



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



Organization Accredited
by Joint Commission International



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
PESQUISA CLÍNICA**

Wagner Mesojedovas Santos

**Revisão bibliográfica sobre a cobertura da imunização contra
HPV no Brasil em relação a outros países e propostas para
auxiliar no aumento da adesão dos adolescentes à campanha
de vacinação no Brasil**

**Porto Alegre
2023**



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
PESQUISA CLÍNICA**

Wagner Mesojedovas Santos

Revisão bibliográfica sobre a cobertura da imunização contra HPV no Brasil em relação a outros países e propostas para auxiliar no aumento da adesão dos adolescentes à campanha de vacinação no Brasil.

Dissertação apresentada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Pesquisa.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Santana Fernandes

**Porto Alegre
2023**

CIP - Catalogação na Publicação

Mesojedovas Santos, Wagner

Revisão bibliográfica sobre a cobertura da imunização contra HPV no Brasil em relação a outros países e propostas para auxiliar no aumento da adesão dos adolescentes à campanha de vacinação no Brasil / Wagner Mesojedovas Santos. -- 2023.

87 f.

Orientadora: Márcia Santana Fernandes.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Papilomavírus humano. 2. Programa de imunização. 3. Marketing social. 4. Campanha de vacinação . I. Santana Fernandes, Márcia, orient. II. Título.

Wagner Mesojedovas Santos

Revisão bibliográfica sobre a cobertura da imunização contra HPV no Brasil em relação a outros países e propostas para auxiliar no aumento da adesão dos adolescentes à campanha de vacinação no Brasil.

Projeto de Dissertação apresentado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Pesquisa.

Orientadora Prof.^a Dr.^a Márcia Santana Fernandes

A banca examinadora do projeto de Dissertação, em sessão pública realizada em 15 de março de 2023, considerou o candidato:

1. Prof.^a Dr.^a Márcia Santana Fernandes
2. Prof.^a Dr.^a Carla da Silva Almeida
3. Prof.^a Dr.^a Denise Avancini Alves
4. Prof.^a Dr.^a Leila Beltrami Moreira
5. Prof.^a Dr.^a Úrsula da Silveira Matte

À Prof.^a. Dr.^a. Regina Paolucci El Dib (*in memoriam*), pelo pronto suporte e fazer esse trabalho possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu forças para concluir esse projeto. Sem ele nada seria possível.

Agradeço a minha querida esposa pela ajuda e suporte para desenvolver essa dissertação.

Sou grato a professora Márcia pela orientação, paciência e por ter aceitado me acompanhar nessa dissertação.

ABREVIACÕES E SIGLAS

EV – epidermodisplasia verruciforme

FDA – Food and Drug Administration

HPV – Papilomavirus Humano

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde

NIP – National Immunisation Program

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNI – Programa Nacional de Imunização

SBOC – Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

TGA – Therapeutic Goods Administration

ILUSTRAÇÕES

Tabelas

<i>Tabela 1 – Incidência estimada em mulheres para 2020 conforme a localização primária do tumor e sexo.</i>	14
Tabela 2 – Cobertura vacinal com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, na população masculina e feminina de 9 a 14 anos, Brasil.....	15
Tabela 3 – Incidência estimada em mulheres para 2020 conforme a localização primária do tumor e sexo.....	28
Tabela 4 –Experiências adversas sistêmicas comuns relatadas	31
Tabela 5 – Percentual de cobertura da campanha vacinal com doses (D1, D2 e D3) da vacina HPV quadrivalente, na população masculina e feminina, Brasil	32
Tabela 6 – Cobertura vacinal com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, na população masculina e feminina de 9 a 14 anos, Brasil.....	33
Tabela 7 – Dados ajustados de cobertura vacinal com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, na população masculina e feminina de 9 a 14 anos, Brasil.....	33
Tabela 8 – Dados da cobertura vacinal com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, na população feminina por faixa etária, Brasil.....	34
Tabela 9 – Dados da cobertura vacinal com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, na população masculina por faixa etária, Brasil.....	35
Tabela 10 –Relatório da OMS sobre os dados de dados da cobertura vacinal mundial por país	35
Tabela 11. Coberturas Vacinais por Imunizante de 1994 a 2008, Brasil	36
Tabela 12. Coberturas Vacinais por Imunizante de 2009 a 2022, Brasil	37
Tabela 13 – Comportamento sexual das meninas.....	40
Tabela 14 –Alcance dos meios de comunicação	41
Tabela 15 – Características dos responsáveis pelas meninas.....	42
Tabela 16 – Taxa de aceitação e cobertura vacinal.....	42
Tabela 17 –Razões dadas pelos responsáveis para recusar a vacinação.....	43
Tabela 18 –Tabela com dados oficiais emitida pela OMS	44
Tabela 19 – Números e percentual padronizado de mulheres entre 20 e 69 anos de idade examinadas ao longo dos anos (janeiro até junho/2017)	49
Tabela 20 – Percentual de cobertura na Austrália para meninas com até 15 anos.....	50
Tabela 21 – Percentual de cobertura no México para meninas com até 15 anos	51
Tabela 22 – Percentual de cobertura no Peru para meninas de 9 a 13 anos.....	56

Tabela 23 Resumo do marketing social por país.	57
Tabela 24 – Razões percebidas para recusa ou hesitação dos pais em relação à vacina.....	59
Tabela 25 – Estudo fase III para avaliação de eficácia.....	61
Tabela 26 –Vacinação contra HPV e o Câncer de colo do útero	62
Tabela 27 –Estratégia de vacinação na América Latina.....	63
Tabela 28 Dados étnicos por país, 2021	65
Tabela 29 –Razões percebidas para recusa ou hesitação dos pais em relação à vacina	65
Tabela 30 – Tabela 5W2H.....	77

Quadro

Gráfico 1 – Média de tempo gasto por meio de comunicação	22
Gráfico 2 – Gastos com propaganda no mundo	23
Gráfico 3 – Incidência de colo do útero em mulheres de 20 a 69 anos de 1982 a 2015.....	51
Gráfico 4 – Separação dos principais problemas.....	75

Imagens

Imagem 1 – Amostra com coloração Papanicolaou – observa-se uma célula atípica.....	27
Imagem 2 – Retorno do Ministério da Saúde referente aos dados de vacinação.....	32
Imagem 3 – Poster do material de campanha utilizado pelo MS em 2016.....	38
Imagem 4 – Imagem da página no Youtube do MS com o último material sobre HPV disponibilizado	38
Imagem 5 – Exclusões iniciais do estudo Barretos	39
Imagem 6 – Campanhas e estratégias utilizadas pelo governo da Austrália	46
Imagem 7 – Imagem da campanha “Don’t Just Sit There”	47
Imagem 8 – Esquema de vacinação mexicano	53
Imagem 9 – Material da campanha do Peru	54
Imagem 10 – Brindes fornecidos pelo ministério da saúde do Peru.....	55
Imagem 11 – Modelo do termo de consentimento informado utilizado ministério da saúde do Peru.....	56
<i>Imagem 12 – Diagrama de Ishikawa</i>	<i>72</i>

Figuras

Figura 1 – Estrutura do trabalho.....	19
---------------------------------------	----

RESUMO

O Governo Federal lançou há 7 anos campanha de conscientização para estimular a vacinação; com meta de vacinar 80% do público-alvo. Os dados do Ministério da saúde (MS) mostram um número abaixo da meta que foi preconizada pelo próprio MS. Mesmo antes do início da pandemia, desencadeada no início de 2020 com o vírus SARS-Cov-2, a cobertura de vacinação não avançava no país. **O problema central de pesquisa**, diante desta realidade, é saber: quais as razões pelas quais a vacinação do público-alvo contra o HPV não atingem a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS)? **O objetivo geral** deste projeto foi identificar e analisar possíveis problemas na campanha de vacinação do HPV, implementadas pelo governo brasileiro para atingir a meta de imunização de 80% do público-alvo, estabelecida pelo MS. **Os objetivos específicos** são: 1) Identificar e analisar as campanhas relacionadas ao HPV no Brasil e em outras regiões do mundo e 2) elencar os possíveis padrões e boas práticas que podem contribuir para solucionar os problemas identificados. **O Método** tem natureza qualitativa, dedutiva-hipotética. A técnica utilizada para o desenvolvimento do método é de revisão narrativa de literatura, em particular estudando as narrativas e formatos aplicados nas campanhas de vacinação no Brasil. **Resultados:** 1) foram identificados as principais causas que impactam a campanha de vacinação no Brasil e estas foram elencadas através do diagrama de Ishikawa. As subcausas também foram exploradas para facilitar a criação do plano de mitigação. 2) As sugestões para mitigação e/ou correção dos problemas da campanha de vacinação foram informadas através da ferramenta 5W2H e o mapeamento de padrões para uso do marketing social na saúde foram exibidos ao longo do trabalho e discutidos no capítulo 3 desta dissertação.

