox"/> Outros: _____			

16. O(a) Sr(a) já ouviu orientações sobre a vacina contra HPV?
 Sim Não (Pule para Q18) Não sei / Não lembro (Pule para Q18)

17. Aonde o(a) Sr(a) ouviu essas orientações? (Marque todos as opções citadas)

- Ginecologista TV Rádio Igreja
 Enfermeiro Agente Comunitário de Saúde Internet/ redes sociais
 Escola Faculdade Amigos/Parentes
 Carro de som Panfleto Posto de Saúde Médicos
 Outros: _____

⇒ Agora vou fazer algumas perguntas sobre as condições sociais e econômicas de vocês.

18. Qual a sua religião? Católico Espírita Evangélico Umbanda
 Candomblé Nenhuma Outra _____

19. Você se considera praticante? Sim Não

20. A água utilizada neste domicílio é proveniente de? (Assinale uma opção)

- Rede geral de distribuição (água encanada) Poço ou nascente Outro meio

21. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

- Asfaltada/Pavimentada Terra/Cascalho

22. Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual

1	Analfabeto / Fundamental I incompleto
2	Fund. I completo / Fund. II incompleto
3	Fund. completo / Médio incompleto
4	Médio completo / Superior incompleto
5	Superior completo

Nomenclatura anterior

Analfabeto/Primário Incompleto
Primário Completo/Ginásio Incompleto
Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior Completo

Todos os itens de eletroeletrônicos que são citados devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses. Vamos começar? No domicílio tem:

ITENS DE CONFORTO	Quantidade que possui				
	0	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de banheiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de geladeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops/notebooks e netbooks. <u>Desconsidere</u> tablets e smartphones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de lavadora de louças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de fornos de micro-ondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE B – Manual de orientação ao entrevistador

MANUAL DO ENTREVISTADOR

COMO SE RELACIONAR COM OS RESPONSÁVEIS PELOS ADOLESCENTES SELECIONADOS PARA ESTE ESTUDO

INTRODUÇÃO

Este manual contém informações sobre como um entrevistador deve se portar antes, durante e após uma entrevista domiciliar para coleta de dados de uma dissertação intitulada: "Vacinação contra *Human Papillomavirus* (HPV): Índice de faltosos e suas justificativas na população de Alterosa-MG".

Conceitos pré-estabelecidos devem ser abandonados para não influenciar a coleta de dados. É dever do entrevistador posicionar-se de forma neutra e seguir rigorosamente todas as instruções dadas no treinamento realizado previamente e descrito neste guia.

1. O PAPEL DO PESQUISADOR DE CAMPO

O papel do pesquisador de campo é de extrema importância para a realização da pesquisa, considerando que todos os dados utilizados para as análises posteriores serão obtidas por meio de registros durante as entrevistas. O entrevistador deve ter consciência da relevância do seu trabalho e a seriedade de sua postura para o sucesso da pesquisa.

As pessoas que serão entrevistadas com a finalidade de fornecer dados para a realização desta pesquisa devem ser abordadas de forma respeitosa e discreta, pois além de contribuir para a conclusão deste estudo fornecendo dados importantes, estão disponibilizando seu tempo e a sua casa.

É importante ressaltar que o entrevistador mantenha uma relação amistosa e respeitosa durante o preenchimento do questionário, desde a apresentação até o encerramento da entrevista.

Calma e paciência são requisitos básicos para uma coleta de dados suficientes e de qualidade, com informações fidedignas para que os objetivos da pesquisa sejam alcançados. Eventuais dúvidas surgirão, desta forma é preciso esclarecê-las para que não existam pendências.

Serão apresentadas de forma clara as orientações sobre o questionário. É importante que o entrevistador tenha conhecimento sobre as perguntas que serão feitas e preencha corretamente todas as questões contidas no questionário. Redigir os campos com letra legível é imprescindível, caso a pesquisadora não compreenda o que foi escrito, a mesma entrará em contato com o entrevistador responsável para que a entrevista seja refeita.

Ao final de cada entrevista, o entrevistador deverá revisar a entrevista, observando se realmente estão preenchidas todas as questões, antes de se despedir e de deixar a residência da pessoa selecionada.

