

info.oncollect

ANÁLISES E TENDÊNCIAS EM CÂNCER

Um panorama
da **vacinação**
contra o HPV
no Brasil



PELA VACINA CONTRA O HPV

Esta segunda edição do info.oncollect mostra uma realidade desafiadora: a de que ainda estamos longe de atingir as metas preconizadas pela *Union of International Cancer Control* (UICC) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) até 2030 para erradicar o câncer do colo do útero no mundo.

Para isso, o movimento global coordenado pela UICC/OMS, do qual a Fundação do Câncer faz parte, objetiva, entre outras ações, que 90% das meninas até 15 anos estejam vacinadas contra o Papilomavírus Humano (HPV).

Entretanto, o levantamento feito por nossos pesquisadores revela baixa cobertura vacinal, com queda entre as primeiras e segundas doses, tanto entre meninas quanto entre meninos.

Ao priorizar o controle do câncer do colo do útero dentre as suas ações, a Fundação do Câncer espera auxiliar profissionais e gestores de saúde para avançarmos em estratégias eficazes que contribuam para mudarmos esse cenário em nosso país.

Boa leitura!

Luiz Augusto Maltoni
Diretor-executivo da Fundação do Câncer

Equipe de elaboração:
Alfredo Scaff, Juan Pablo Cavalcante,
Rejane Reis, Yammê Portella
Colaboração: Flávia Corrêa

EPIDEMIOLOGIA, VACINAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO COMBATE AO HPV

Em todo o mundo, o câncer do colo de útero é um dos mais incidentes e letais, sendo responsável pela morte de uma mulher a cada dois minutos. Apenas no ano de 2018 foram diagnosticados cerca de 570 mil novos casos e confirmados 311 mil óbitos por esta neoplasia. Se continuarmos nesse ritmo, estima-se que venham a ocorrer 700 mil novos casos e 400 mil óbitos anuais até 2030.

No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), são registrados cerca de 16 mil novos casos e mais de 6 mil óbitos por câncer cervical todos os anos. Estes números robustos classificam a patologia – que é evitável e tratável desde que diagnosticada precocemente e gerenciada de forma eficiente – como um grande problema de saúde pública em nosso país.

Com o objetivo de eliminar o câncer de colo de útero globalmente até o ano de 2030, a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu um chamado às nações que resultou em 194 países comprometidos com a adoção de ações para atingir a ambiciosa meta de poupar as próximas gerações desse risco.

A estratégia da OMS está baseada em três pilares: vacinação, rastreamento e tratamento. É claro que nenhuma intervenção isolada será suficiente para se alcançar a meta e que a vacinação é de importância fundamental no escopo das ações acordadas.

Sendo o Brasil um dos signatários do acordo – e considerando as dimensões continentais do nosso país – é crucial conhecermos profundamente as diversas realidades socioeconômicas e ambientais nas quais está inserida a nossa população.

Neste sentido, os dados publicados no boletim epidemiológico info.oncollet trazem um panorama da adesão à vacinação nos diversos estados e regiões do Brasil, possibilitando a definição de estratégias mais adequadas para alcançar a cobertura vacinal (CV) estabelecida pela OMS: 90% das meninas com menos de 15 anos imunizadas até 2030.

Hoje, o percentual acumulado de CV no Brasil, para a vacina HPV quadrivalente (HPV4), é de apenas 58,3% das meninas de 9 a 15 anos com o esquema de duas doses completo. Vale registrar que para os meninos 11 a 15 anos a CV é ainda menor: 38,4%.

Como mostram as tabelas apresentadas no boletim com os dados regionais, existem diferenças marcantes nas incidências e mortalidades por câncer cervical. Essa desigualdade está intimamente relacionada ao desenvolvimento socioeconômico e ao acesso ao sistema de saúde.

Entretanto, as diferentes CV observadas não se correlacionam com as taxas de incidência e mortalidade em cada estado ou região, o que impõe um grande desafio aos gestores a despeito da disponibilidade da vacina (HPV4) para meninas e meninos de 9 a 14 anos de idade em todo o país.

Mas este não é o único gargalo! O enfrentamento do câncer de colo de útero requer ações contra barreiras de natureza variada, tais como: logísticas e questões programáticas; dificuldade de acesso aos imunobiológicos em algumas localidades; contratação e retenção de profissionais para atuar nas salas de vacinas; e a comunicação de risco sobre a doença, a informação sobre segurança e eficácia da vacina e o combate às fake news disseminadas particularmente contra as vacinas HPV, o que, sem dúvida, desencadeia o medo e a desconfiança dos jovens e de seus pais, prejudicando muito a adesão.

Por Dra. Mônica Levi

Presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm).
Membro do comitê de Imunizações da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) e da Sociedad Latinoamericana de Infectologia Pediátrica (SLIPE).



PALAVRA DE ESPECIALISTA

VACINAR É NECESSÁRIO

No Brasil, a vacina quadrivalente HPV foi incorporada ao Calendário Nacional de Imunização do Ministério da Saúde em 2014. A estratégia de vacinação foi iniciada tendo como população alvo meninas de 11 a 13 anos, com uma meta de cobertura vacinal estabelecida de 80%. Nos anos subsequentes, o público-alvo foi ampliado de maneira gradual e, atualmente, a vacina HPV está disponível na rede pública para as meninas e meninos de 9 a 14 anos e para as mulheres e homens de 15 a 45 anos de idade vivendo com HIV/AIDS, transplantados e pacientes oncológicos. Ressalta-se que a vacinação HPV é uma das mais importantes estratégias para prevenção das complicações que podem resultar da infecção pelo vírus HPV, como os cânceres de útero, vagina, pênis, ânus, orofaringe e das verrugas genitais. Portanto, é importante que as coberturas desta vacina sejam monitoradas para que os gestores de saúde possam avaliar e viabilizar o fortalecimento de ações estratégicas e ampliar a sua utilização nos grupos prioritários.

Dessa forma, a publicação do segundo boletim da Fundação do Câncer apresentando um panorama das coberturas da vacina HPV no Brasil, regiões, estados e capitais é uma ferramenta importante para o acompanhamento da situação vacinal dos nossos adolescentes, de apoio às ações governamentais já desenvolvidas nessa área e

para a realização de ações que possam ampliar a utilização de uma vacina tão importante, a única que até o momento previne muito mais que 90% dos cânceres do colo do útero. Destaco que alcançar a meta de 90% de cobertura da vacina HPV até 2030, em conjunto com o rastreamento e tratamento oportuno, é um dos três pilares preconizados pela Organização Mundial de Saúde, para a prevenção e tratamento do câncer do colo do útero, com o objetivo da erradicação desse tumor que mata tantas mulheres em todo o mundo.

Por Dra. Ana Goretti Kalume Maranhão

Pediatra do Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, responsável pela vacina HPV.