Palavras-chave: HPV; câncer de colo de útero; prevalência; campanha de vacinação; marketing social e Imunização.

ABSTRACT

The Federal Government launched an awareness campaign seven years ago to encourage vaccination, with the goal of vaccinating 80% of the target audience. The data from the Health Ministry (MS) show a number below the goal that was recommended by the MS itself. Even before start of the pandemic, triggered in early 2020 with the SARS-Cov-2 virus, vaccination coverage was not advancing in the country. **The central research question**, was to identify and analyze potential problems in the HPV vaccination campaign, implemented by the Brazilian government, to reach the immunization goal of 80% of the target audience, set by the MS. **The specific objectives are:** 1) Identify and analyze the campaigns related to HPV in Brazil and in other world's regions 2) list the possible patterns and good practices that can contribute to solve the problems identified. **The Method** is qualitative, deductive-hypothetical nature. The technique used to develop the method is narrative literature review, studying the narratives and formats applied in vaccination campaigns in Brazil. **Results:** 1) the main factors that impact the vaccination campaign in Brazil were identified and listed using the Ishikawa diagram. The sub-causes were also explored to facilitate the creation of the mitigation plan. 2) Suggestions for mitigating and/or correcting the problems of the vaccination campaign were informed through the 5W2H tool and mapping of patterns for the use of social marketing in health were displayed throughout the work and discussed in chapter 3 of this dissertation.

Keywords: HPV; cervical cancer; prevalence; vaccination campaign; social marketing and Immunization.

SUMÁRIO

Abreviações e siglas	6
Ilustrações	7
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivos	16
1.1.1 Objetivo geral:.....	16
1.1.2 Objetivos específicos:	16
1.2 Justificativa	16
1.3 Hipótese	17
1.4 Metodologia.....	17
1.5 Estrutura.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Marketing social	20
2.1.1 Conceito	20
2.1.2 Exemplos de marketing social no Brasil.....	23
2.2 Ferramentas de qualidade.....	25
2.2.1 Diagrama de Ishikawa	25
2.2.2 Gráfico de Pareto	25
2.2.3 5W2H	25
2.3 Papilomavirus humano	26
2.3.1 Doença	26
2.3.2 Impacto econômico	29
2.3.3 Vacina.....	30
2.3.4 Impacto epidemiológico/vacinação	31
2.3.5 Campanhas de outros imunizantes	36
2.3.6 Estratégias de propaganda e MKT da campanha.....	37
2.4 Pesquisa clínica em Barretos/SP	39
2.4.1 Estudo de Barretos	39
2.5 Case Austrália e outros países	44
2.5.1 Austrália	45

		12
2.5.2	México.....	51
2.5.3	Peru.....	53
2.6	Como trabalhar com marketing social na saúde pública	57
2.6.1	Dificuldades: hesitação e recusas.....	59
3	PROPOSTAS E DISCUSSÃO.....	61
3.1	Marketing social como ferramenta de convencimento.....	61
3.2	Papanicolaou.....	67
3.3	Automatização do sistema de saúde e cartórios e App.....	68
3.4	Combate a desinformação: antivacinas	68
3.5	Investimento em pesquisa	70
4	PRODUTOS E IMPACTO SOCIAL.....	71
4.1	Publicações.....	71
4.1.1	Artigo.....	71
4.1.2	Critérios de busca para as revistas	71
4.2	Ferramentas de qualidade	71
4.2.1	Diagrama de Ishikawa	71
4.2.2	Gráfico de Pareto	73
4.2.3	5W2H	76
4.3	Impacto social	79
5	CONSIDERAÇÕES.....	80
5.1	Considerações finais	80
5.2	Sugestões para estudos futuros.....	82
6	REFERÊNCIAS	83

INTRODUÇÃO

O Papilomavirus Humano (HPV) é um vírus cuja principal via de transmissão é o contato sexual. Há mais de 100 tipos de HPV que acometem o ser humano reportados na literatura médica. Cinquenta tipos de HPV acometem a mucosa do aparelho genital e pelo menos 15 tipos são classificados como cancerígenos (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010). Com prevalência geral de 54,6% no Brasil, estima-se que nove em cada dez pessoas terão HPV em algum momento de suas vidas (VENTO, 2020). Os diferentes tipos de HPV são classificados de acordo com o risco à saúde humana (alto e baixo risco): o HPV de baixo risco não causa câncer, mas causa verrugas genitais; já o HPV de alto risco pode causar diversos tipos de cânceres:

- 1) câncer anal;
- 2) câncer vaginal;
- 3) câncer de vulva;
- 4) câncer de pênis;
- 5) câncer orofaríngeo;
- 6) câncer de colo do útero.

O câncer de colo de útero é o objeto da discussão e foco desta pesquisa. O HPV de alto risco é responsável por 99% dos casos de câncer de colo de útero, sendo o tipo 16 o mais comum detectado no carcinoma (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010), e está dentre os quatro tipos de cânceres que mais matam por ano no Brasil (6.526 em 2019) (INCA-MS, 2021a). No mundo, em 2018, foram 311 mil vítimas fatais (OMS, 2020). Dentre os principais cânceres, é o único que atualmente pode contar com um imunizante para prevenção.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou em 2020 16.710 novos casos de câncer no país (Tabela 1). O número de óbitos devido ao câncer tem aumentado anualmente, evidenciando a necessidade de algum tipo de intervenção.

Tabela 1 – Incidência estimada em mulheres para 2020 conforme a localização primária do tumor e sexo.

Localização primária	Casos novos	%
Mama feminina	66.280	29,7
Colón e Reto	20.470	9,2
Colo e útero	16.710	7,5
Traqueia, brônquio e pulmão	12.440	5,6
Glândula Tireoide	11.950	5,4
Estômago	7.870	3,5
Ovário	6.650	3,0
Corpo do útero	6.540	2,9
Linfoma não-Hodgkin	5.450	2,4
Sistema Nervoso Central	5.230	2,3
Todas as Neoplasias, exceto pele e melanoma	223.110	100,0
Todas as Neoplasias	316.280	

Fonte: INCA (2021)

Dentre os tipos de HPV destacam-se o 16 e o 18 que são responsáveis por cerca de 70% dos casos de cânceres de colo do útero e os tipos 6 e 11 que são responsáveis por mais de 90% dos casos de verrugas genitais (INCA-MS, 2021b). Esses quatro tipos de HPV são os alvos da vacina distribuída no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2014.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que, em 2018, foram diagnosticados mais de 2 milhões de casos de câncer de colo do útero no mundo, com taxa de mortalidade de 6,9/100.000. Com base nos próprios dados apresentados em 2018, em agosto de 2020, a OMS lançou uma campanha nomeada *Global Strategy for Cervical Cancer Elimination* (Estratégia global para eliminação do câncer de colo do útero). A estratégia é baseada em três principais pilares: vacinação, triagem e tratamento.