2. QUEM SÃO OS ADULTOS SELECIONADOS PARA ESTE ESTUDO?

Os adultos foram selecionados através do e-SUS e busca ativa em sala de vacina do município de Alterosa-MG. Foram incluídos os responsáveis pelos adolescentes que não tomaram a primeira dose da vacina contra Papilomavírus Humano e desta forma, identificados seus respectivos endereços.

3. COMO ORGANIZAR O TRABALHO DE CAMPO

Através de uma pré-seleção de alunos do Instituto Federal do Sul de Minas com bom desempenho durante o curso, serão entrevistados para fazer uma filtragem e eleger àqueles que tem melhor perfil para a função de entrevistador.

Os entrevistadores escolhidos receberão um envelope contendo os questionários e este manual para sanar eventuais dúvidas. Este material permanecerá sob responsabilidade dos entrevistadores que deverão ser entregues no tempo estipulado para a responsável pela pesquisa (de acordo com o cronograma apresentado no dia do treinamento).

Sempre que houver dificuldades ou eventuais dúvidas durante a coleta de dados, os entrevistadores deverão entrar em contato via telefone ou aplicativos de mensagens com a pesquisadora.

É vedada a cópia de qualquer item relacionado ao questionário, contendo informações do paciente ou entrevistado.

4. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE ENTREVISTADORES

4.1. TREINAMENTO E ENTREGA DO MATERIAL

A equipe receberá um envelope contendo:

- # 1 Manual do Entrevistador impresso
- # 100 questionários impressos
- # 1 prancheta
- # 1 caneta

Os entrevistadores deverão certificar-se de que conhecem bem cada parte do questionário antes de aplicá-lo. Todas as dúvidas que porventura estiverem relacionadas a alguma pergunta ou forma de preenchimento, deverão ser esclarecidas durante o treinamento ou antes de irem a campo para que possam esclarecer aos indivíduos das dúvidas que possam surgir.

No momento em que receberem o envelope contendo o material, o entrevistador deverá conferir o conteúdo e se faltar algum item, entrar em contato com a pesquisadora a fim de fornecer completamente o material necessário para a realização da entrevista.

4.2. ABORDAGEM DO ENTREVISTADO

Ao chegar no endereço da pessoa a ser entrevistada, o entrevistador deverá se identificar, deixar claro que é aluno do curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal do Sul de Minas-Campus Alterosa, que está contribuindo com uma pesquisa sobre imunização realizada por uma aluna do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da PUC-Campinas.

Depois de se apresentar e explicar que o motivo da entrevista, identificar se o responsável pelo adolescente está presente e pode responder ao questionário. Caso não, agendar um horário oportuno.

Deverão ser feitas no mínimo 3 tentativas no mesmo endereço. Fazer anotação da data e hora das tentativas.

O pesquisador deverá perguntar se o entrevistado tem o cartão de vacinas do adolescente e se o mesmo pode apresentar este cartão.

1. Caso o entrevistado apresente o cartão do adolescente em questão, verificar se o mesmo está com a vacina contra HPV em dia.
 - a. Caso o adolescente estiver imunizado, explique que a pesquisa será realizada apenas com os não vacinados. Agradeça a participação e disponibilidade, se despeça e deixe o local.

Caso o adolescente não tenha tomado a vacina contra o HPV, assinale as vacinas tomadas e inicie o questionário. Todas as questões relacionadas ao calendário básico de vacinação deverão ser embasadas pelo Calendário Nacional de Vacinação, recomendado pelo Ministério da Saúde (o quadro de vacinação modelo está na última página deste manual para servir de orientação em caso de dúvidas)
 - b. No caso do entrevistado não portar o cartão, prosseguir a entrevista.

4.3. DURANTE A VISITA DOMICILIAR

Algumas informações serão obtidas antes da entrevista, durante a busca ativa na sala de vacina do município escolhido. O pesquisador será responsável pelo planejamento e organização do trabalho de campo, distribuição dos entrevistadores por microáreas e monitoramento após as entrevistas.

5. COMO PREENCHER O QUESTIONÁRIO

O preenchimento correto de todas as questões é de suma importância para a conclusão desta pesquisa. Por isso, os pesquisadores de campo deverão estar atentos às questões e se caso houver dúvidas, deverão seguir as orientações específicas para cada item do questionário:

Data da entrevista: o dia em que o entrevistador esteve presente no endereço selecionado para aplicar o questionário ao responsável pelo adolescente não vacinado. As datas, deverão ser colocadas no seguinte modelo: 01/01/2001

Quanto ao sexo: se houver dúvidas, peça o RG do entrevistado e certifique-se se é do sexo feminino ou masculino assinalando nos campos: F para o sexo feminino ou M para sexo masculino.

