

**Conhecimento e aceitação da vacina contra o HPV entre pais de adolescentes de 11 a 13 anos
em uma cidade do Sul do Brasil**

Knowledge and acceptance of the HPV vaccine among parents of 11-13 years old adolescents in a
southern city of Brazil

Débora Martins Aliano^{1*}, acadêmica da 11^a fase de medicina, Universidade do Extremo Sul
Catarinense

Marie Piazza Pagnan^{1*}, acadêmica da 11^a fase de medicina, Universidade do Extremo Sul
Catarinense

Silvia Guedes Bernardi Taddeo¹, médica especialista em Infectologia, Universidade do Extremo Sul
Catarinense

Kristian Madeira^{1,2,3}, mestre, Universidade do Extremo Sul Catarinense

1. Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC – Criciúma – SC.
2. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul
Catarinense – UNESC – Criciúma – SC.
3. Laboratório de Epidemiologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense

* Estes autores contribuíram igualmente para este estudo

Autor correspondente: Universidade do Extremo Sul Catarinense- Curso de Medicina - Av.
Universitária, 1105 - Bairro Universitário- Criciúma – SC - CEP: 88806-000, e-mail: sil@unesc.net

Conhecimento e aceitação da vacina do HPV entre pais de adolescentes

Resumo

Introdução: Em 2014, o Ministério da Saúde ampliou o Calendário Nacional de Vacinação com a introdução da vacina contra o HPV, objetivando reduzir incidência e mortalidade do câncer de colo uterino no Brasil. **Objetivo:** Avaliar a aceitação vacinal entre pais de adolescentes de 11 a 13 anos numa cidade do sul do Brasil, verificando quais fatores influenciaram a decisão, além de determinar o conhecimento sobre HPV e sua vacina. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional, transversal, descritivo, com pais de adolescentes de escolas públicas e privadas que participaram da campanha de vacinação. A coleta de dados ocorreu através de questionários autoaplicáveis enviados pelas escolas. **Resultados:** O HPV era previamente conhecido por 86,2% dos participantes. As formas de prevenção mais reconhecidas foram o uso de preservativo e a vacinação. As doenças mais relacionadas ao vírus foram as verrugas anogenitais e o câncer de colo uterino. Foi demonstrada uma aceitação de 87,8%, sendo a principal razão de recusa o medo de efeitos colaterais. Aproximadamente 30% acreditam que a vacina protege contra todas as cepas de HPV e não sabem informar se há proteção contra outras DSTs. **Conclusão:** Apesar da alta aceitação vacinal, foi identificado conhecimento insuficiente sobre transmissão, prevenção, doenças relacionadas e características vacinais. A ênfase em programas de educação em saúde aos pais e adolescentes se faz necessária, tendo a escola como aliado fundamental nesta forma de prevenção primária.

Palavras-chave: HPV, vacina, saúde pública, educação em saúde

Abstract

Introduction: In 2014, the Brazilian Ministry of Health enlarged the National Immunization Program, introducing the vaccine against HPV with the goal of reducing incidence and mortality of cervical cancer. **Objective:** To evaluate vaccine acceptance among parents of 11-13 years old adolescents in a southern city of Brazil, verifying the influencing factors in this decision and to determinate the knowledge about HPV and its vaccine. **Methods:** An observational, cross-sectional and descriptive study was conducted with parents of adolescents students of public and private schools, which participated of HPV immunization program. Data were collected through self-administered questionnaires sent through schools. **Results:** HPV was previously known by 86.2% of the participants. The most recognized forms of prevention were condom use and vaccination. The most acknowledged virus-related diseases were anogenital warts and cervical cancer. It was demonstrated a vaccine acceptance of 87,8% and the main reason of vaccine refusal was the fear of side effects. About 30% of the respondents believe that the vaccine protects against all strains of HPV and don't know if there is protection against other sexually transmitted diseases. **Conclusions:** Despite the high vaccination acceptance, it was identified insufficient knowledge about transmission, prevention, virus-related diseases and characteristics of the vaccine against HPV. The emphasis on health education programs for parents and adolescents becomes necessary, with the school a key ally in this form of primary prevention.

Keywords: HPV, vaccine, public health, health education

Introdução

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é a doença sexualmente transmissível (DST) mais comum, atingindo a grande maioria dos indivíduos sexualmente ativos. É um sério problema de saúde pública, uma vez que há relação causal bem estabelecida da infecção com os cânceres do colo do útero, pênis, vulva, vagina, ânus e orofaringe. Destes, o de colo uterino é a quarta neoplasia mais comum na mulher, sendo que 87% dos óbitos ocorre em países em desenvolvimento. No Brasil, de acordo com a última estimativa do Instituto Nacional de Câncer, o risco estimado era de 15,3 casos a cada 100 mil mulheres, com aproximadamente 15.590 casos novos no ano de 2014 ^(1,2,3).