Qualquer paciente diagnosticada com câncer de colo do útero, no Brasil, tem cobertura do tratamento pelo SUS durante todos os estágios da doença. Estima-se que os gastos do Governo Federal, com o tratamento do câncer de colo do útero no SUS, custem, em média U\$ 2,849.60 por ano/paciente aos cofres públicos (DE MENDONÇA BATISTA *et al.*, 2020).

Em 2006, o *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou a primeira vacina contra o HPV nos Estados Unidos. Chamada de Gardasil®, a vacina quadrivalente, produzida pela empresa americana Merck & Co., previne a infecção dos tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. No mesmo ano, o *Therapeutic Goods Administration* (TGA), órgão regulador de medicamentos da Austrália, aprovou a vacina e, no ano seguinte, a Austrália se tornou o primeiro país a incluir a vacina no programa nacional de imunização, o *National Immunisation Program* (NIP).

Com a chegada da vacina, o câncer de colo do útero – que, até então, era apenas uma doença que contava com cuidados paliativos – passou a contar com um meio de prevenção. Rapidamente, a OMS, diante dessa alternativa, passou a recomendar que todos os países incluíssem a vacina em seus programas de vacinação, preconizando que as campanhas só seriam eficazes no combate aos vírus caso os países atingissem, no mínimo, 80% do público-alvo.

No Brasil, a vacina foi introduzida no Programa Nacional de Imunização (PNI) em 2014. Com a meta de 80% de vacinação do público-alvo, meta já preconizada pela OMS, a campanha foi iniciada. Após sete anos do início da campanha, os dados do Ministério da Saúde (MS) mostram que a meta não foi atingida no país, pois apenas 49,6% do público-alvo foi vacinado (tabela 2). Devido à pandemia de COVID-19, causada pelo vírus SARS-Cov-2, desde o início de 2020, o Governo tem concentrado as atenções à saúde no combate à COVID-19, o que coloca todas as demais campanhas de vacinação em segundo plano no país. Essa situação contribui para estagnação da taxa de cobertura da campanha de vacinação contra o HPV, já que os números, desde o início da campanha, nunca ultrapassaram o patamar de 50% do público-alvo.

Tabela 2 – Cobertura vacinal com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, na população masculina e feminina de 9 a 14 anos, Brasil

População-alvo	D1	D2	Média
Feminino	82,1%	54,5%	68,3%
Masculino	38,6%	23,5%	31,0%
Média total	60,3%	39,0%	49,6%

Fonte: SIPNI TABNET BD – MS (janeiro/21)

As baixas taxas de vacinação fizeram a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) se manifestar e emitir alertas, através de seus especialistas, para o risco do aumento de casos de câncer proveniente do baixo número de adesão à campanha de vacinação (SBOC, 2020).

Em 1970, como forma de propagar atitudes e comportamentos em áreas com impacto social, como a área da saúde, surgiu o conceito de marketing social. Essa abordagem da publicidade tem como objetivo central modificar o comportamento e influenciar as questões sociais (KOTLER; LEE, 2011).

O conceito defendido por Kotler é que o aspecto socioeconômico deve ser levado em consideração na implementação do marketing social, onde a capacidade de gerar insumos e ferramentas é de fundamental importância, onde o foco é o bem-estar do indivíduo, grupo ou sociedade.

O MS também utiliza o marketing social na abordagem publicitária para implementar estratégias de propaganda e conscientização da população sobre a necessidade de se vacinarem contra o HPV.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral:

Identificar e analisar possíveis problemas na campanha de vacinação do HPV, implementadas pelo governo brasileiro para atingir a meta de imunização de 80% do público-alvo, estabelecida pelo MS.

1.1.2 Objetivos específicos:

1. Identificar e analisar as campanhas relacionadas ao HPV no Brasil e em outras regiões do mundo;
2. Identificar se há padrão ouro e de boas práticas para realização de campanhas na área da saúde, com base na abordagem do marketing social.

1.2 JUSTIFICATIVA

Atualmente, com uma taxa de cobertura vacinal de 49,6% (tabela 2) para o HPV, ficamos com o questionamento sobre quais as razões pelas quais não conseguimos atingir a meta preconizada de 80%.

O problema apresentado justifica o estudo da estratégia relacionada ao marketing social utilizada pelo MS e o seu impacto em relação ao público-alvo. As estratégias de campanha do MS conhecidas são as que estão disponibilizadas através do site Campanha Contra o HPV (saude.gov.br) no portal <https://portalquivos.saude.gov.br/campanhas/hpv/index.html>.

Há exemplos de campanhas de vacinação para HPV, como é o caso da Austrália, que obteve uma taxa de adesão média de 85% em 2018, considerando as três doses administradas no público-alvo (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2019).

A campanha do MS atingiu um pouco mais de 49% da população-alvo, por isso, nosso questionamento em saber o que pode ser feito para aprimorar esse percentual.

É necessário ressaltar a importância da vacinação do Papilomavirus Humano (HPV) em relação aos casos de câncer de útero – o HPV é a maior causa evitável de câncer de colo de útero, fator que motiva o propósito deste estudo.

1.3 HIPÓTESE

A atual taxa de vacinação informada pelo MS, no Brasil, é de 49,6%, ou seja, está abaixo da meta de 80%, definida pelo próprio MS em 2014, em atenção as orientações da OMS. Por isso, o marketing social, as estratégias de propaganda e conscientização do governo brasileiro não estão sendo efetivas para o atingimento da meta proposta para estimular a vacinação de HPV e melhoras e aprimoramentos devem ser implementados.

1.4 METODOLOGIA

O método tem natureza qualitativa, dedutivo-hipotético. A técnica utilizada para seu desenvolvimento é de revisão narrativa de literatura, para comprovar ou refutar a hipótese identificada. A pesquisa foi realizada, prioritariamente, no seguinte:

- A pesquisa bibliográfica e documental foi o procedimento adotado para a coleta das informações para as análises. Dessa forma, foi identificadas outras campanhas em diferentes países e foi realizada a análise comparativa entre elas.
- A bibliografia e demais referências foram pesquisadas por meio de ferramentas de busca de dados na literatura médica mundial, bibliotecas de saúde, revistas científicas, livros, artigos e *papers* e todos o material que esteja disponível em sites especializados como *PUBMed*, *Embase*, *Scopus* etc.
- As informações e dados da campanha de vacinação no Brasil foram os dados oficiais, do Ministério da Saúde, disponíveis no site <https://falabr.cgu.gov.br/> na