O telefone é de extrema importância, pois é através dele que os dados serão conferidos pela pesquisadora com o entrevistado. Portanto, é dever do entrevistador identificar o código da área e número do celular do responsável pelo adolescente: Exemplo: (35) 9 XXXX XXXX. Quando terminarem todas as entrevistas, a fase seguinte será por contato telefônico com os entrevistados.

Grau de parentesco: certifique-se com o entrevistado qual o grau de parentesco ele tem com o adolescente não vacinado. Caso não exista nenhuma das opções, especificar no campo "Outros".

Na questão "Você foi ao posto de saúde no ano de 2018?" Assinalar com um X se sim ou se não. Em seguida, assinalar com um X na opção correta os motivos que levaram o entrevistado ao posto, no caso da resposta anterior ter sido "sim". Exemplo:

	Para você	Para o adolescente	Para outra pessoa
Consulta médica de rotina	X		X
Coleta de exames			
Vacina	X	X	
Curativo			

Sobre a classificação da questão 7: "1. Discorda totalmente, 2. Discorda, 3. Não discorda nem concorda, 4. Concorda ou 5. Concorda totalmente", assinalar o item que o entrevistado considerar a partir das afirmativas mencionadas.

Na questão 12, especificar o nome do PSF que tenha sala de vacina mais próximo à residência da pessoa.

Ao perguntar a opinião do entrevistado em relação a proximidade ou não entre a sala de vacinação e sua residência, considerar o que ele acha, desconsiderando conceitos ou medidas.

Ao perguntar sobre os receios do adolescente, é necessária atenção. Marcar com um X todas as opções que o entrevistado citar (esperar que ele fale espontaneamente, não ler as opções).

Religião: pergunte a religião que o entrevistador mais se identifica e assinale no questionário. Caso não seja as opções sugeridas, especificar no campo "outra".

Na questão sobre os itens de conforto, perguntar ao entrevistado a quantidade destes que ele tem em casa, atentando para as ressalvas e assinalar o número que ele responder.

6. ORIENTAÇÕES GERAIS

Quando a abordagem ao entrevistado é bem feita e de forma apropriada, deixando sempre a pessoa à vontade, geralmente obteremos respostas fidedignas.

O questionário foi elaborado de forma que não cause constrangimento e cansaço ao entrevistado para que ele não se sinta pressionado ou invadido.

Durante a coleta de dados, é recomendado que os entrevistadores usem roupas e calçados confortáveis e simples, de modo que não causem calor excessivo ou destoe do habitual da comunidade. É importante também que os entrevistadores levem consigo uma garrafa com água e algo para comer, como uma fruta ou biscoitos.

APÊNDICE C – Categorias e questões do Modelo de crenças em saúde destinado aos pais ou responsáveis pelas crianças e/ou adolescentes não vacinados contra HPV

Categoria	Questão
Benefícios percebidos das vacinas	Eu não tenho confiança em vacinas
	Vacinas não são eficazes para prevenir doenças Não é necessário tomar todas as vacinas É preferível contrair a doença para obter proteção natural
Benefícios percebidos da vacina contra o HPV	Eu não considero a vacina contra o HPV segura
	Eu acredito que se receber a vacina contra o HPV, não serei protegido contra câncer cervical
	Eu acredito que se receber a vacina contra o HPV, não serei protegido contra o HPV A vacina contra o HPV previne o aparecimento de verrugas genitais (condiloma) A vacina contra o HPV previne o câncer cervical
Barreiras percebidas para vacinação	Eu não tenho informações suficientes sobre infecções preveníveis com vacinas
	Eu não tenho informações suficientes sobre vacinas
	A unidade de vacinação é de difícil acesso
Barreiras percebidas para vacinação contra o HPV	O pediatra/clínico geral me desencorajou a levar <adolescente> a tomar a vacina contra HPV
	As redes sociais/ internet me desencorajaram a tomar a vacina contra HPV
	A vacina contra o HPV tem efeitos colaterais severos
	É difícil encontrar a vacina no posto
Vulnerabilidade percebida	Acho o <adolescente> muito novo, para pensar em doença sexualmente transmissível
	Mulheres podem ser infectados por HPV
	Homens podem ser infectados por HPV
Gravidade percebida	O HPV pode causar uma doença séria
	O câncer cervical pode ser perigoso e levar a morte
	O HPV pode causar outros tipos de câncer

Anexo I – Declaração de Ciência e Autorização da Secretaria Municipal de Saúde.