Estão disponíveis, atualmente, duas vacinas contra HPV: a bivalente, contra os tipos de alto risco oncogênico 16 e 18, e a quadrivalente, que adiciona proteção aos tipos 6 e 11, de baixo risco oncogênico, mas responsáveis pelas verrugas anogenitais. As vacinas agem de forma profilática, não servindo como tratamento de uma infecção vigente, nem mesmo interrompendo a progressão desta para lesão pré-cancerígena. Dessa forma, sua maior efetividade se dá antes de adquirir o vírus, ou seja, principalmente em indivíduos que ainda não iniciaram a vida sexual ⁽³⁾.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, a cada ano a atividade sexual inicia-se mais precocemente. Em níveis mais baixos de escolaridade, a iniciação sexual se dá ainda mais cedo, além de haver menos informação sobre formas de prevenção de DSTs, como a vacinação contra o HPV ⁽⁴⁾.

No Brasil, em 2014, o Ministério da Saúde ampliou o Calendário Nacional de Vacinação com a introdução da vacina quadrivalente contra o HPV no Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando a redução da incidência e mortalidade do câncer de colo uterino. O esquema adotado foi o estendido, com três doses aos 0, 6 e 60 meses. A população alvo escolhida foram as adolescentes de 9 a 13 anos, sendo no ano de 2014 vacinadas as com 11, 12 e 13 anos de idade; em 2015, as com 9, 10 e 11 anos de idade; e, a partir de 2016, as com 9 anos de idade ⁽⁵⁾.

É imprescindível a avaliação da adesão vacinal com a finalidade de conhecer seu real impacto na saúde da população em questão, além de identificar os fatores causadores do não

cumprimento do objetivo do programa. Assim, quando houver motivos de rejeição será possível instituir uma análise destes fatores, tendo por objetivo a melhoria das estratégias e informações veiculadas ⁽⁶⁾. A preocupação constante frente a vacina do HPV se dá pelo baixo conhecimento sobre o tema, assim como os mitos e informações errôneas, podendo levar à baixa realização da vacina, apesar das estratégias instituídas ^(7,8). Frente a isso, se faz necessária a atenção aos pais e/ou responsáveis das adolescentes que estão no grupo-alvo da estratégia, visto que a vacina é realizada nas escolas sob consentimento destes. O acompanhamento da aceitação da estratégia e a verificação do conhecimento sobre o tema visam à realização de programas de educação em saúde.

O objetivo desse estudo é avaliar a aceitação da vacina entre os pais de adolescentes numa cidade do sul do Brasil, verificando quais fatores influenciaram na decisão, além de determinar o conhecimento sobre HPV, doenças relacionadas e sua vacina.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional, transversal, descritivo, com pais de adolescentes matriculados em escolas públicas e privadas onde foi realizada a vacinação da campanha contra o HPV do Ministério da Saúde, na cidade de Criciúma/SC. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNESCO, protocolo 700.815/2014, e autorizado pela Secretaria de Educação da cidade de Criciúma/SC, pela Gerência Regional de Educação (GEREI) da mesma cidade, e pela direção das escolas privadas participantes.

Foram convidadas a participar todas as escolas privadas da cidade de Criciúma/SC e o mesmo número de escolas públicas municipais e estaduais, escolhidas por conveniência. Do total de escolas participantes, foi avaliado o número de alunos dos sexto, sétimo e oitavo anos escolares. A partir do total de alunos, foi calculado a amostra mínima necessária, cujo resultado foram 551 questionários a serem aplicados.

Houve uma discussão prévia com os coordenadores do ensino fundamental e alguns professores a fim de esclarecer dúvidas e orientar os procedimentos do estudo. A coleta de dados se

deu entre agosto e dezembro de 2014, através de questionário autoaplicável enviado aos pais dos estudantes de 11 a 13 anos, abordando questões sobre conhecimento, aceitação da vacina, comunicação entre pais e filhos e fontes de informação. Foram excluídos do estudo os pais que se recusaram a participar voluntariamente, os que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e aqueles que preencheram de forma incompreensível o questionário. Em algumas escolas, foi realizado um novo envio de questionários a fim de atender o número necessário da amostra.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do *software IBM StatisticalPackage for the Social Sciencies* (SPSS) versão 22.0. A idade e os anos de estudo foram expressos por meio de média e desvio padrão e as variáveis qualitativas como frequência e porcentagem. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e confiança de 95%. A idade e os anos de estudo foram avaliados quanto à normalidade por meio da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov. A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi investigada por meio da aplicação dos testes qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher.