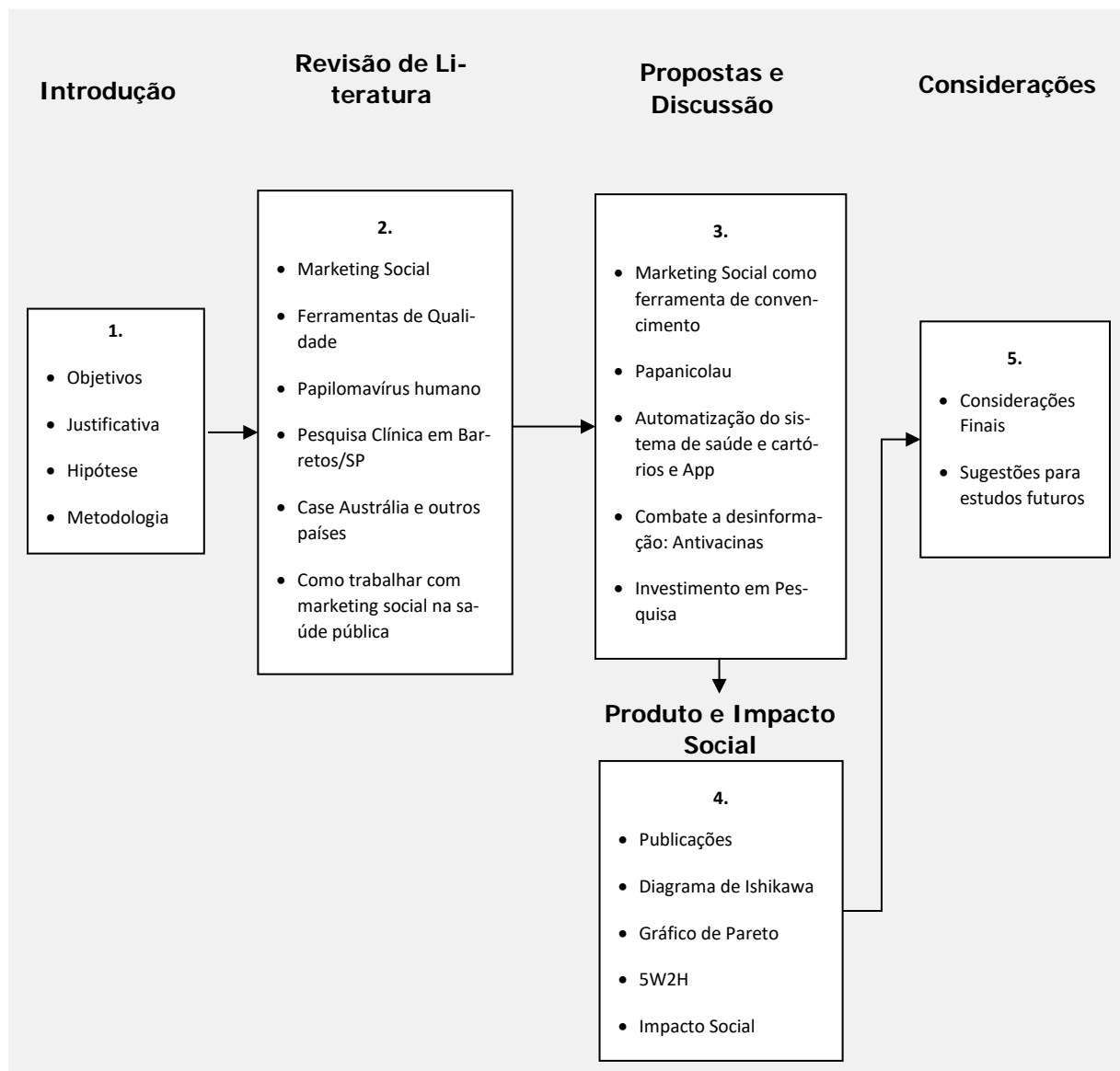
aba acesso à informação. Também foram incluídos os dados públicos disponíveis no portal PNI no endereço <http://pni.datasus.gov.br/>. Os dados foram separados de acordo com a taxa de cobertura para a primeira e segunda dose da vacina, e foi calculada a média simples para ambos os sexos para avaliar a cobertura geral e possibilitar a avaliação da cobertura em relação à meta preconizada pelo próprio MS.

- Os dados de cobertura de outros países foram acessados pelo relatório oficial de indicadores emitido pela OMS – *THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY*. Os dados foram avaliados com informações de trabalhos publicados e foram selecionados três países em que as informações das campanhas de vacinação foram divulgadas, mantendo a meta preconizada pela OMS para eficácia da imunização na intenção de erradicar o câncer, para fins de comparação.
- Com base nas informações obtidas das taxas de cobertura e campanhas utilizadas, foi feita uma avaliação para tentar identificar os possíveis problemas na campanha de vacinação do HPV no Brasil.
- O marketing social utilizado pelo MS foi avaliado de acordo com a teoria preconizada e defendida por Philip Kotler e com estratégias utilizadas em trabalhos publicados.
- Foi feita a análise de conteúdo de todo o material organizado para traduzir em resultados interpretativos utilizando as ferramentas de qualidade 5W2H, gráfico de Pareto e diagrama de Ishikawa para melhor exposição dos dados.

1.5 ESTRUTURA

Este trabalho está organizado conforme figura 1.

Figura 1 – Estrutura do trabalho



2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MARKETING SOCIAL

2.1.1 Conceito

O conceito de marketing social surgiu em 1970 quando Philip Kotler e Gerald Zaltman identificaram que o marketing para vender produtos ou serviços também poderia atuar como propagador de atitudes e comportamentos. O marketing social é um conjunto de iniciativas com finalidade sociais. Aqui o objetivo não é comercializar alguma coisa ou serviço. No marketing social o objetivo principal é, através de diferentes abordagens, modificar o comportamento e influenciar questões sociais (KOTLER; LEE, 2011).

Nós temos o uso do marketing social para aumentar o consumo de frutas e vegetais, promover a redução do consumo de gordura, praticar atividades físicas regulares dentre outros comportamentos saudáveis.

O grande ponto defendido por Kotler é que não é possível influenciar no comportamento das pessoas sem levar em consideração o aspecto socioeconômico, a capacidade de gerar insumos e ferramentas necessárias para desenvolver intervenções eficazes é de fundamental importância, deixando claro que o foco é o bem-estar do indivíduo, grupo ou sociedade.

Baseado em princípios de marketing que, ao serem implementados, podem contribuir de forma mais eficaz para mudança proposta. Dentre os benefícios destaco quatro que têm ligação direta com os quatro “P”: a oferta de benefícios reais, custos, facilidade de acesso e mensagem personalizada.

Os quatro “P” fornecem uma espécie de guia para o sucesso de uma estratégia de marketing social e são considerados o coração do marketing social por Nowak ((NOWAK *et al.*, 2015). *Product, Price, Place and Promotion* (produto, preço, local e promoção), são os 4 “P” que conduzem o marketing social.

O produto precisa ser confiável e oferecer benefícios reais. Uma ligação direta com os princípios de marketing defendidos por Kotler. Como estamos falando de marketing social o produto explicitado aqui não é necessariamente algo para uso ou consumo, pode ser um comportamento que queira de implementar.

O preço pode estar diretamente relacionado ao custo em dinheiro do produto, mas também pode estar relacionado ao esforço físico, mental e disponibilização do tempo necessário para alcançar o “produto”.

O local engloba acesso, acessibilidade, distribuição e conveniência. As considerações de preço e local geralmente priorizam a criação ou promoção de acesso fácil e conveniente aos produtos, serviços ou coisas comercializados que permitem a adoção de comportamentos recomendados (NOWAK *et al.*, 2015).

O quarto “P” – promoção – compreende a comunicação que será utilizada para informar as características e benefícios do produto. Aqui a estratégia deve levar em conta o público-alvo e a mensagem deve ser personalizada conforme os princípios de Kotler.

Por se tratar de um conceito que parte do marketing comercial os objetivos definidos também são alinhados e tratados com o conceito *S.M.A.R.T.*

O conceito *S.M.A.R.T.*

Criado em 1981 por George T. Doravan, o conceito foi definido como uma forma de tornar a gestão por objetivos mais eficaz. A ideia é utilizar o conceito para definir claramente as metas e objetivos para o sucesso de um alvo específico. Com esse conceito aplicado desde a criação e definição de metas, é possível monitorar o progresso de uma organização (YASAR, 2022).