MUNICÍPIO DE ALTEROSA - MG

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA SIMPLICIO CABRAL SOBRINHO, 135
CNPJ: 18.243.238/0001-03
TEL: (35) 3294-1566/32941904 – FAX: (35)3294-1566

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

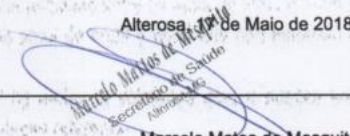
Eu, Marcelo Matos de Mesquita, Secretário de Saúde do Município de Alterosa- MG, RG: 15.969.107, CPF: 100.386.446-57 tenho ciência e AUTORIZO Eliza Silva Rodrigues, RG: 13.158.871, CPF: 070.735.516-82, Registro Acadêmico 18454967, aluna do mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, a realizar o levantamento de dados para a realização do Projeto de Pesquisa "Vacinação contra o *Human Papillomavirus* (HPV): Índice de faltosos e suas justificativas na população de Alterosa-MG" sob orientação da Prof. Dra. Luciana Bertoldi Nucci. O projeto tem por objetivo primário identificar a população-alvo que não está imunizada contra o papilomavírus, no município selecionado para estudo e enumerar suas justificativas. A população alvo será: Adolescentes do sexo feminino nascidas entre os anos de 2001 a 2008 e adolescentes do sexo masculino nascidos entre os anos de 2003 a 2006 que não tomaram a primeira dose de vacina contra o HPV.

Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador os dados já coletados e/ou o acesso aos dados, referentes à vacinação contra HPV na população referente.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas;
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o sigilo da identidade e o máximo de benefícios e o mínimo de riscos;
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Alterosa, 17 de Maio de 2018,



Marcelo Matos de Mesquita
Secretário de Saúde do Município de Alterosa

Anexo II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vacinação contra Human Papillomavirus(HPV): Índice de faltosos e suas justificativas na população de Alterosa-MG

Pesquisador: ELIZA SILVA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90988018.7.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

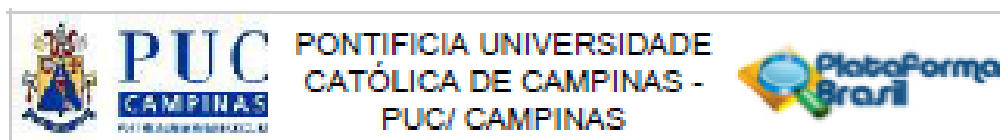
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.794.796

Apresentação do Projeto:

• Será feito um levantamento do cartão vacinal de aproximadamente de 1.300 adolescentes do município de Alterosa - MG para avaliar a proporção de não vacinados. A população alvo será: Adolescentes do sexo feminino nascidas entre os anos de 2001 a 2008 e adolescentes do sexo masculino nascidos entre os anos de 2003 a 2006 que não tomaram a primeira dose de vacina contra o HPV. A partir desses números, será realizada uma busca dentro das salas de vacinação a partir do cartão espelho para identificação dos não vacinados contra o HPV. Tendo em mãos os dados de identificação dos adolescentes não vacinados será feita uma busca ativa em todo o município para estudar as justificativas das recusas vacinais contra o HPV através de uma entrevista no endereço do responsável pelo adolescente não vacinado. A estimativa é entrevistar 650 responsáveis por adolescentes, pois, no ano que a vacina em questão foi introduzida (2014)

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Projeto: 2.794.790

no calendário básico de vacinação, Minas Gerais atingiu apenas 52% do público-alvo. (1)As entrevistas serão realizadas de acordo com um questionário padronizado por entrevistadores selecionados do Curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal do Sul de Minas que serão devidamente treinados pela pesquisadora responsável. O questionário foi desenvolvido para coletar informações sobre o adolescente, sobre o responsável, questões gerais sobre vacinação e os motivos da não aplicação da vacina contra o Human Papillomavirus (HPV). Também serão coletadas informações com base no questionário socioeconômico da ABEP.