Resultados

Caracterização sócio-demográfica

Os questionários foram entregues para 551 adolescentes, sendo 53,7% do sexo feminino e 46,3% do sexo masculino, com a média de idade de 12,14 (DP = 0,81) anos. A distribuição se deu de forma que 29,6% foram do sexto, 39% do sétimo e 29,2% do oitavo anos escolares. Do total, 50,8% foram do ensino público e 49,2% do ensino privado. Estes questionários foram respondidos pelos pais destes alunos, sendo que 83,3% eram do sexo feminino e 16,7% do sexo masculino, com a média de idade 41,03 (DP = 7,55) anos e com escolaridade média de 12,83 (DP = 5,29) anos de estudo.

Conhecimento dos pais sobre HPV e sua vacina

Aproximadamente 86% dos participantes relataram já ter ouvido falar sobre o HPV. Quase a totalidade (95,6%) dos pais responderam que a transmissão do vírus se dá pela via sexual. Poucos

pais sabiam que o contato com pele, mucosas, canal de parto e objetos de higiene contaminados são formas de transmissão, contudo alguns acreditam na transmissão pelo sangue (24,9%) e secreções respiratórias (5,1%). Entre as formas de prevenção, as mais reconhecidas foram o uso de preservativo (89,7%) e a vacinação (84,6%); entretanto, ter parceiro sexual único foi considerado por 33,9% dos participantes. Em apenas 7,4% das respostas, o sexo após o casamento foi considerado. As doenças mais relacionadas ao HPV foram o câncer de colo uterino (88,7%), as verrugas anogenitais (47,4%), o câncer de vulva e vagina (35,4%) e o câncer de pênis (30,5%). Em contraste, alguns dos respondentes relacionaram a AIDS (18,6%) e as vaginites (13,8%) ao vírus.

A respeito da vacinação, 34,8% acredita que a vacina protege contra todos os tipos de HPV, enquanto 41,4% desconhece a informação. Aproximadamente 30% não sabe informar se a vacina protege contra outras DSTs. Sobre as atitudes após a vacinação, 90,6% afirma que é necessário o uso de preservativo e 91,1% sabe que continua sendo necessário realizar o citopatológico.

Fontes de informação

As principais fontes de informação sobre o HPV mencionadas foram: TV e/ou rádio (56,1%), internet (38,5%), revistas e/ou jornais (34,3%), médico (33,6%), escola (24,3%), família e/ou amigos (22,9%). Mesmo já tendo ouvido falar sobre o assunto, 96% julgaram necessário continuar recebendo informações, preferencialmente pela escola (57,2%), TV e/ou rádio (55,4%), revistas e/ou jornais (38,3%), internet (37,2%), palestras (37%) e médicos (33,8%).

Consentimento para a vacinação

Com o consentimento de 87,8%, a vacina se mostrou altamente aceita entre os pais das meninas. As principais razões para tal incluem a prevenção de futuras doenças, o conhecimento de que a vacina é mais eficaz antes da iniciação sexual, o desejo da própria menina de ser vacinada e a recomendação da escola. Apenas 2,7% consentiram por recomendação do médico. Entretanto, 12,2% dos pais de meninas não consentiram com a vacinação, sendo o medo de efeitos colaterais a principal razão. A descrença na ação da vacina e a presunção de que a vacina não é necessária antes do início da atividade sexual também foram motivos citados (Tabela 1).

Comunicação entre pais e filhos

Quarenta e nove por cento dos pais relatam ter conversado sobre o tema com seus filhos, sendo que 16,7% pretendem fazê-lo. Entre os motivos que os pais consideraram impedir a comunicação estão: escola já aborda o assunto (32%), não saber como discutir o tema (29,9%) e medo de estimular a atividade sexual (11,4%). Houve quase unanimidade ao concordarem com a necessidade de haver mais programas de educação em saúde sobre o tema (92,4%), posto que apenas 46,1% acredita que o filho é bem informado sobre o assunto, 33,9% admite que não e 33,9% não sabe.