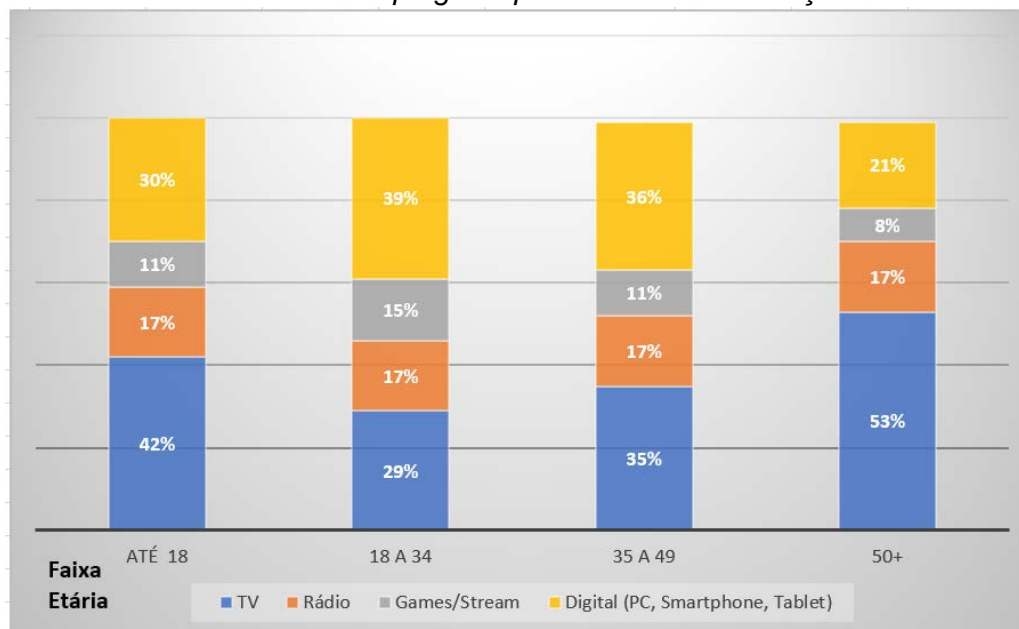
S.M.A.R.T. (Specific, Measurable, Attainable, Realistic e Time-bound),

O conceito diz que cada meta ou objetivo deve atender aos critérios:

- *Specific* (Específico): deve ser o mais específico possível com o objetivo;
- *Measurable* (Mensurável): precisa ser rastreável para monitorar o progresso;
- *Attainable* (Alcançável): O objetivo deve ser atingível dentro do prazo estabelecido;
- *Realistic* (Realista): deve ser uma meta realista e alinhada com os valores definidos;
- *Time-bound* (Tempo limitado): prazo necessário para atingimento da meta.

Isso significa que cada objetivo deve ser estudado e cumprir com os requisitos SMART antes de ser implementado. Com esse conceito é possível incluir e definir objetivos para as campanhas que são realmente alcançáveis, podem ser mensurados, são específicos, realistas e tem um prazo definido para conclusão.

Gráfico 1 – Média de tempo gasto por meio de comunicação



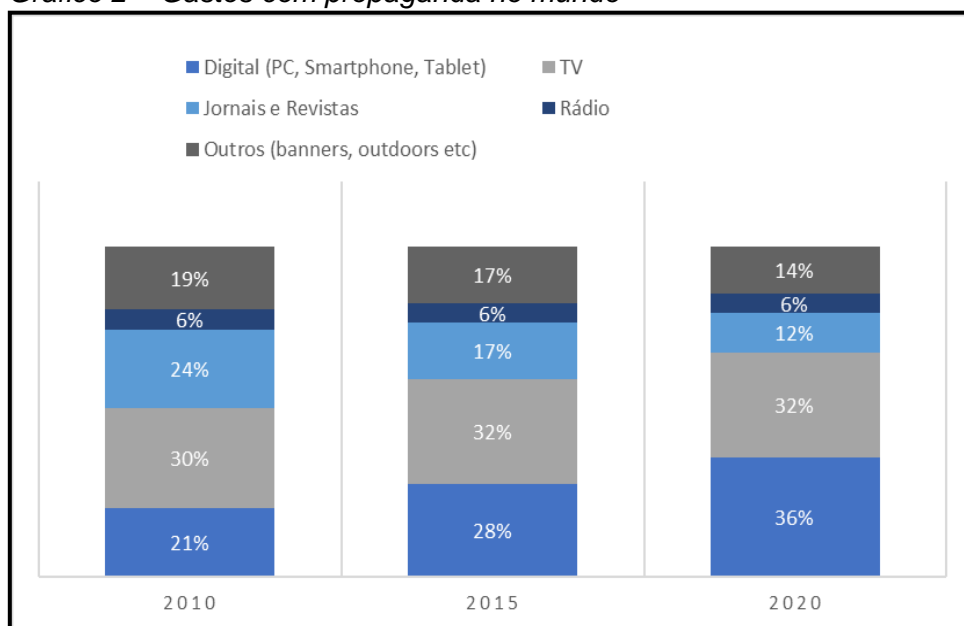
Fonte: Adaptado de Smart Insights (Marketing Intelligence) Ltd (março/21)

O marketing social é utilizado com muita frequência e através de diversas ferramentas para alcançar o público-alvo. Com o crescimento das redes sociais, que a princípio eram vistas como entretenimento, as empresas passaram a utilizar as redes sociais como um importante aliado na difusão de informações.

O gráfico 1 mostra uma recente pesquisa com os dados do consumo dos canais de comunicação por faixa etária. Na faixa etária entre 18 e 34 anos o consumo do canal digital atinge um patamar de quase 40%. Deixando até mesmo a TV para trás.

No gráfico 2 podemos ver uma análise de como os gastos com propaganda estão mudando no mundo inteiro.

Gráfico 2 – Gastos com propaganda no mundo



Fonte: Adaptado de *Deloitte Analysis* (maio/20)

No mercado digital, plataformas como *Facebook®*, *Instagram®*, *YouTube®*, *Twitter®* e *LinkedIn®* concentram os principais investimentos em propaganda. O *Facebook®* é uma excelente ferramenta para promoção atualmente. Além do custo baixo, é possível segmentar o público por faixa etária, localização e interesses.

Com o uso das tecnologias, uma estratégia bem desenvolvida e dos principais meios de comunicação existentes é possível criar uma campanha de marketing social que pode fomentar ou influenciar fortemente mudanças sociais na sociedade.

2.1.2 Exemplos de marketing social no Brasil

No Brasil, também temos algumas campanhas com forte apelo social. A campanha do *McDonald's®* – *McDia Feliz* com o Big Mac. A campanha tem dois objetivos: promover o acesso dos jovens à educação e aumentar as chances de cura do câncer infantojuvenil. A campanha, amplamente divulgada, funciona desde 1988 e acontece no final do mês de agosto de cada ano. A peça consiste em mobilizar as pessoas em um dia específico de agosto a comprar um lanche Big Mac. Da arrecadação obtida com a venda do lanche, 70% é revertida a instituições que têm projetos que trazem benefícios para crianças e adolescentes com câncer.

O AACD-Teleton é uma das maiores, senão a maior, campanha de solidariedade do Brasil. A peça segue os mesmos moldes da campanha do *McDonald's*, por cerca de 26 horas a campanha influencia as pessoas do país a ajudarem com contribuições as crianças da AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente). De forma eficiente e com números impressionantes a campanha mobiliza grandes empresas, instituições bancárias, influencers, cantores, artistas e apresentadores de todo o país. A maratona, transmitida pelo canal SBT®, conta com revezamento de apresentadores e grande equipe para permanecer no ar de forma ininterrupta durante todo o tempo. Em 2020, foram arrecadados R\$ 28.051.450,00 em prol das crianças.

Outra campanha de interesse social foi aquela promovida pela rede de *fastfood Burger King*®. Diferente das campanhas citadas anteriormente, a peça não tinha objetivo de arrecadação financeira e sim de conscientização. Na peça, lançada em outubro de 2018, pouco antes das eleições, o objetivo era conscientizar as pessoas a não votarem em branco nas eleições para presidente que ocorreria naquele ano. Na peça, a rede seleciona pessoas aleatórias na rua que têm a intenção de votar em branco nas eleições. Após apertarem o botão “Branco” e confirmarem a escolha em uma simulação de urna eletrônica, as pessoas recebem um lanche da marca. Só que, ao abrirem os lanches as pessoas se deparavam apenas com cebola e maionese, sem qualquer carne, queijo ou outro complemento tradicional dos lanches. A surpresa era então entendida quando a mensagem final era transmitida. “Quando alguém escolhe no seu lugar, não dá pra reclamar do resultado”. Uma clara referência para que as pessoas não votem em branco nas eleições.