METODOLOGIA

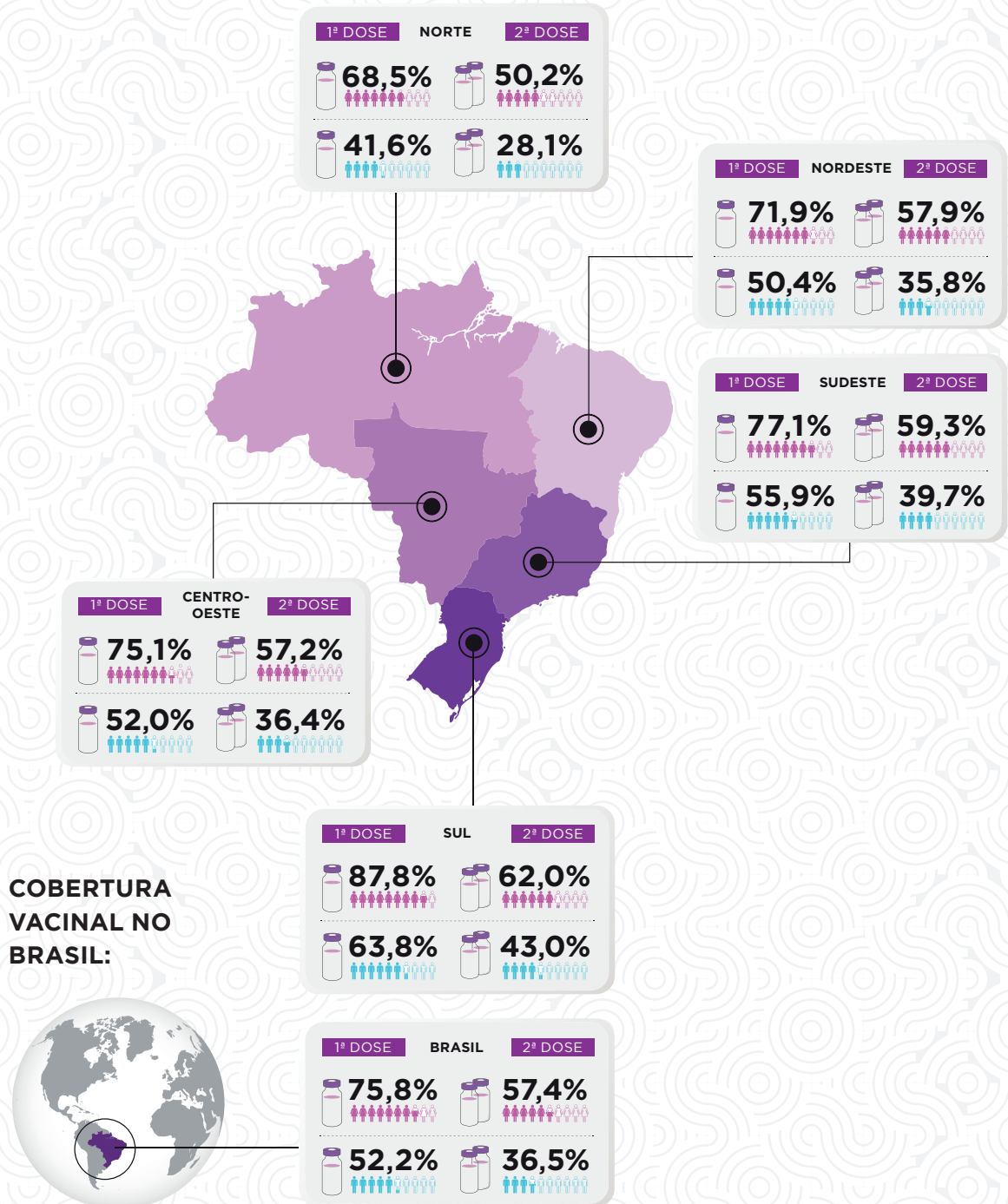
Para a cobertura vacinal, foram utilizadas as informações oriundas das bases de dados do Ministério da Saúde sobre a vacinação contra o HPV, contendo as informações sobre cobertura vacinal (CV), por sexo e faixa etária entre 9 e 14 anos, podendo a segunda dose ter sido aplicada aos 15 anos nos períodos de 2013 a 2021 para o sexo feminino e de 2017 a 2021 para o sexo masculino, correspondendo aos anos de inclusão da vacina no Programa Nacional de Imunização (PNI) em ambos os sexos.

Para a taxa bruta de incidência do câncer do colo do útero (C53), foram utilizadas as informações da [Estimativa de Câncer no Brasil - 2023](#), do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Já as taxas brutas de mortalidade para o câncer do colo do útero (C53) foram obtidas no [Atlas de Mortalidade do INCA](#), para o período de 2016 a 2020.

As informações foram analisadas para o Brasil, regiões, estados e capitais. Foi utilizado o software R, versão 4.1.0, para realização de todas as análises. As taxas brutas, tanto de incidência quanto de mortalidade, foram calculadas por 100 mil mulheres.

BRASIL E REGIÕES

GRÁFICO 01: COBERTURA VACINAL CONTRA O HPV, POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 9 E 14 ANOS - 2013 A 2021 E POPULAÇÃO MASCULINA ENTRE 11 E 14 ANOS - 2017 A 2021, NO BRASIL E REGIÕES.



COBERTURA VACINAL NO BRASIL:

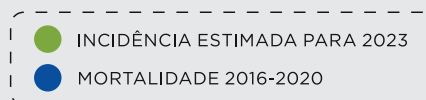
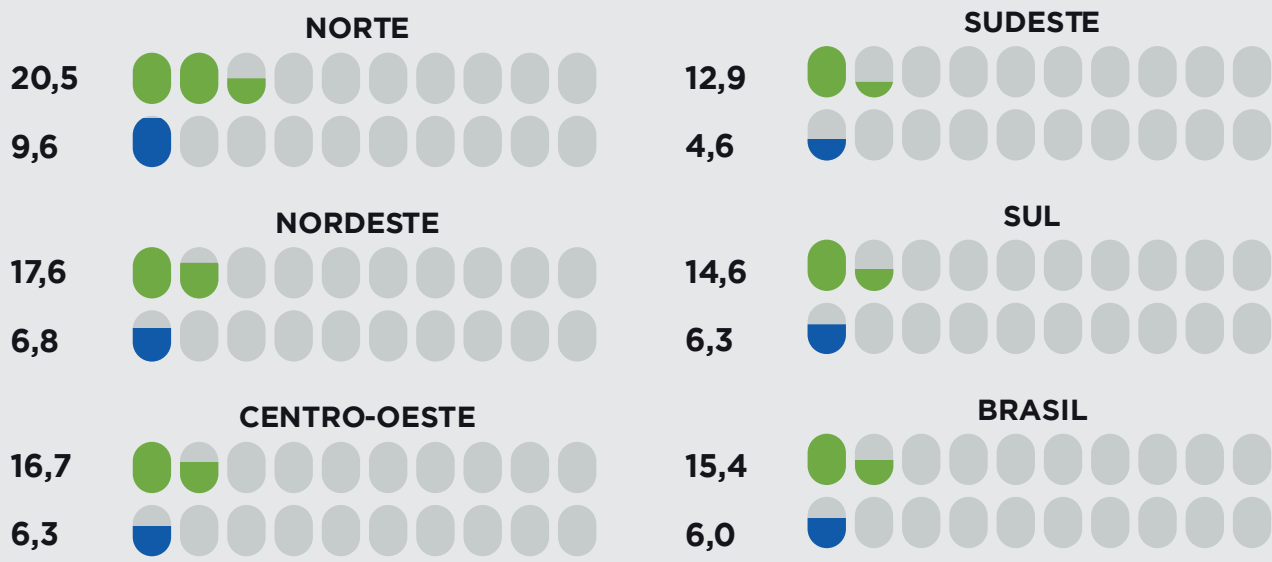


POPULAÇÃO FEMININA POPULAÇÃO MASCULINA

FONTE: PNI, 2023.

BRASIL E REGIÕES

GRÁFICO 02: TAXAS BRUTAS* DE INCIDÊNCIA E DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL E REGIÕES.



* POR 100 MIL MULHERES
FONTE: INCA, 2022.

A cobertura da vacina contra o HPV na população feminina entre 9 e 14 anos no Brasil foi de 75,8% na primeira dose (D1) e de 57,4% na segunda dose (D2). Todas as regiões brasileiras tiveram menor adesão à vacina na segunda dose. A região com menor cobertura vacinal foi a Norte, tanto para a primeira (68,5%) quanto para a segunda dose (50,2%); já o Sul foi a região com maior cobertura na primeira (87,8%) e segunda doses (62,0%).