Correlação entre escolaridade e conhecimentos sobre HPV e sua vacina

Houve associação significativa e diretamente proporcional entre a escolaridade dos pais e a informação prévia sobre a existência da vacina ($p < 0,001$). Em todos os níveis de escolaridade, não houve certeza sobre a proteção vacinal contra outros tipos de DST. Contudo, os responsáveis com maior escolaridade tenderam a se mostrar mais conscientes de que a informação não é verdadeira ($p < 0,001$). O mesmo aconteceu com o questionamento acerca da proteção vacinal contra todas as cepas do HPV ($p = 0,009$). Houve tendência dos indivíduos com menor escolaridade considerarem não ser necessário realizar o exame citopatológico uterino após a vacinação ($p = 0,002$); entretanto, houve conhecimento geral sobre a necessidade do uso de preservativo mesmo após a vacina (Tabela 2).

Ao correlacionar a escolaridade dos pais com o conhecimento sobre as doenças causadas pelo HPV, apenas a AIDS teve associação positiva e diretamente proporcional, visto que aproximadamente 30% dos indivíduos com ensino fundamental incompleto acreditou que o HPV causa a AIDS ($p < 0,001$). Verificou-se o conhecimento geral do HPV como causador do câncer de colo de útero, independente da escolaridade. Acerca da transmissão do HPV, houve associação significativa entre a escolaridade dos pais e a afirmação sobre o contágio por meio do sangue ($p = 0,005$) ou secreções respiratórias ($p < 0,001$). Já a respeito da prevenção da infecção, nenhuma variável apresentou associação significativa com a escolaridade dos respondentes (Tabela 2).

Correlação do conhecimento sobre HPV e sua vacina com a aceitação e rede de ensino

A informação prévia acerca da existência do HPV foi comum à maioria dos respondentes, independente do consentimento vacinal. A maioria dos que não consentiram desconhece a necessidade do uso de preservativo ($p=0,013$) e de realizar o exame citopatológico uterino ($p=0,05$) após a realização da vacina. Não houve associação significativa entre o consentimento e o conhecimento sobre as formas de transmissão. Os pais que recusaram a vacinação de suas filhas tenderam menos a relacionar o vírus com câncer de colo uterino ($p=0,026$) e a reconhecer a vacina como forma de prevenção ($p=0,004$). Não houve correlação do consentimento com as outras variáveis relacionadas à doenças e prevenção. O consentimento vacinal também não se associou significativamente com a escolaridade dos pais, o tipo de rede de ensino e a comunicação entre pais e filhos (Tabela 2 e 3).

Houve associação estatisticamente significativa ($p<0,001$) ao correlacionar o conhecimento prévio sobre o HPV com a rede de ensino. Pais da rede pública foram mais propensos a julgar que a vacina protege contra todas as cepas do HPV ($p=0,005$) e contra outros tipos de DST ($p<0,001$). Independentemente do tipo de ensino, a maioria reconheceu a transmissão por via sexual e julgou necessário o uso do preservativo após a vacinação. Entretanto, os pais da rede privada reconheceram mais do que o outro grupo a necessidade do citopatológico uterino após a vacina ($p=0,013$). Houve maior tendência de pais da rede pública a julgarem erroneamente que sangue ($p=0,001$) e secreções respiratórias ($p=0,080$) são meios de transmissão. Já pais de escolas privadas tenderam a considerar a abstinência sexual como forma de prevenção do vírus ($p=0,002$) (Tabela 3).

Analisando as doenças relacionadas ao HPV, o conhecimento da maioria das variáveis independe da rede de ensino. Contudo, 20,4% dos pais da rede pública acreditou na relação da AIDS com o HPV, em contraste com 7,2% da rede privada ($p<0,001$). De forma geral, a maioria sabe que câncer de colo uterino é causado pelo HPV, mas poucos sabem que este também é causador do câncer de pênis, vulva, vagina, ânus e orofaringe (Tabela 3).

Discussão

Este é o primeiro estudo realizado no Sul do Brasil, com o objetivo de determinar o conhecimento dos pais de adolescentes e a aceitação dos pais de meninas alvo da campanha nacional de vacinação contra o HPV. Este programa iniciou em 2014, em um cenário no qual existia uma franca desinformação sobre o tema, dando espaço a mitos e medos a respeito da vacina. Portanto, demonstra-se a necessidade dessa avaliação, tendo em vista os fatores que influenciaram na decisão do consentimento.