Na área da saúde o marketing social o caso de sucesso mais memorável foi a criação do personagem “Zé Gotinha”. O personagem foi criado em 1986 com a intenção de atrair crianças para a campanha de vacinação contra a Poliomielite e facilitar a aceitação dos pais. Por isso, a linguagem utilizada na campanha também tinha os pais e responsáveis como público-alvo, deixando claro que a vacina era um importante meio para cuidar da saúde dos filhos e prevenir a paralisia infantil.

O resultado da campanha pode ser visto a partir de 1990 quando o país deixou de apresentar casos da doença e 1994 foi certificado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) como área de livre circulação do Poliovírus selvagem (CARDOSO et al., 2016).

2.2 FERRAMENTAS DE QUALIDADE

2.2.1 Diagrama de Ishikawa

O Diagrama de Ishikawa é uma ferramenta de boa qualidade utilizada para gestão de processos em que é necessário mapeamento das entregas de produtos ou serviços dentro de parâmetros definidos.

O Diagrama de Ishikawa, também conhecido como causa e efeito ou Diagrama de Espinha de Peixe, é basicamente uma ferramenta visual que auxilia em análises de problemas (SANTOS¹⁶; GUIMARÃES¹⁷; BRITO, 2013).

O Diagrama permite uma análise rápida na causa raiz dos problemas e como mitigá-los.

2.2.2 Gráfico de Pareto

Com outra ferramenta de boa qualidade – o gráfico de Pareto – é possível priorizar os problemas e atacá-los de forma a obter resultados significativos de forma rápida, sem a necessidade de mitigar todas as causas de uma só vez.

O gráfico de Pareto é conhecido como gráfico 80-20, pois se baseia na regra que diz que 80% dos resultados advém de 20% das ações realizadas. Com isso é possível focar as ações em 20% dos principais problemas para conseguir 80% de resultado. Em outras palavras, podemos dizer que 80% dos problemas advém de 20% das causas (SANTOS¹⁶; GUIMARÃES¹⁷; BRITO, 2013).

2.2.3 5W2H

A ferramenta 5W2H é uma técnica simples que permite guiar as pessoas em situações e problemas gerando um plano de ação para cada problema identificado (SANTOS¹⁶; GUIMARÃES¹⁷; BRITO, 2013).

A ferramenta traz sete questões, criando um roteiro que permite entender o problema, o impacto e como resolvê-lo.

As perguntas são o que, por que, onde, quando, quem, como e quanto custa.

- O que? – é o tópico – Está relacionada com o que precisa ser feito;
- Por quê? – é o objetivo – explica o porquê precisa ser feito;
- Onde – é o local – diz onde a atividade será realizada;

- Quando – tempo – Quando a atividade será realizada?
- Quem? – responsável – quem irá realizar a atividade?
- Como? – método – Como será realizada a atividade?
- Quanto custa? – custo – é o preço que irá custar a atividade.

Essas ferramentas são bastante conhecidas no marketing e são perfeitas para serem utilizadas com o conceito *SMART* para controle e mensuração dos objetivos e resultados.

2.3 PAPILOMAVIRUS HUMANO

2.3.1 Doença

No fim de 2016, um estudo publicado na *Molecular Biology and Evolution* trouxe uma informação interessante. Os pesquisadores fizeram um mapeamento genômico do vírus para desvendar sua história evolutiva. A descoberta sugere que o vírus ancestral do HPV16 já infectava populações humanas há mais de 500 mil anos, remetendo a época dos Neandertais (PIMENOFF; DE OLIVEIRA; BRAVO, 2017)..

O papilomavirus humano é sexualmente transmitido e pode afetar homem ou mulher que está sexualmente ativo, mesmo se o contato sexual ocorreu apenas uma única vez. Nove a cada dez pessoas terão HPV em algum momento de suas vidas.

Há mais de 100 tipos de papilomavirus humano e pelo menos 14 deles são cancerígenos. Os diferentes tipos de HPV são classificados em baixo e alto risco e a classificação está relacionada ao tipo de doenças que podem causar:

- O HPV de baixo risco não causam câncer, mas causam verrugas genitais;
- O HPV de alto risco podem causar diversos tipos de cânceres:

O HPV está associado a uma série de doenças malignas que foram bem estabelecidas, como câncer anogenital (de colo do útero, vulvar, vaginal, peniano e anal), câncer de cabeça e pescoço (carcinoma de células escamosas da orofaringe afetando as amígdalas, fossa tonsilar, língua, base da língua e palato mole), câncer de pele não-melanoma em pacientes com epidermodisplasia verruciforme (EV) e progressão maligna da papilomatose respiratória recorrente (LIU *et al.*, 2019).

Essas neoplasias representam 4,5% de todos os cânceres e o de colo do útero é o mais preocupante.

A associação do HPV com o câncer de colo do útero iniciou-se em 1949 quando o patologista George Papanicolaou introduziu o exame mais difundido no mundo para detectar a doença, o Papanicolaou (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010). O exame permitiu identificar mulheres com alterações celulares pré-maligna (Imagem 1), possibilitando observar uma associação da atividade sexual com o desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Imagem 1 – Amostra com coloração Papanicolaou – observa-se uma célula atípica

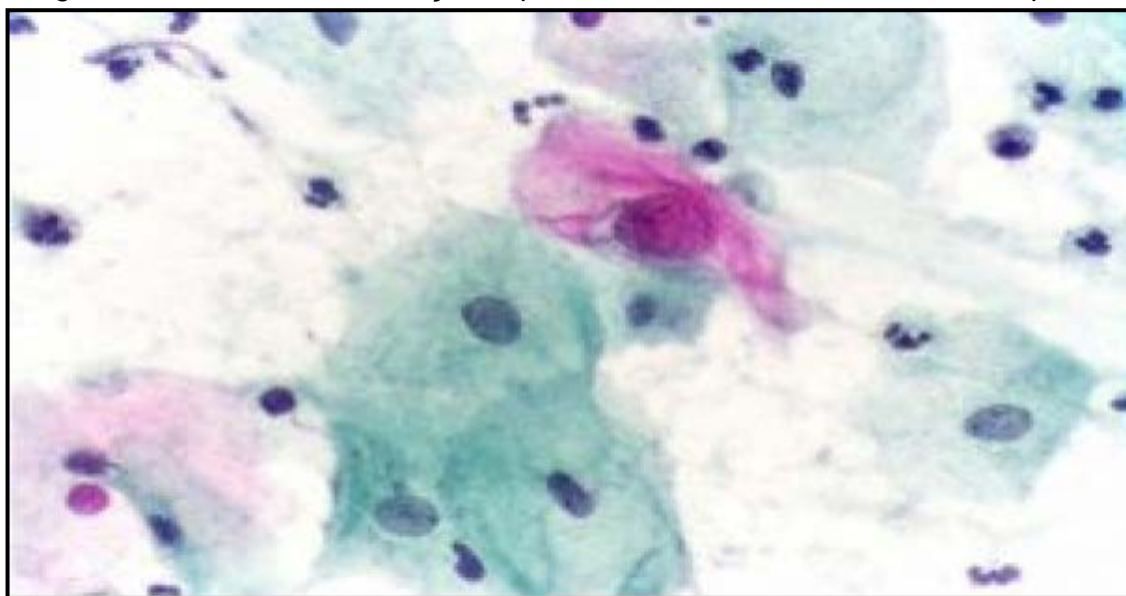


Foto: Alex_brollo via Wikimedia Commons / CC BY-SA 3.0

Em um estudo realizado em 2017 e demonstrado durante o encontro “Estudo POP-Brasil: resultados e ações para o enfrentamento da infecção pelo HPV”, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre (RS) mostrou que o vírus do HPV está presente em 54,6% das pessoas entre 16 e 25 anos. O número pode chegar a 71,9% se olharmos as capitais separadamente como é o caso de Salvador (BA) (VENTO, 2020).