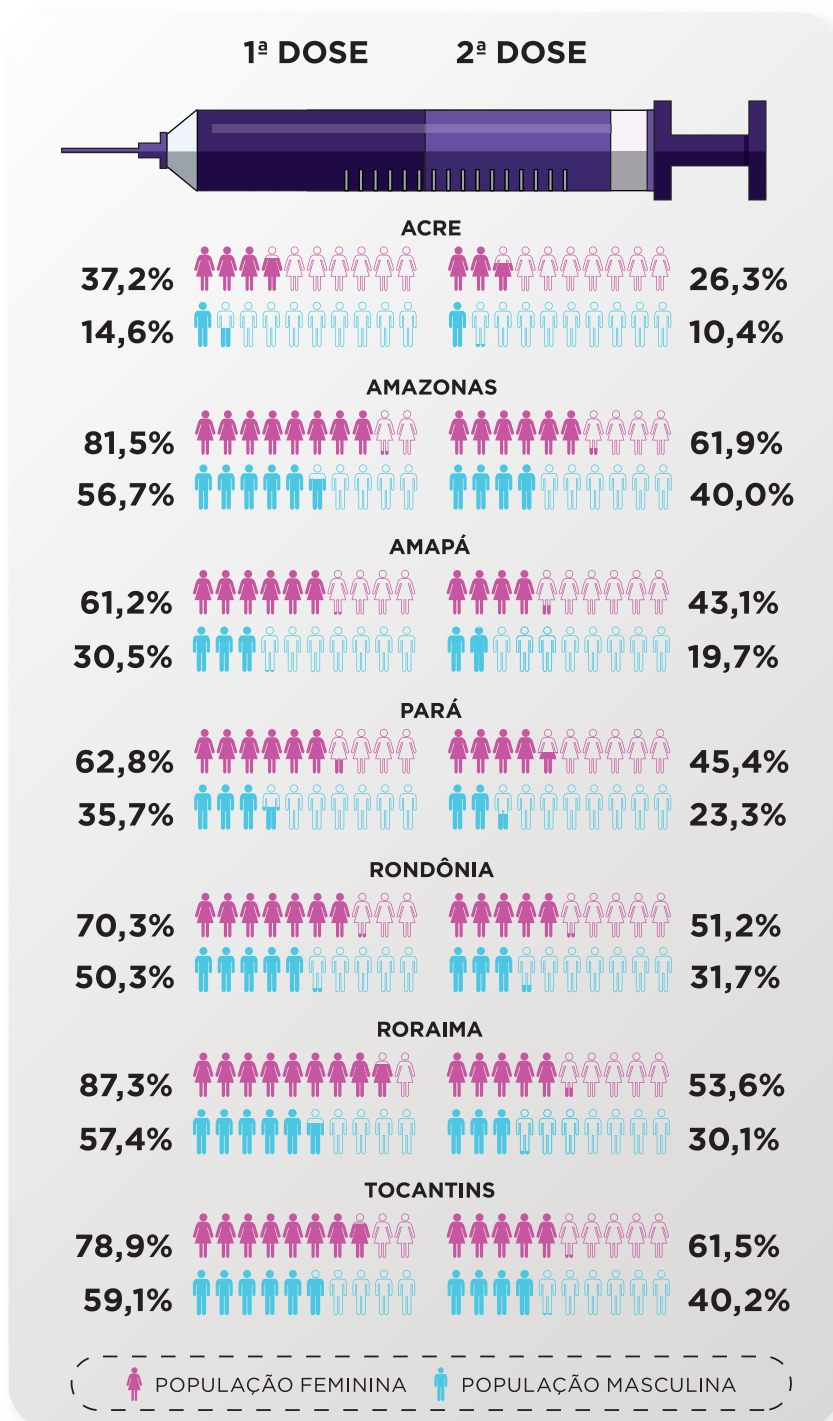
A adesão da população masculina entre 11 a 14 anos à vacinação contra o HPV é bem menor que a da

população feminina. No Brasil, a cobertura vacinal na primeira dose para essa população foi de 52,2% e na segunda dose foi de 36,5%. Seguindo o mesmo padrão da população feminina, as regiões Norte (D1: 41,6%; D2: 28,1%) e Sul (D1: 63,8%; D2: 43,0%) são as com menor e maior cobertura vacinal, respectivamente.

A região Norte apresentou as maiores taxas de incidência (20,5 por 100 mil mulheres) e mortalidade (9,6 por 100 mil mulheres) por câncer do colo do útero entre as regiões brasileiras.

NORTE

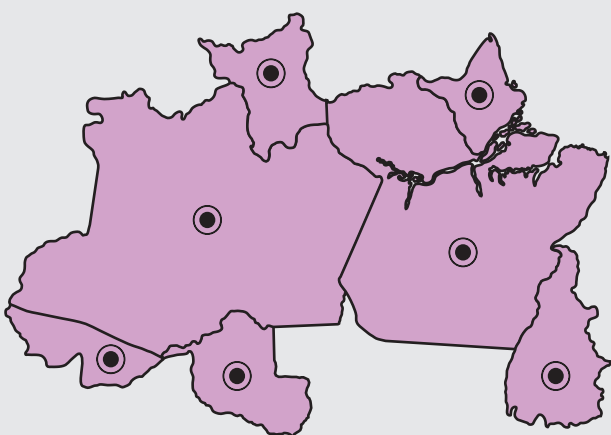
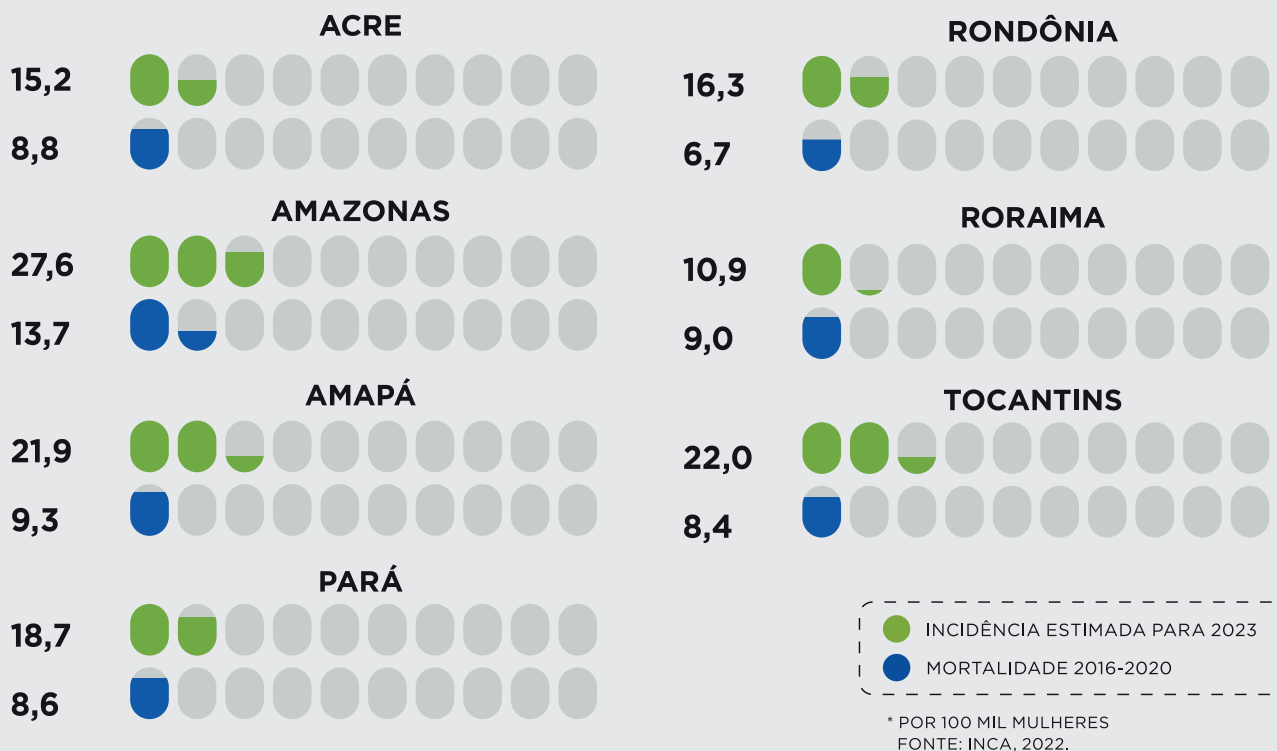
GRÁFICO 03: COBERTURA VACINAL CONTRA O HPV, POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 9 E 14 ANOS - 2013 A 2021 E POPULAÇÃO MASCULINA ENTRE 11 E 14 ANOS - 2017 A 2021, NOS ESTADOS DA REGIÃO NORTE.



FONTE: PNI, 2023.

NORTE

GRÁFICO 04: TAXAS BRUTAS* DE INCIDÊNCIA E DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NOS ESTADOS DA REGIÃO NORTE.