Uma vez que houve uma mobilização nas escolas devido à campanha de vacinação, era esperado que a maioria dos pais afirmasse que já ouviu falar sobre o HPV. A maioria destes reconhece o HPV como uma doença sexualmente transmissível e o relaciona com o CA de colo uterino. Porém, é alarmante o desconhecimento encontrado sobre esse tema em outras variáveis. A escolaridade e o tipo de rede de ensino do filho se mostraram fatores agravantes à situação, visto que pais de baixa escolaridade e da rede pública tendem a desconhecer formas de transmissão importantes, a pressupor que a vacina protege contra todas as cepas do HPV e outras DSTs, além de considerarem que não seria necessário continuar realizando *screening* do CA de colo uterino com o citopatológico. Estes pais também tenderam a confundir o HPV com outras DSTs, fato evidenciado ao afirmarem que pode ser transmitido pelo sangue e causar a AIDS.

Fica nítido o despreparo dos pais para com a educação dos seus filhos sobre o assunto. De fato, pais admitiram não saber conversar com seus filhos, assim como também delegam à escola esta função. Essa lacuna na educação dos adolescentes demonstra o papel importante que a escola e profissionais da saúde, como o médico, têm nesta orientação, devendo ter como foco principal as formas de prevenção primária e secundária.

A mídia se destacou nesse estudo como fonte de informação, assim como em um estudo de Campinas em 2013 ⁽⁹⁾. Este achado não foi compatível com a pesquisa realizada em Barretos também em 2013 ⁽¹⁾, na qual a escola foi a principal fonte de informação, ficando a mídia em segundo plano. Fregnani et al. demonstraram que a participação das escolas em um programa de vacinação é importante para divulgar adequadamente informações sobre a vacina e aumentar a aceitação desta.

Em um estudo na Inglaterra em 2006 ⁽¹⁰⁾, a maioria dos pais concorda que devam existir programas de educação em saúde para os adolescentes nas escolas, o que o presente estudo corrobora.

Dois estudos internacionais conduzidos no ano de 2007, assim como um brasileiro realizado em 2013, obtiveram resultados mais desanimadores a respeito do conhecimento sobre o HPV. Na Holanda ⁽¹¹⁾, 29,5% haviam ouvido falar sobre o HPV; nos EUA ⁽¹²⁾, apenas 26%; em Campinas – Brasil, 40%. No estudo holandês, 14,3% relacionaram o vírus com câncer de colo uterino. Tal diferença com o atual estudo pode ser explicada pelo fato de que em 2007 havia, de fato, menor propagação global do assunto. Houve correlação significativa do conhecimento com a escolaridade tanto na Holanda como em Campinas, pactuando com os achados no atual estudo. Também na Inglaterra no ano de 2010 ⁽¹³⁾, 57,1% desconheciam que a vacina não protege contra outras cepas de HPV de alto poder oncogênico, assim como 40,6% acreditavam que a vacina pode proteger contra outras DSTs.

Indo de encontro ao esperado, foi observado que a maioria dos pais conversa sobre doenças sexualmente transmissíveis com seus filhos. Ainda que o presente estudo não tenha abordado os motivos que levaram a discussão do tema entre pais e filhos, a campanha vacinal pode ter sido um estímulo para o início do debate sobre o assunto. Na Inglaterra, em 2006 ⁽¹⁰⁾, foi observado que pais com comunicação difícil com seus filhos tendiam a consentir menos com a vacinação. Já no vigente estudo, não houve essa correlação.

A aceitação da vacina demonstrada nesta pesquisa (87,8%) vai ao encontro de outros dois estudos realizados também no Brasil. No primeiro estudo, em Barretos no ano de 2013⁽¹⁾, com 1389 pais participantes, houve uma aceitação de 88,2%, não tendo diferença significativa entre rede pública e privada. Medo de efeitos colaterais foi a principal razão para a recusa, assim como no estudo atual. O segundo, realizado com 300 pais na cidade de Campos dos Goytacazes – RJ em 2013 ⁽¹⁴⁾, obteve uma aceitação de 87% destes pais. As razões encontradas para a recusa foram principalmente o fato de a filha ser virgem ou nova demais para vacinar. Ficou evidente que muitas destas razões para a recusa se justificam pelo esclarecimento insuficiente sobre a vacina. Estudos internacionais encontraram resultados coerentes com os brasileiros, demonstrando uma aceitação de

87,8% na Holanda em 2007 ⁽¹¹⁾ e 86% em Birmingham – Inglaterra em 2010 ⁽¹³⁾. Na Holanda, não houve correlação entre o conhecimento e a aceitação da vacina, pactuando com os achados neste estudo.