O câncer de colo do útero está entre os quatro tipos de cânceres que mais matam por ano no Brasil (6526 em 2018). No mundo, em 2018, foram 311 mil vítimas de mais de dois milhões de casos de câncer de colo do útero no mundo com taxa de mortalidade de 6,9/100.000.

O INCA estima que, só em 2020, são 16.710 novos casos (Tabela 3). Surpreendentemente o número de óbitos tem aumentado anualmente o que por si só já justifica algum tipo de intervenção.

Tabela 3 – Incidência estimada em mulheres para 2020 conforme a localização primária do tumor e sexo

Localização primária	Casos novos	%
Mama feminina	66.280	29,7
Cólon e Reto	20.470	9,2
Colo e útero	16.710	7,5
Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.440	5,6
Glândula Tireoide	11.950	5,4
Estômago	7.870	3,5
Ovário	6.650	3,0
Corpo do útero	6.540	2,9
Linfoma não-Hodgkin	5.450	2,4
Sistema Nervoso Central	5.230	2,3
Todas as Neoplasias, exceto pele e melanoma	223.110	100,0
Todas as Neoplasias	316.280	

Fonte: INCA (2021)

Dentre os tipos de HPV destacam-se o 16 e o 18 que são responsáveis por cerca de 70% dos casos de cânceres de colo do útero e os tipos 6 e 11 são responsáveis por mais de 90% dos casos de verrugas genitais.

Os números preocupantes de casos de cânceres chamou a atenção da OMS que em agosto de 2020 lançou uma campanha nomeada de “*Global Strategy for cervical cancer elimination*” (Estratégia global para eliminação do câncer de colo do útero). O Brasil aderiu à campanha da OMS para eliminação do câncer de colo do útero, mas, até o momento, os esforços nacionais não têm resultado em medidas eficazes para melhorar as taxas de vacinação e a diminuição dos casos.

A estratégia da OMS consiste em três pilares: vacinação, triagem e tratamento.

- Vacinação – vacinar 90% das meninas com até 15 anos;
- Triagem – examinar 70% das mulheres com 35 anos de idade por meio de teste de alto desempenho e examinar novamente aos 45 anos de idade;
- Tratamento – tratar 90% das mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero (90% das mulheres com pré-câncer e 90% das mulheres com câncer invasivo tratadas).

O objetivo é a eliminação do câncer de colo do útero no próximo século. Para isso, cada país deve atingir as metas dos 3 pilares até o ano de 2030.

As projeções da OMS indicam que será possível reduzir em 10% a taxa de câncer de colo do útero em 2030, e no ano de 2120 cerca de 70 milhões de casos poderão ser evitados com 62 milhões de mortes evitadas.

Um robusto sistema de monitoramento é recomendado para acompanhar o progresso das metas e, se necessário, fazer correções no decorrer do processo (*WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020*).

2.3.2 Impacto econômico

Na América Latina, onde os recursos ainda são considerados restritos, são encontradas altas taxas de incidência de câncer de colo do útero. Em artigo publicado em 2020 na revista *Oncology Letters*, Rodney Hull descreve que não só a economia é a causa para as altas taxas, mas também devido a fatores sociais, educacionais e geográficos (*HULL1 et al., 2020*).

O Brasil é um dos poucos países que implementou um programa organizado de exames e triagem para o diagnóstico do câncer de colo do útero. O tratamento de mulheres diagnosticadas com câncer de colo do útero é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Hull destaca que as principais dificuldades do Brasil passam pela escassez de recursos, principalmente de profissionais treinados para a realização do exame Papanicolaou. Com isso, a cobertura da população é prejudicada, uma vez que o tamanho físico do país contribui para a limitação do rastreamento da doença e a grande população complica ainda mais o monitoramento.

Estudo conduzido em 2020 pela empresa fabricante da vacina contra HPV Merck & Co. trouxe alguns dados interessantes sobre o impacto econômico do HPV no Brasil. Esse estudo reforça outros publicados anteriormente que corroboram o alto impacto econômico que o vírus causa pelas diversas doenças que é capaz de causar. O custo anual estimado do tratamento de uma paciente com câncer de colo do útero é de aproximadamente US\$ 2,849.60 (*DE MENDONÇA BATISTA et al., 2020*).

2.3.3 Vacina

A vacina disponibilizada no SUS para a prevenção do câncer de colo do útero é a tetravalente recombinante papilomavírus humano contra os tipos 6, 11, 16 e 18. Ela é administrada em duas doses, a primeira dose em março e a segunda dose em setembro de cada ano. A vacina da fabricante farmacêutica Merck & Co. foi aprovada no Brasil pela Anvisa em 2006.

A vacina foi introduzida no Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 2014 com esquema vacinal estendido em três doses – que, mais tarde seria, alterado para duas doses – com a proposta de vacinar aproximadamente 5,2 milhões de adolescentes; em 2014, apenas meninas de 11 a 14 anos foram contempladas no PNI (BRASIL, 2014).

Após o primeiro ano de vacinação foram incluídos meninos, homens e mulheres no esquema de vacinação:

1. meninas de 9 a 14 anos;
2. meninos de 11 a 14 anos;
3. mulheres imunossuprimidas de 15 a 45 anos (a partir de mar/21);
4. homens imunossuprimidos de 15 a 26 anos.

Com eficácia informada pela empresa superior a 95% (DE VINCENZO *et al.*, 2014) o governo brasileiro iniciou a negociação para uma parceria público privada (PPP) com o Butantan para produzir a vacina após cinco anos. Com a parceria, o custo de cada dose, inicialmente fornecida a mais de U\$ 100,00, cairia para aproximadamente U\$ 10,00, com o início da produção no Brasil. A primeira produção pelo Instituto Butantan foi realizada em 2018.

Nos estudos clínicos, a vacina se mostrou bem tolerada com os eventos adversos mais comuns informados na Tabela 4.

Tabela 4 –Experiências adversas sistêmicas comuns relatadas

Experiência Adversa (1 a 15 dias pós-vacinação)	Vacina Quadrivalente recombinante contra Papilomavírus Humano (Tipo 6, 11, 16 e 18) (n=6.160)	Placebo* (n=4.064)
Pirexia	12,9	11,0
Diarréia	3,7	3,6
Vômitos	2,4	2,1
Mialgia	2,0	2,0
Tosse	1,9	1,6
Dor de dente	1,3	1,3
Infecção do trato respiratório superior	1,5	1,5
Mal-estar	1,2	1,2
Artralgia	1,2	1,0
Insônia	1,0	0,9
Congestão nasal	1,1	1,0

Fonte: CONITEC/Merck &Co. (BRASIL, M. da S., 2013)

Em 2017 foi aprovada pela Anvisa no Brasil a vacina nonavalente contra os vírus tipo 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58 da mesma fabricante Merck & Co. Até o momento não há indícios de que essa vacina, com uma cobertura maior de vírus, será inserida no PNI.

2.3.4 Impacto epidemiológico/vacinação

Como a vacinação está disponível no Brasil desde 2014, é possível ter acesso aos dados de vacinação através de solicitação ao Ministério da Saúde.

Os dados foram solicitados ao MS em dezembro de 2020, três meses após a finalização da campanha da 2ª dose (D2) da vacina.