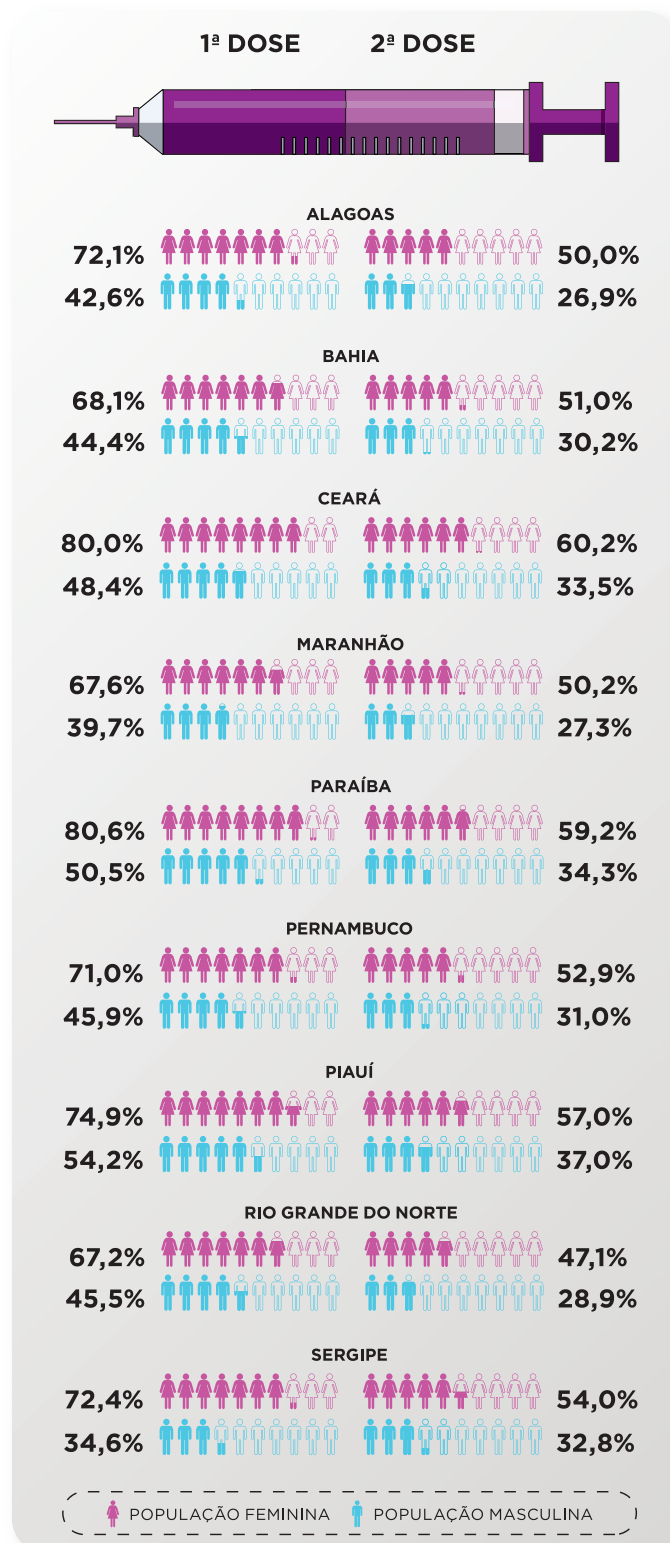
Entre os estados da região Norte, Roraima teve a maior cobertura vacinal na população feminina na primeira dose (D1) (87,3%) da vacina contra o HPV, caindo para 53,6% na segunda dose (D2). Já o Acre destacou-se por ter a menor cobertura vacinal na primeira (37,2%) e segunda doses (26,3%).

Na população masculina de 11 a 14 anos dos estados do Norte, a cobertura vacinal contra o HPV, no geral, foi baixa. O Acre teve a menor adesão: 14,6% na primeira dose e 10,4% na segunda dose. Já o estado com maior adesão foi o Tocantins (D1: 59,1%; D2: 40,2%).

As maiores taxas de incidência (27,6 por 100 mil mulheres) e mortalidade (13,7 por 100 mil mulheres) por câncer do colo do útero foram no Amazonas.

NORDESTE

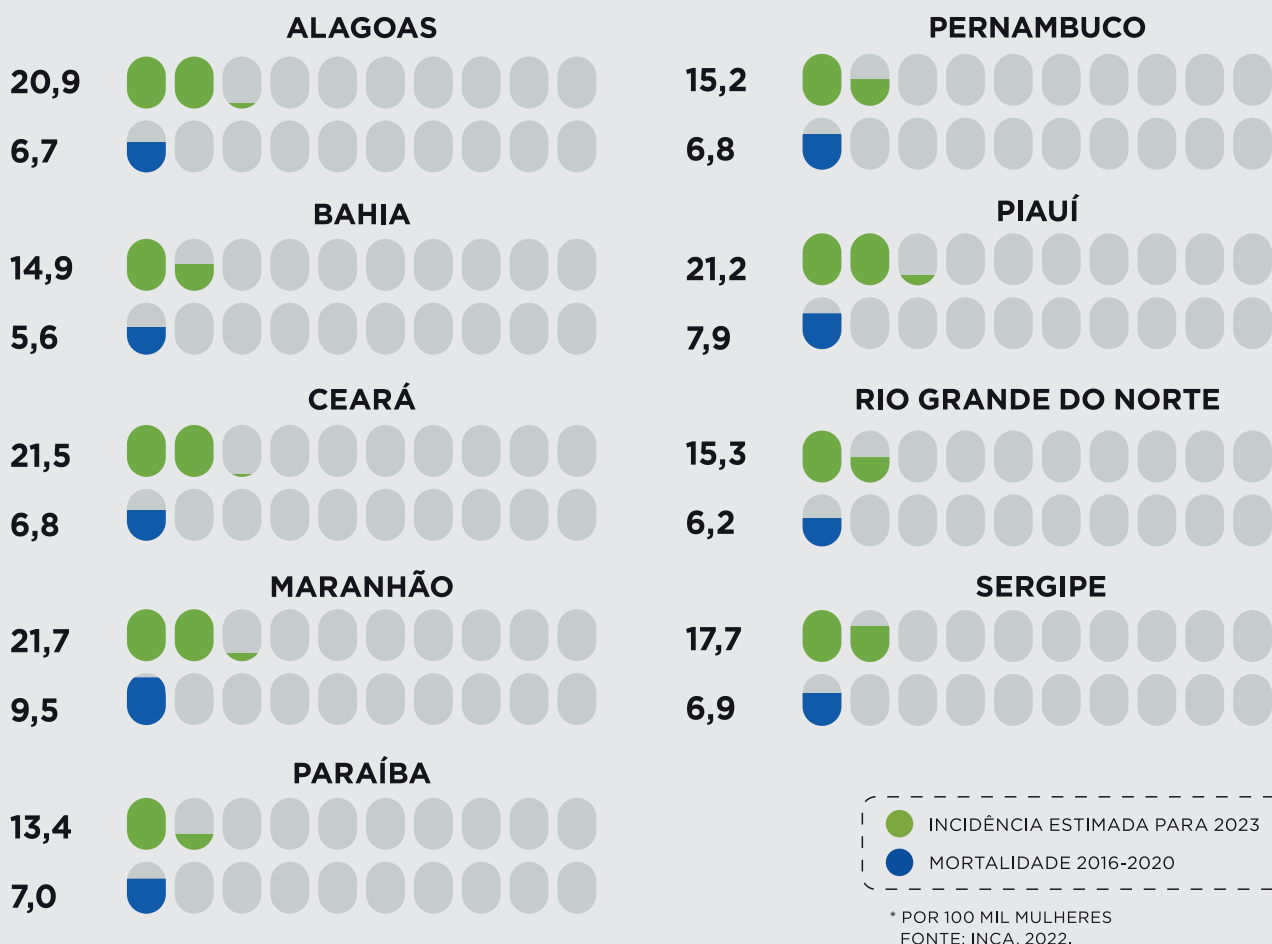
GRÁFICO 05: COBERTURA VACINAL CONTRA O HPV, POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 9 E 14 ANOS - 2013 A 2021 E POPULAÇÃO MASCULINA ENTRE 11 E 14 ANOS - 2017 A 2021, NOS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE.



FONTE: PNI, 2023.

NORDESTE

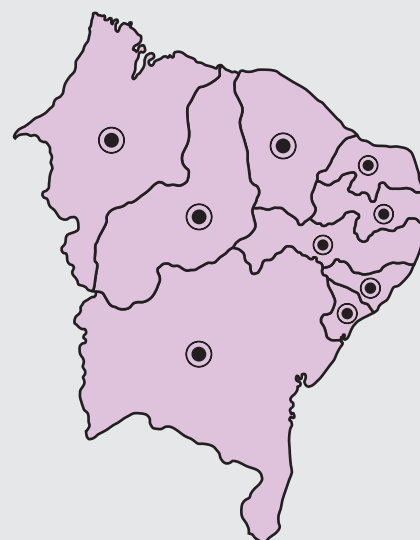
GRÁFICO 06: TAXAS BRUTAS* DE INCIDÊNCIA E DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NOS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE.



Os estados da região Nordeste com maior cobertura vacinal contra o HPV na população feminina de 9 a 14 anos foram Ceará (D1:80,0%; D2: 60,2%) e Paraíba (D1:80,6%; D2: 59,2%), tanto para a dose 1 quanto para a dose 2. Já a menor cobertura para as duas doses foi no Rio Grande do Norte (D1:67,2%; D2: 47,1%).