Neste estudo também não se observou correlação da aceitação com a escolaridade, tipo de rede de ensino do filho e comunicação pai/filho. Esse resultado foi esperado, assim como a alta taxa de consentimento encontrada, tendo em vista que o estudo foi realizado em escolas que participaram da campanha vacinal. A maioria dos pais do estudo conheciam a relação do vírus com o CA de colo uterino, o que poderia ser também explicado pela ênfase que o programa do Ministério da Saúde deu em relação a essa doença. Apesar dos esforços realizados a fim de reduzir a incidência e mortalidade do câncer de colo uterino no país, os pais que recusaram a vacinação tenderam a não reconhecer esta forma de prevenção e a relacionar menos o câncer de colo ao HPV.

A partir do atual estudo ficou evidente que, embora a aceitação da vacina tenha sido alta no primeiro ano da campanha nacional contra o HPV, e a maioria do país já tenha ouvido falar sobre o vírus, o conhecimento sobre o tema se mostrou superficial, com muita dúvida acerca dos métodos de transmissão, prevenção, doenças relacionadas e características da vacina. Além disso, revelou-se a falta de comunicação entre pais e filhos, com muitos desconhecendo o grau de informação dos filhos sobre o tema. Características mais preocupantes abordadas foram o grande receio de efeitos colaterais da vacina e a falsa sensação de proteção contra outras DSTs. Por conseguinte, é notório que a ênfase em programas de educação em saúde aos pais e adolescentes se faz necessária na cidade de Criciúma/SC. A escola demonstrou ser aliado fundamental nesta importante forma de prevenção primária, uma vez que os pais relataram confiar a esta instituição a educação de seus filhos. Como sugestão, seria importante realizar continuação da pesquisa a fim de verificar se houve adesão da segunda dose vacinal, tendo em vista que foi realizada nas Unidades de Saúde da atenção primária. Este estudo apresentou algumas limitações como não ter coletado dados diretamente com os pais por meio de entrevista, além de ter uma amostra casual.

Referências

1. Fregnani JHTG, Carvalho AL, Eluf-Neto J, Ribeiro KCB, Kuil LM, Silva TA, et al. A school-based human papillomavirus vaccination program in Barretos, Brazil: Final results of a demonstrative study. *PloS one* 2013; 8(4):1-9.
2. Instituto Nacional de Câncer do Brasil. Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2014.
3. The FUTURE II Study Group. Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent High-Grade Cervical Lesions. *N Engl J Med* 2007; 356:1915-27.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança PNDS 2006 - Relatório Final. Brasília; 2008. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf> Acesso em: 29 abr. 2014
5. Brasil. Ministério da Saúde. Informe técnico sobre a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) na atenção básica. Brasília; 2013.
6. Rocha R, Sampaio MJ, Pereira CA, Liberal I. Factores associados ao não cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e das vacinas pneumocócica conjugada heptavalente e contra o rotavírus. *Rev Port Pediatr.* 2010; 41(5): 195-200.
7. Zimet GD, Rosberger Z, Fisher WA, Perez S, Stupiansky NW. Beliefs, behaviors and HPV vaccine: Correcting the myths and the misinformation. *Prev Med.* 2013; 57(5): 414-18.
8. Bosch FX, Broker TR, Forman D, Moscicki AB, Gillison ML, Doorbar J, et al. Comprehensive Control of Human Papillomavirus Infections and Related Diseases. *Vaccine.* 2013; 31(6):1-31.
9. Osis MJ, Duarte GA, Sousa MH. SUS users' knowledge of and attitude to HPV virus and vaccines available in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2014; 48(1):123-33.
10. Brabin L, Roberts SA, Farzaneh F, Kitchener HC. Future acceptance of adolescent human papillomavirus vaccination: A survey of parental attitudes. *Vaccine.* 2006; 24(16): 3087-94.
11. Lenselink CH, Gerrits MM, Melchers WJ, Massuger LF, van Hamont D, Bekkers RL. Parental acceptance of Human Papillomavirus vaccines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008; 137(1):103-7.

12. Constantine NA, Jerman P. Acceptance of human papillomavirus vaccination among Californian parents of daughters: a representative statewide analysis. *J Adolesc Health*. 2007; 40(2):108-15.
13. Das A, Madhwapathi V, Davies P, Brown G, Dearly E, Spencer A, et al. knowledge and acceptability of the HPV vaccine by school children and their parents in Birmingham. *Vaccine*. 2010; 28(6):1440-6.
14. Kury CMH, Kury MMH, Silva RMH, Oliveira FAS, Moraes JC, Moraes JSA, et al. Implementation of the quadrivalent vaccine against HPV in the Municipality of Campos dos Goytacazes, Brazil – A combination of strategies to increase immunization coverage and early reduction of genital warts. *Trials Vaccinol*. 2013; 2(3):19-24.