* As análises estatísticas serão realizadas de forma descritiva, com média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil para as variáveis quantitativas, e frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. A partir das respostas dos responsáveis sobre os motivos da não vacinação do adolescente, serão feitas comparações entre as características do grupo "recusa" (participantes que declararam que não pretendem vacinar o adolescente) e o grupo "provável" (aqueles pretendem vacinar). Será necessário aplicar um teste estatístico adequado para as análises uni e multivariada para a identificação dos fatores que possam se associar aos motivos da não vacinação. O nível de significância adotado será de 0,05.

* Critério de Inclusão: Serão incluídos na pesquisa, os responsáveis pelas adolescentes do sexo feminino nascidas entre os anos de 2001 a 2008 e pelos adolescentes do sexo masculino nascidos entre os anos de 2003 a 2006 que não tomaram a primeira dose de vacina contra o HPV residentes em Aterosa- MG. Critério de Exclusão: Responsáveis pelos adolescentes que se recusarem a dar entrevista ou que não tomem localizados dentro do município de Aterosa. Os responsáveis pelos adolescentes que estão "faltosos" no município, mas que tomaram a vacina em outra cidade.

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zarbi, 1515
 Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida CEP: 13.067-571
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: cont@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 2.794.796

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo deste estudo é identificar os motivos de não adesão a vacinação contra o HPV do público alvo não imunizado no município de AlterosaMG. Objetivo Secundário: Verificar os fatores que podem estar associados aos motivos da não vacinação dos adolescentes: • Características sociodemográficas • Escolaridade dos pais • Religião do responsável • Conhecimento adequado sobre HPV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos envolvidos na pesquisa são considerados mínimos, pois não serão feitos exames, apenas realizado um questionário que será respondido de acordo com a vontade do participante. Entretanto, a equipe será treinada para que identifique as dificuldades, e se houver algum constrangimento ou incômodo em responder alguma questão, essa poderá ser deixada em branco. Poderá ocorrer cansaço, ou qualquer outro desconforto durante a participação, sendo que nesses casos a equipe deverá prestar a devida assistência de forma gratuita. Avaliação do binômio riscos-benefícios;

• Benefícios: Em relação aos benefícios, não existe benefício individual, porém os resultados poderão ajudar em futuras pesquisas sobre campanhas de vacinação no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Existe pertinência e valor científico do estudo proposto;

- Existe adequação da metodologia aos objetivos perseguidos;
- Não existe grau de vulnerabilidade dos sujeitos e medidas protetoras propostas;
- Presença dos compromissos exigidos do pesquisador, patrocinador e instituição responsáveis (quando for o caso);
- Existe identificação dos responsáveis pelo atendimento, acompanhamento e recebimento dos sujeitos encaminhados.
- Existe garantia dos direitos fundamentais do sujeito de pesquisa;

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 2.794.796

- Deixar claro que os pais, somente serão entrevistados.
- A pesquisadora informa que "Será feito um levantamento do cartão vacinal de aproximadamente de 1.300 adolescentes do município de Alterosa – MG", mas menciona que os participantes da pesquisa serão: somente os pais e/ou responsáveis dos adolescentes total 650. Esta correta essa amostragem? Esclarecido.
- Esclarecido ABEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- AS cartas em ordem.
- O TCLE merecerá especial consideração, com a observação crítica das seguintes características:
Existe concisão e objetividade;
Existe linguagem adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa;
Existe descrição suficiente dos procedimentos;
Existe identificação dos riscos e desconfortos esperados;
Existe explicitação das garantias acima referidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências esclarecidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 466/12, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado**.

Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1127259.pdf	21/06/2018 18:33:47		Aceito

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 2.794.796

Outros	Carta_resposta.pdf	21/06/2018 18:31:02	ELIZA SILVA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	5_TCLE.pdf	25/05/2018 17:46:36	ELIZA SILVA RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_rosto_Assinada.pdf	25/05/2018 17:36:48	ELIZA SILVA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4_Termo_de_comp.pdf	25/05/2018 17:34:50	ELIZA SILVA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	3_Termo_de_autorizacao.pdf	25/05/2018 17:34:31	ELIZA SILVA RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_final_CEP.pdf	25/05/2018 17:33:44	ELIZA SILVA RODRIGUES	Aceito
Outros	0_Carta_ao_Comite.pdf	25/05/2018 17:32:43	ELIZA SILVA RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 01 de Agosto de 2018

Assinado por:
Silvana Mariana Srebernich
 (Coordenador)

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br