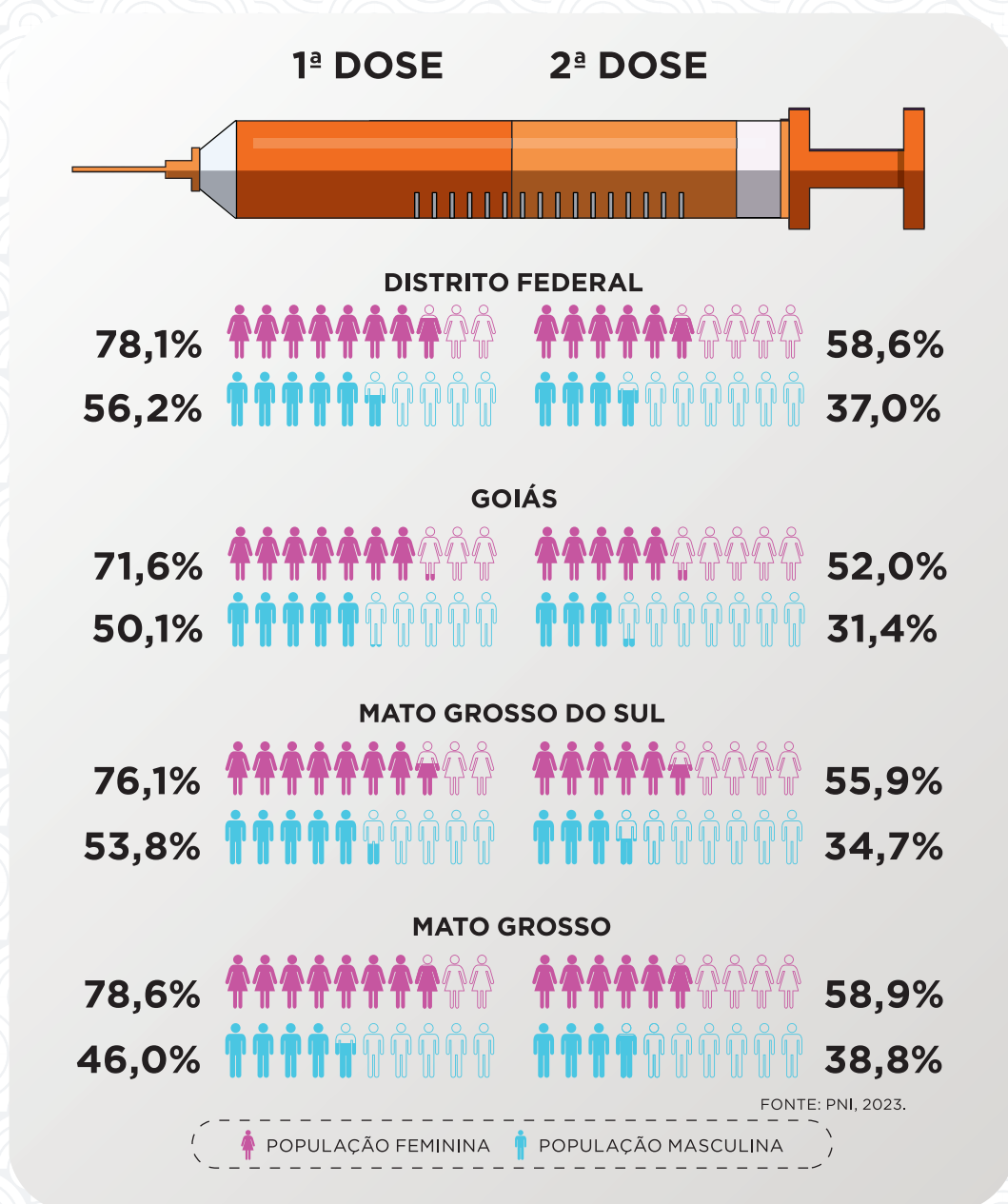
Piauí foi o estado da região Nordeste com maior cobertura vacinal da população masculina de 11 a 14 anos (D1: 54,2%; D2: 37,0%), já o Maranhão foi o com menor adesão a vacinação contra o HPV: 39,7% na primeira dose e 27,3% na segunda dose.

No Maranhão, há 22 novos casos de câncer do colo do útero para cada 100 mil mulheres, a maior taxa de incidência do Nordeste. Nesse estado também se encontra a maior taxa de mortalidade por câncer do colo do útero da região, 10 mortes para cada 100 mil mulheres.



CENTRO-OESTE

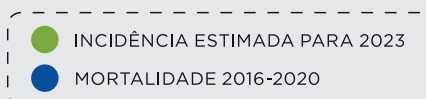
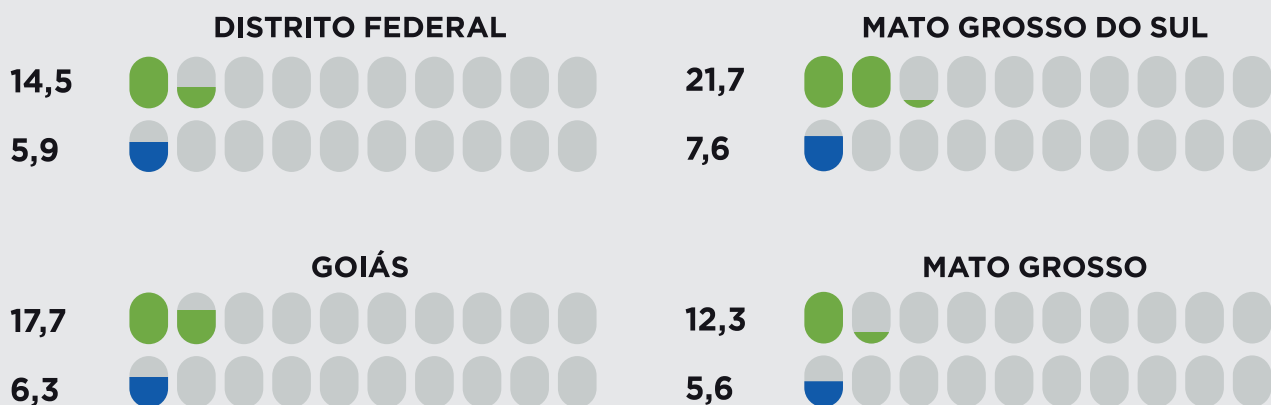
GRÁFICO 07: COBERTURA VACINAL CONTRA O HPV, POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 9 E 14 ANOS - 2013 A 2021 E POPULAÇÃO MASCULINA ENTRE 11 E 14 ANOS - 2017 A 2021, NOS ESTADOS DA REGIÃO CENTRO-OESTE.



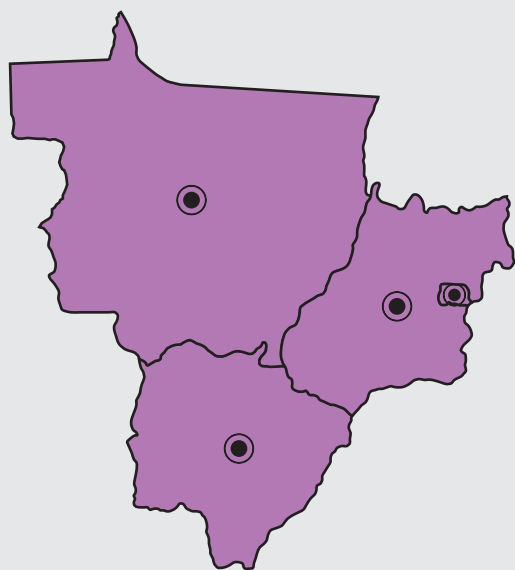
Fonte: PNI, 2023.

CENTRO-OESTE

GRÁFICO 08: TAXAS BRUTAS* DE INCIDÊNCIA E DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NOS ESTADOS DA REGIÃO CENTRO-OESTE.



* POR 100 MIL MULHERES
FONTE: INCA, 2022.