Tabela 1. Consentimento da vacinação entre pais de meninas

Variável	n(%) n = 296
<i>Consentimento com a vacinação</i>	
Sim	260 (87,8)
Não	36 (12,2)
<i>Razões para não consentir com a vacinação</i>	
Medo de efeitos colaterais	23 (63,9)
Perdeu a oportunidade	8 (22,2)
Não acredita na ação da vacina	6 (16,7)
Filha ainda não iniciou a atividade sexual	5 (13,9)
Vacina foi excluída em outros países	3 (8,3)
Foi desaconselhada por profissionais da saúde	3 (8,3)
Foi desaconselhada por líder religioso	2 (5,6)
Medo de que inicie a atividade sexual mais cedo	2 (5,6)
Não considera importante	2 (5,6)
Desinformação sobre o tema	1 (2,8)
Não acredita no esquema da rede pública	1 (2,8)
<i>Razões para consentir com a vacinação</i>	
Prevenção de futuras doenças	247 (95,4)
Filha ainda não iniciou a atividade sexual	168 (64,9)
Filha desejou receber a vacina	103 (39,8)
Recomendação da escola	102 (39,4)
Recomendação do ESF	57 (22,0)
Outro – Recomendação médica	7 (2,7)
Outro – Caso de câncer na família	2 (0,8)
NR	1 (0,4)

ESF = estratégia de saúde da família; NR = não respondeu

Tabela 2. Correlação da aceitação e do conhecimento sobre HPV e vacina com a escolaridade do pai

	Escolaridade - n (%)				Valor p
	EFI	EFC e EMI	EMC e ESI	ESC ou mais	
<i>Aceitação</i>	37 (84,1)	33 (84,6)	86 (88,7)	92 (91,1)	0,566
<i>Já ouviu falar na vacina</i>	50 (69,4)	63 (73,3)	185 (90,7)	118 (95,2)	<0,001
<i>Proteção contra todas as cepas do HPV</i>	28 (38,9)	35 (41,2)	67 (32,8)	53 (32,3)	0,009
<i>Proteção contra outras DSTs</i>	11 (15,5)	13 (15,3)	12 (5,9)	11 (6,7)	<0,001
<i>Necessário o uso de preservativo após</i>	66 (91,7)	74 (87,1)	188 (92,2)	152 (92,1)	0,604
<i>Necessário o citopatológico após</i>	62 (86,1)	71(82,6)	190 (93,1)	158 (95,8)	0,002
<i>Formas de Transmissão</i>					
Sexual	70 (98,6)	80 (94,1)	196 (98,0)	161 (97,6)	0,244
Pele/Mucosa	13 (18,3)	21 (24,7)	56 (28,0)	46 (27,9)	0,397
Sangue	28 (39,4)	26 (30,6)	47 (23,5)	31 (18,8)	0,005
Parto	15 (21,1)	23 (27,1)	60 (30,0)	51 (30,9)	0,446
Secreções respiratórias	10 (14,1)	8 (9,4)	5 (2,5)	4 (2,4)	<0,001
Higiene	13 (18,3)	16 (18,8)	21 (10,5)	18 (10,9)	0,110
<i>Formas de Prevenção</i>					
Preservativo	66 (94,3)	73 (84,9)	181 (89,2)	155 (93,4)	0,097
Abstinência sexual	8 (11,4)	6 (7,0)	29 (14,3)	34 (20,5)	0,027
Vacinação	58 (82,9)	70 (81,4)	174 (85,7)	147 (88,6)	0,420
Sexo após o casamento	7 (10,0)	8 (9,3)	17 (8,4)	7 (4,2)	0,276
Parceiro único	31 (44,3)	34 (39,5)	60 (29,6)	56 (33,7)	0,104
<i>Doenças relacionadas</i>					
Resfriado/Gripe	2 (2,9)	2 (2,3)	4 (2,0)	1 (0,6)	0,574
Vaginoses	14 (20,3)	11 (12,8)	30 (15,2)	20 (12,3)	0,435
CA de ânus	18 (26,1)	18 (20,9)	41 (20,7)	40 (24,7)	0,701
CA de colo de útero	60 (87,0)	75 (87,2)	184 (92,9)	152 (93,8)	0,139
CA de pênis	20 (29,0)	29 (33,7)	63 (31,8)	53 (32,7)	0,931
CA de vulva/vagina	25 (36,2)	26 (30,2)	75 (37,9)	67 (41,4)	0,387
CA de orofaringe	6 (8,7)	6 (7,0)	21 (10,6)	19 (11,7)	0,659
Papilomatose respiratória	2 (2,9)	4 (4,7)	13 (6,6)	13 (8,0)	0,455
Verrugas anogenitais	30 (43,5)	36 (41,9)	97 (40,9)	89 (54,9)	0,370
AIDS	21 (30,4)	20 (23,3)	20 (10,1)	9 (5,6)	<0,001