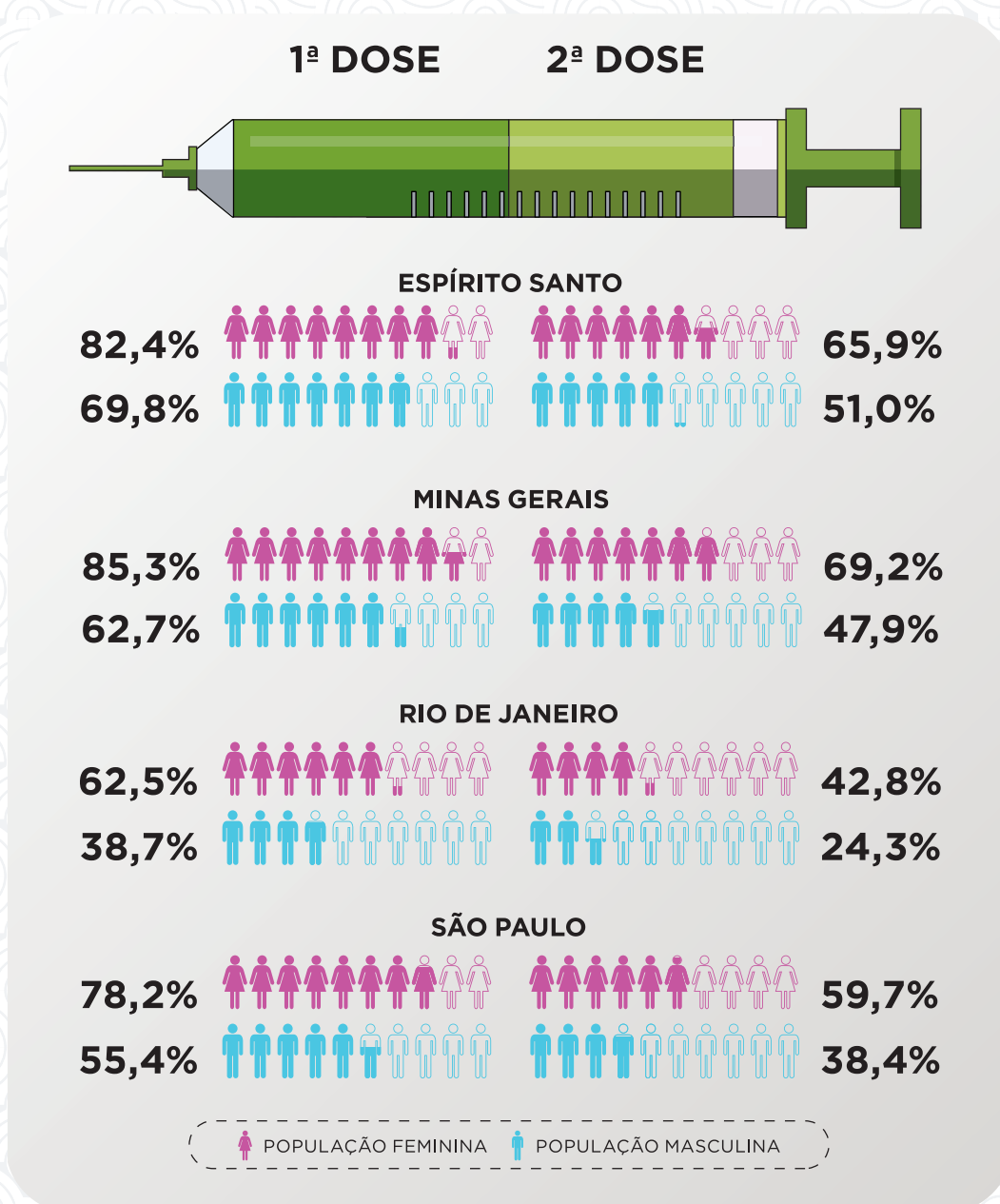
No Centro-Oeste, a cobertura vacinal dos estados é próxima. Mato Grosso e Distrito Federal apresentaram maior adesão à vacinação contra o HPV entre a população feminina (9 a 14 anos), com 78,6% e 78,1% na primeira dose e 58,9% e 58,6% na segunda dose, respectivamente.

A maior cobertura vacinal contra o HPV na população masculina da região Centro-Oeste foi no DF: 56,2% na primeira dose e 37,0% na segunda dose. Já a menor cobertura vacinal foi em MT: 46,0% na primeira dose e 38,8% na segunda dose.

As maiores taxas de incidência (21,7/100 mil) e de mortalidade (7,6/ 100 mil) por câncer do colo do útero ocorreram no MS.

SUDESTE

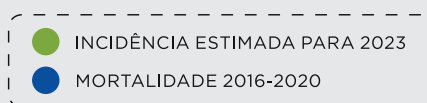
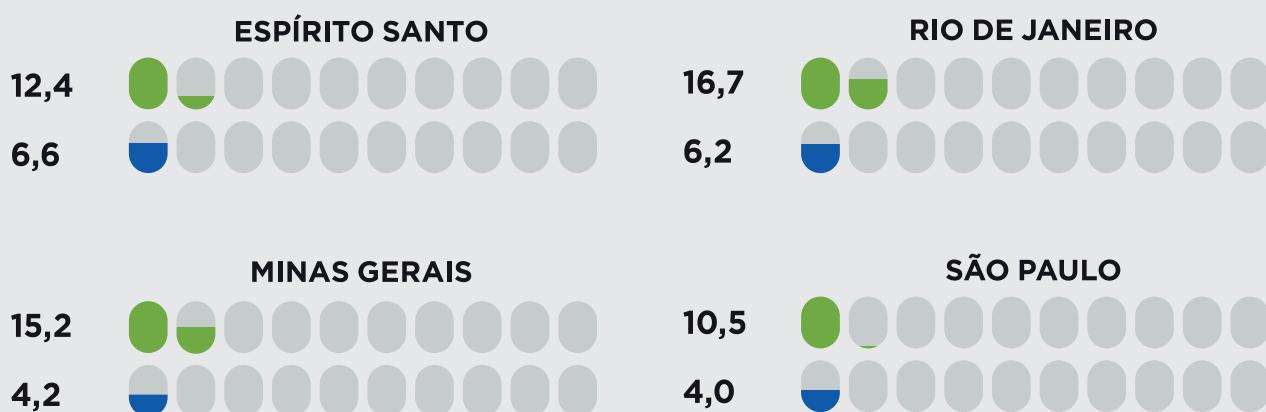
GRÁFICO 09: COBERTURA VACINAL CONTRA O HPV, POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 9 E 14 ANOS - 2013 A 2021 E POPULAÇÃO MASCULINA ENTRE 11 E 14 ANOS - 2017 A 2021, NOS ESTADOS DA REGIÃO SUDESTE.



FONTE: PNI, 2023.

SUDESTE

GRÁFICO 10: TAXAS BRUTAS* DE INCIDÊNCIA E DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NOS ESTADOS DA REGIÃO SUDESTE.

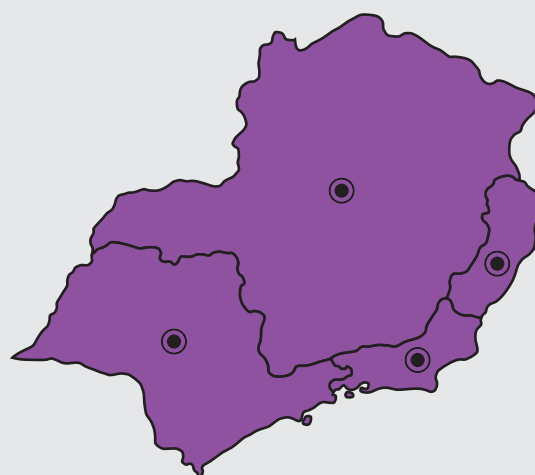


* POR 100 MIL MULHERES
FONTE: INCA, 2022.

O Rio de Janeiro se destaca pela menor cobertura vacinal contra o HPV na população feminina, entre 9 e 14 anos, da região Sudeste: 62,5% e 42,8% na primeira e segunda doses, respectivamente. Já o estado com maior cobertura vacinal dessa região é Minas Gerais (D1: 85,3%; D2: 69,2%).

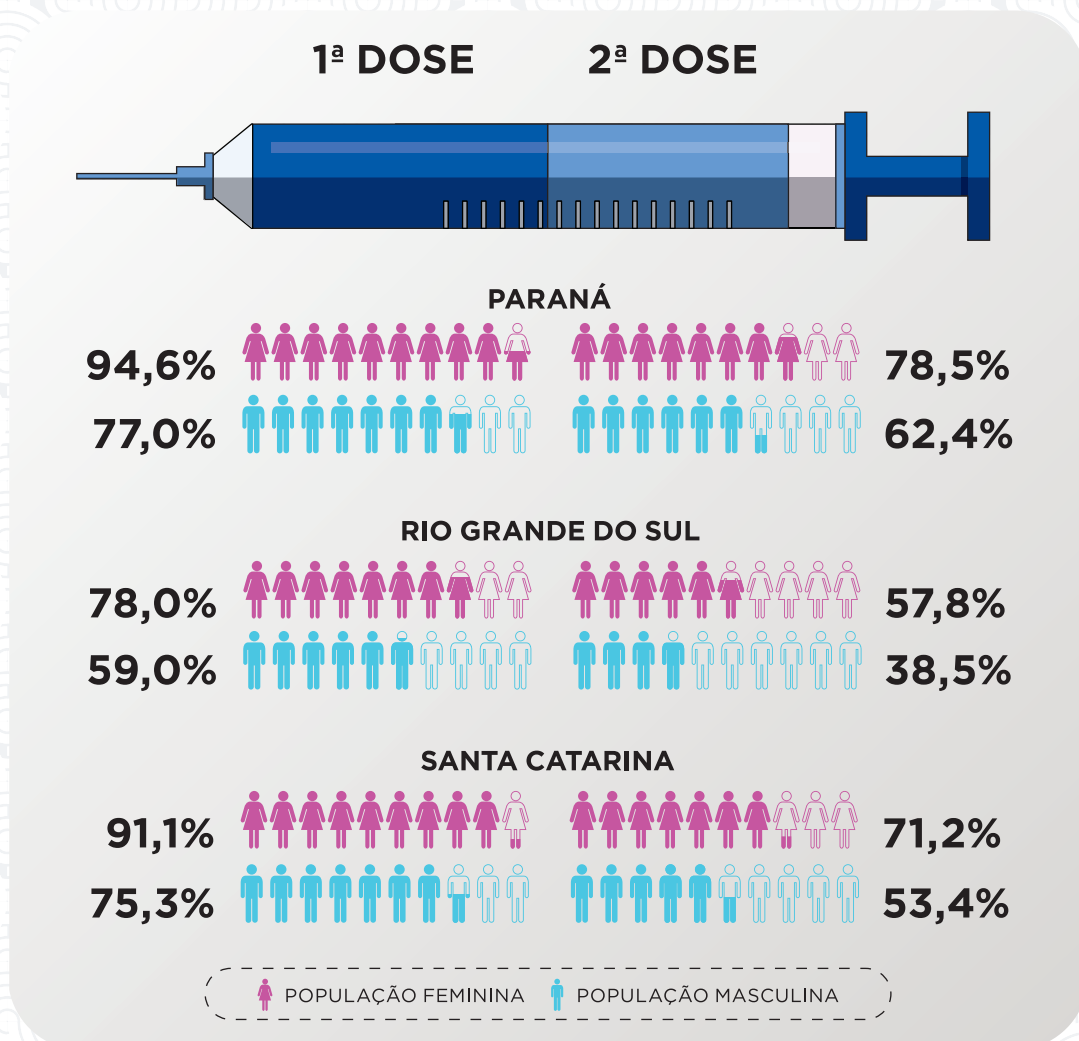
Seguindo o mesmo padrão da população feminina, a população masculina do RJ de 11 a 14 anos tem a menor adesão à vacina contra o HPV do Sudeste: 38,7% na dose 1 e 24,3% na dose 2. O Espírito Santo tem a maior (D1: 69,8%; D2: 51,0%).

A maior taxa de incidência do câncer do colo do útero é também no RJ: 17 novos casos para cada 100 mil mulheres. Já a mortalidade por câncer do colo do útero é maior no Espírito Santo: 7 mortes para cada 100 mil mulheres.



SUL

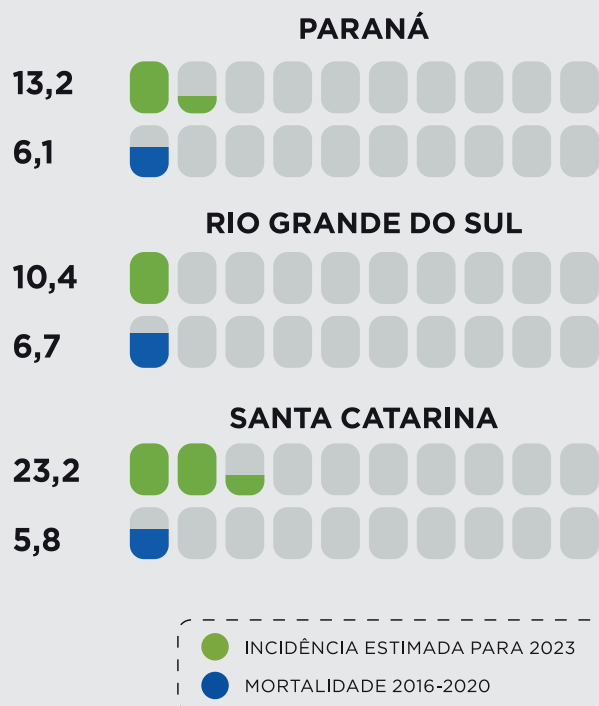
GRÁFICO 11: COBERTURA VACINAL CONTRA O HPV, POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 9 E 14 ANOS - 2013 A 2021 E POPULAÇÃO MASCULINA ENTRE 11 E 14 ANOS - 2017 A 2021, NOS ESTADOS DA REGIÃO SUL.



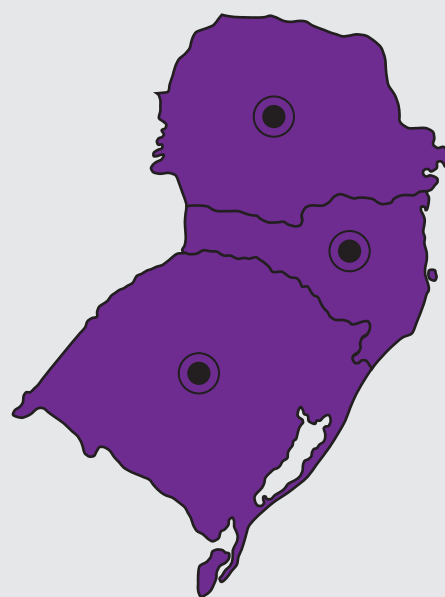
FONTE: PNI, 2023.

SUL

GRÁFICO 12: TAXAS BRUTAS* DE INCIDÊNCIA E DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NOS ESTADOS DA REGIÃO SUL.



* POR 100 MIL MULHERES
FONTE: INCA, 2022.



No Sul, o Paraná tem a maior cobertura vacinal contra HPV da região (D1: 94,6%; D2: 78,5%) e o Rio Grande do Sul, a menor (D1: 78,0%; D2: 57,8%) para a população feminina de 9 a 14 anos.

O Rio Grande do Sul se destaca como o estado com menor cobertura vacinal contra HPV entre os estados da região Sul, na população masculina entre 9 e

14 anos (59,0% na dose 1 e 38,5% na dose 2). Paraná tem a maior CV: 77,0% e 62,4% nas doses 1 e 2, respectivamente.

Santa Catarina se destaca pela maior taxa de incidência da região (23,2/ 100 mil) e o Rio Grande do Sul tem a maior mortalidade (6,7/ 100 mil).

CAPITAIS BRASILEIRAS





Entre as capitais do país, para a população feminina de 9 a 14 anos, Belo Horizonte (D1: 91,3%; D2: 72,8%), Curitiba (D1: 87,7%; D2: 68,7%) e Manaus (D1: 87,0%; D2: 63,2%) têm as maiores coberturas vacinais contra o HPV. Já Rio Branco se destaca por ter a menor cobertura vacinal entre as capitais (D1: 14,6%; D2: 12,3%).

Vitória se destaca por ser a capital com maior cobertura vacinal contra o HPV entre a população masculina de 11 a 14 anos, com 73,9% na primeira dose e 55,0% na segunda dose, respectivamente. Já a capital com menor aderência à vacinação na população masculina foi Rio Branco (D1: 2,5%; D2: 2,0%), seguindo o mesmo comportamento da população feminina.

Manaus é a capital com maior número de casos novos de câncer do colo do útero do país: 36 casos para cada 100 mil mulheres; é também a capital com maior mortalidade por essa doença, com 18 mortes para cada 100 mil mulheres.

TABELA 01: COBERTURA VACINAL CONTRA O HPV, POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 9 E 14 ANOS - 2013 A 2021 E POPULAÇÃO MASCULINA ENTRE 11 E 14 ANOS - 2017 A 2021 E TAXAS BRUTAS* DE INCIDÊNCIA E DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NAS CAPITALS BRASILEIRAS.