EFI = Ensino fundamental incompleto; EFC e EMI = Ensino fundamental completo e médio incompleto; EMC e ESI = Ensino médio completo e superior incompleto; ESC ou mais = Ensino superior completo ou superior; DSTs = doenças sexualmente transmissíveis; CA = câncer; AIDS = síndrome da imunodeficiência adquirida

Tabela 3 – Correlação do Conhecimento sobre HPV e sua vacina com aceitação e rede de ensino

	Aceitação			Rede de Ensino		
	Sim	Não	Valor p	Público	Privado	Valor p
<i>Formas de transmissão</i>						
Sexual	250 (97,3)	34 (94,4)	0,999	264 (96,0)	263 (97,8)	0,325
Pele/Mucosa	59 (23,0)	9 (26,5)	0,668	72 (26,2)	67 (24,9)	0,768
Sangue	62 (24,1)	6 (17,6)	0,519	86 (31,3)	51 (19,0)	0,001
Canal de parto	67 (26,1)	13 (38,2)	0,154	72 (26,2)	80 (29,7)	0,390
Secreções respiratórias	13 (5,1)	1 (2,9)	0,999	19 (6,9)	9 (3,3)	0,080
Objetos de higiene	37 (14,4)	2 (5,9)	0,281	41 (14,9)	29 (10,8)	0,161
<i>Formas de prevenção</i>						
Preservativo	230 (89,1)	31 (86,1)	0,575	246 (88,5)	248 (91,9)	0,200
Abstinência sexual	42 (16,3)	8 (22,2)	0,352	27 (9,7)	51 (18,9)	0,002
Vacinação	229 (88,8)	25 (69,4)	0,004	237 (85,3)	229 (84,8)	0,905
Sexo após o casamento	20 (7,0)	3 (8,3)	0,999	25 (9,0)	16 (5,9)	0,196
Parceiro único	85 (32,9)	9 (25,0)	0,446	99 (35,6)	88 (32,6)	0,472
<i>Doenças relacionadas ao HPV</i>						
Resfriado/Gripe	2 (0,8)	1 (3,0)	0,308	8 (2,9)	2 (0,8)	0,107
Vaginoses	30 (11,8)	4 (12,1)	0,999	45 (16,4)	31 (11,7)	0,138
CA de ânus	45 (17,7)	5 (15,2)	0,999	64 (23,4)	54 (20,5)	0,466
CA de colo de útero	243 (95,7)	28 (84,8)	0,026	247 (90,1)	242 (91,7)	0,533
CA de pênis	61 (24,0)	11 (33,3)	0,286	80 (31,7)	84 (31,8)	0,781
CA de vulva/vagina	87 (34,3)	11 (33,3)	0,999	99 (36,1)	96 (36,4)	>0,999
CA de orofaringe	22 (8,7)	4 (12,1)	0,518	25 (9,1)	27 (10,2)	0,771
Papilomatose respiratória	10 (3,9)	2 (6,1)	0,635	16 (5,8)	17 (6,4)	0,858
Verrugas anogenitais	114 (44,9)	12 (36,4)	0,456	129 (47,1)	132 (58,0)	0,459
AIDS	27 (10,6)	5 (15,2)	0,389	56 (20,4)	19 (7,2)	<0,001
<i>Já ouviu falar na vacina</i>						
<i>Proteção contra todas cepas HPV</i>	222 (85,4)	24 (94,4)	0,193	220 (78,6)	255 (94,1)	<0,001
<i>Proteção contra outras DSTs</i>	101 (39,5)	8 (22,2)	0,133	99 (35,7)	93 (34,4)	0,005
<i>Necessário preservativo após</i>	25 (9,7)	1 (2,9)	0,046	36 (12,9)	14 (5,2)	<0,001
<i>Necessário preservativo após</i>	244 (94,2)	29 (82,9)	0,013	251 (90,0)	248 (91,9)	0,731
<i>Necessário citopatológico após</i>	247 (95,0)	31 (86,1)	0,050	246 (87,9)	256 (94,8)	0,013

HPV = papilomavírus humano; CA = carcinoma; AIDS = síndrome da imunodeficiência adquirida; DSTs = doenças sexualmente transmissíveis