CAPITAL	1ª DOSE	2ª DOSE	1ª DOSE	2ª DOSE	INCIDÊNCIA	MORTALIDADE	
NORTE	BELÉM	52,9	35,8	33,2	19,4	24,9	11,5
	BOA VISTA	73,8	47,4	53,4	29,3	12,2	10,1
	MACAPÁ	55,1	39,2	28,4	18,4	26,4	11,0
	MANAUS	87,0	63,2	67,4	43,2	35,7	18,0
	PALMAS	59,2	42,9	47,4	27,9	14,9	6,4
	PORTO VELHO	67,0	43,5	42,0	24,0	21,4	9,1
NORDESTE	RIO BRANCO	14,6	12,3	2,5	2,0	24,9	10,3
	ARACAJU	61,6	45,2	31,6	31,3	12,3	5,6
	FORTALEZA	81,9	60,1	48,5	31,2	18,0	7,3
	JOÃO PESSOA	69,0	44,2	27,5	17,5	14,0	5,7
	MACEIÓ	62,5	42,9	41,8	24,3	23,9	7,7
	NATAL	60,5	40,7	43,8	26,8	15,3	6,4
	RECIFE	64,6	45,8	48,2	29,4	18,0	7,3
	SALVADOR	65,1	45,7	36,5	23,6	15,7	6,2
	SÃO LUÍS	51,4	36,7	27,0	16,8	26,5	11,8
	TERESINA	66,4	47,4	50,2	32,0	17,9	8,3
	CENTRO OESTE	BRASÍLIA	78,1	58,6	56,2	37,0	14,5
CAMPO GRANDE		75,9	54,0	53,1	31,7	17,6	6,2
CUIABÁ		73,6	49,9	47,9	31,4	19,7	8,4
GOIÂNIA		62,1	43,5	38,8	23,0	16,9	6,5
SUDESTE	BELO HORIZONTE	91,3	72,8	66,6	48,6	13,1	4,9
	RIO DE JANEIRO	72,1	49,1	50,3	31,3	15,3	4,8
	SÃO PAULO	76,5	59,8	57,0	40,0	11,2	4,2
SUL	VITÓRIA	82,3	67,7	73,9	55,0	11,4	5,9
	CURITIBA	87,7	68,7	65,9	48,6	12,8	4,2
	FLORIANÓPOLIS	68,0	45,2	54,3	30,9	22,9	5,0
PORTO ALEGRE	63,7	42,7	47,9	27,3	7,9	5,6	

 POPULAÇÃO FEMININA
  POPULAÇÃO MASCULINA
  INCIDÊNCIA ESTIMADA PARA 2023
  MORTALIDADE 2016-2020
 * POR 100 MIL MULHERES
 FONTE: PNI, 2023; INCA, 2022.

ANÁLISE

DO CENÁRIO

Uma das mais importantes descobertas na investigação etiológica do câncer nos últimos 40 anos foi a demonstração da relação entre o Papilomavírus Humano (Human Papillomavirus - HPV) e o câncer do colo do útero. A presença do HPV em 99,7% dos casos do câncer do colo uterino implica na maior atribuição de causa específica para um câncer em humanos já relatada.

A evolução do conhecimento científico referente à história natural desse câncer, com a identificação da infecção persistente por tipos oncogênicos de HPV como causa necessária para a progressão às lesões precursoras e ao câncer propiciou o desenvolvimento de novas estratégias de prevenção, baseadas em técnicas de biologia molecular, culminando na elaboração de vacinas profiláticas contra os tipos virais oncogênicos mais prevalentes.

A persistência da infecção por tipos oncogênicos do HPV pode evoluir para o surgimento do câncer do colo do útero, com uma estimativa de mais de 17 mil novos casos desse câncer a cada ano no Brasil. A principal estratégia para o controle do câncer do colo do útero, e posteriormente a sua possível erradicação, é a vacinação. O monitoramento

contínuo da infecção por HPV em uma população é uma importante estratégia da avaliação de programas de vacinação.

A primeira vacina para o HPV foi introduzida em 2006 nos Estados Unidos (EUA). Desde então, foi incorporada no calendário vacinal de países e territórios, incluindo o Brasil. Atualmente, seis vacinas profiláticas contra o HPV estão licenciadas no mundo.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) incorporou no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2014, a vacina quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18) contra HPV, tendo como objetivo principal a prevenção do câncer do colo do útero.

O esquema vacinal preconizado inicialmente foi de três doses (0, 6 e 60 meses) e a partir de 2016, segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o esquema foi modificado para duas doses (0 e 6 meses), exceto para a população imunossuprimida. A vacinação com a primeira dose, em 2014, foi disponibilizada gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também nas escolas. A partir da segunda dose, a aplicação está restrita aos serviços de saúde.

FIGURA 01: IMPLANTAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA HPV NO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (PNI)



*Vivendo com HIV/Aids, submetidos a transplantes de órgãos sólidos/medula óssea e pacientes oncológicos.

ANÁLISE

DO CENÁRIO

Segundo a OMS, a cobertura da vacina contra o HPV considerada adequada para atingir a meta proposta para eliminação do câncer do colo do útero é igual ou superior a 90%. No Brasil, a cobertura vacinal da população feminina entre 9 e 14 anos é de 76% para a primeira dose e 57% para a segunda dose, abaixo do valor preconizado. Ao analisarmos as regiões brasileiras identificamos que somente o Sul (88%) chega perto da meta na primeira dose. Observa-se que a adesão à segunda dose da vacina é inferior à primeira dose em todo o país, entre 50 e 62%, dependendo da região.

A adesão à vacinação contra o HPV da população masculina, entre 11 e 14 anos, é inferior à feminina em todo o país. A cobertura vacinal entre meninos do Brasil é de 52% na primeira dose e 36% na segunda dose, muito abaixo do recomendado. O Norte se destaca como região com menor cobertura vacinal masculina: 42% na primeira dose e 28% na segunda dose.

Entre os estados da região Norte, a cobertura vacinal tem grande variabilidade. O Acre se destaca por estar muito abaixo do valor considerado adequado, tanto na população feminina quanto na masculina. No Nordeste e Centro-Oeste, há uma variabilidade menor da cobertura vacinal entre estados, no entanto, nenhum chega perto de atingir os 90% recomendados. No Sudeste, o Rio de Janeiro, comparado aos outros estados da região, destaca-se pela baixa cobertura vacinal, na população feminina e masculina; São Paulo também chama atenção pela baixa cobertura vacinal masculina. No Sul, Paraná e Santa Catarina estão dentro da meta preconizada pela OMS, mas somente na primeira dose da população feminina.

Entre as capitais, Belo Horizonte é a única com cobertura vacinal feminina acima de 90%, na primeira dose. De forma oposta, Rio Branco se destaca pela menor adesão nas duas populações alvo.

A Fundação do Câncer elaborou e conduziu a revisão sistemática **Conhecimento e Práticas da População e dos Profissionais de Saúde sobre Prevenção do Câncer do Colo do Útero** com o objetivo de identificar as lacunas de conhecimento e as barreiras para adesão à vacinação contra HPV no Brasil.

Foram identificados 16 estudos transversais incluindo 7.712 crianças/adolescentes de 10 a 19 anos e 3.335 pais/responsáveis de 18 a 82 anos.

Entre 26 e 37% das crianças/adolescentes desconheciam que a vacina previne o câncer do colo do útero; entre 53 e 76% não sabiam que vacina diminui incidência de verrugas anogenitais; 82% achavam que a vacina protege contra outras infecções sexualmente transmissíveis (IST); entre 36 e 57% achavam que a vacina pode ser prejudicial à saúde; entre 35 e 47% achavam que a vacina pode incentivar iniciação sexual precoce; entre 32 e 50% não sabiam o número de doses correto.

Em relação aos pais/responsáveis, 17% desconheciam que a vacina previne o câncer do colo do útero; 33% não sabiam que vacina diminui incidência de verrugas anogenitais; 74% achavam que a vacina protege contra outras infecções sexualmente transmissíveis (IST); 20% achavam que a vacina pode ser prejudicial à saúde; 22% achavam que a vacina pode incentivar iniciação sexual precoce; 46% não sabiam o número de doses correto; entre 34% e 61% não conheciam a população-alvo elegível para a vacinação.

Dentre 2.727 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários), 33% não se sentiam seguros para informar sobre a vacinação; 49% não se consideravam responsáveis por ações educativas; e apenas 36% sempre perguntavam sobre status de vacinação em consultas originadas por outros motivos.

Assim sendo, a pesquisa demonstrou conhecimento insatisfatório sobre segurança, efetividade, população-alvo e número de doses da vacina, sendo imprescindível superar as barreiras informacionais identificadas, por meio de ações voltadas para a população e para os profissionais de saúde.

O que se observa com as informações apresentadas neste boletim é que, apesar da existência de uma vacina contra o HPV e dela estar disponível gratuitamente no SUS, ainda há uma dificuldade para atingir a cobertura vacinal adequada. Essa dificuldade se mostra maior quando se trata do esquema vacinal completo, ou seja, contemplando as duas doses indicadas para a imunização. Além disso, o documento pode auxiliar no direcionamento para as políticas públicas, pois fica claro que as regiões Norte e Nordeste, que possuem as maiores taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e baixa cobertura vacinal, são as que merecem um destaque positivo relacionado às políticas voltadas para prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce.

Dessa forma, claramente, observa-se uma contribuição da desigualdade social do Brasil na apresentação heterogênea da cobertura vacinal, mostrando a necessidade em que os gestores precisam planejar ações estratégicas específicas para seu território.

ANÁLISE DO CENÁRIO



www.cancer.org.br

Gráfica
PowerPrint

SB
COMUNICAÇÃO
scomunicacao.com.br