Os dados foram recebidos em 14/01/21 conforme imagem 2:

Imagem 2 – Retorno do Ministério da Saúde referente aos dados de vacinação

Respostas				
14/01/2021 11:29	Tipo	Responsável	Decisão	Especificação da decisão
	Resposta Conclusiva	Departamento de Imunização	Acesso Concedido	Resposta solicitada inserida no f
	Destinatário Recurso 1ª	Prazo para recorrer	Anexos HPV_MASC_2014_2020_23122020.xlsx HPV_FEMI_2013_2020_23122020.xlsx	
	Diretor do Departamento de I		25/01/2021	
<p>As coberturas para a vacina contra o HPV são geradas com doses aplicadas acumuladas desde sua implantação no calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunizações em 2014. Dessa forma impossibilitando a extração das informações ano a ano. Encaminho anexo planilha com as doses aplicadas acumuladas e coberturas vacinais de 2014 a 2020 separador por sexo e faixa etária.</p>				

Conforme informado no retorno e de acordo com os dados enviados não é possível abrir os dados ano a ano para avaliação. Contudo através de algumas buscas foi possível encontrar dados referentes aos anos de 2014 e 2015 que estão disponíveis no site do PNI (<http://pni.datasus.gov.br/index.asp>), e os dados de 2019 informados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC).

A Tabela 5 traz as informações por dose administrada nos anos disponíveis. Vale ressaltar que para os anos de 2014 e 2015 o esquema de vacinação adotado pelo MS era de 3 doses com intervalo de 0, 2 e 6 meses entre as doses. A partir de 2016 o esquema foi alterado para 2 doses com intervalo mínimo de 6 meses entre as doses.

O público-alvo definido para o início do programa em 2014 foi com idade de 11 a 14 anos. O público foi alterado em 2015 e o limite inferior foi estendido a partir dos 9 anos de idade, o qual permanece até os dias de hoje.

Tabela 5 – Percentual de cobertura da campanha vacinal com doses (D1, D2 e D3) da vacina HPV quadrivalente, na população masculina e feminina, Brasil

População-alvo	2014			2015			2019*		2020	
	D1	D2	D3	D1	D2	D3	D1	D2	D1	D2
Feminino	77,2%	45,4%	0,4%	46,8%	31,9%	0,1%	52,0%	22,0%	82,1%	54,5%
Masculino	-	-	-	-	-	-			38,6%	23,5%

Fonte: MS (Jan/21). * Dados informados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC)

A grande questão no recebimento dos dados em janeiro de 2021 é que o MS assume que utiliza como parâmetro para o cálculo populacional os dados do Censo IBGE 2010 com estimativa de 2012. Essa informação coloca em xeque os dados informados pelo

próprio MS, evidenciando uma imprecisão que impactam a taxa de cobertura informada.

Como exemplo, o MS informa que vacinou no estado de Roraima 163,1% das adolescentes na faixa de 14 anos. Essa vacinação acima da população se repete em 24 dos 26 estados do Brasil também no Distrito Federal, na mesma faixa etária, mas é possível ver o mesmo desvio nas outras faixas. Com isso, fica claro que a população é muito maior do que foi estimada com dados de 2012.

Para esses casos de taxas de vacinação acima da população foi aplicado uma correção para igualar o número de vacinados com o número dos adolescentes. A correção foi realizada apenas para o público feminino, pois o público masculino não possui essas discrepâncias.

Ao final da correção, os dados apresentam uma leve queda em relação aos dados enviados pelo MS conforme Tabela 6:

Tabela 6 – Cobertura vacinal com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, na população masculina e feminina de 9 a 14 anos, Brasil

População-alvo	D1	D2	Média
Feminino	82,1%	54,5%	68,3%
Masculino	38,6%	23,5%	31,0%
Média total	60,3%	39,0%	49,6%

Fonte: SIPNI TABNET BD – MS (janeiro/21)

Tabela 7 – Dados ajustados de cobertura vacinal com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, na população masculina e feminina de 9 a 14 anos, Brasil

População-alvo	D1	D2	Média
Feminino	78,49%	52,15%	65,30%
Masculino	38,60%	23,50%	31,00%
Média total	58,55%	37,82%	48,15%

Ajuste de população realizado apenas para o público feminino.

As médias apresentadas na Tabela 6 e Tabela 7 considera o número de vacinados com as duas doses da vacina para o ano de 2020. Isso significa que a média de crianças vacinadas com cada uma das doses é de 68,3% para o público feminino e

31% para o público masculino. A média geral considerando os dois públicos é de 49,6%.

Apesar da pouca diferença mostrada na Tabela 7, as discrepâncias trazem uma legítima preocupação em relação aos dados do MS. Os dados foram ajustados apenas para igualar o número de vacinados com a população disponível para manter o percentual máximo de 100% de vacinados. Como não temos um Censo IBGE atualizado disponível, é provável que o número da população seja maior para ambos os públicos-alvo. Com isso em mente a média de cobertura real pode estar próximo dos 40%.

As tabelas 8 e 9 mostram as coberturas vacinal por faixa etária em 2020. Esses números podem ajudar no planejamento de ações de forma a aumentar a taxa de vacinação em todas as faixas.

Tabela 8 – Dados da cobertura vacinal com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, na população feminina por faixa etária, Brasil

2020 meninas		2020 meninas	
Cobertura por faixa etária - D1		Cobertura por faixa etária - D2	
Idade	CV (%)	Idade	CV (%)
9	52,5	9	21,1
10	65,3	10	44,0
11	78,2	11	59,1
12	84,0	12	66,1
13	84,4	13	67,4
14	100,0	14	68,3
15	98,5	15	75,0
16	71,7	16	74,9
17	100,0	17	73,7
18	100,0	18	84,6
19	100,0	19	73,4
20 +	0,4	20 +	0,6

Fonte: SIPNI TABNET BD – MS (janeiro/21)

Tabela 9 – Dados da cobertura vacinal com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, na população masculina por faixa etária, Brasil

2020 meninos		2020 meninos	
Cobertura por faixa etária - D1		Cobertura por faixa etária – D2	
Idade	CV (%)	Idade	CV (%)
9	1,0	9	0,2
10	2,8	10	1,2
11	41,1	11	16,0
12	55,9	12	33,3
13	61,4	13	42,5
14	68,2	14	46,8
15	74,1	15	38,9
16	52,6	16	34,8
17	16,7	17	17,6
18	1,3	18	1,9
19	0,9	19	0,7
20 +	0,1	20 +	0,1

Fonte: SIPNI TABNET BD – MS (janeiro/21)

Por fim, no último relatório da OMS datado de julho de 2019 o governo Brasileiro informou a taxa de cobertura de 50% em 2018 conforme mostrado na Tabela 10:

Tabela 10 –Relatório da OMS sobre os dados de dados da cobertura vacinal mundial por país

PAÍS	ANO	COBERTURA	%
Dinamarca	2018	Oficial	54
Paraguai	2018	Oficial	54
Latvia	2018	Oficial	53
Holanda	2018	Oficial	53
Macedônia	2018	Oficial	52
San Marino	2018	Oficial	52
Brasil	2018	Oficial	50
Nova Zelândia	2018	Oficial	50

Fonte: World Health Organization, Department of Immunization, Vaccines and Biologicals. (julho/19)

2.3.5 Campanhas de outros imunizantes

Apenas para título de informação, a Tabela 11 e a Tabela 12 apresentam dados de vacinação para os imunizantes incorporados pelo SUS de 1994 a 2022.

Os dados também apresentam como parâmetro para o cálculo populacional os dados do Censo IBGE 2010 com estimativa de 2012 conforme dados da vacina contra HPV.

Esse parâmetro faz com que haja percentuais acima de 100%, o que é incorreto e impreciso para avaliar a cobertura real.

Tabela 11. Coberturas Vacinais por Imunizante de 1994 a 2008, Brasil

Vacina	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
BCG	88,31	103,63	104,21	117,12	111,61	117,28	111,74	112,60	110,28	108,47	113,36	114,48	113,06	111,08	108,91
Hepatite B em crianças até 30 dias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rotavírus Humano	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	46,52	79,79	81,18
Meningococo C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hepatite B	8,85	10,50	16,50	5,79	12,63	83,50	91,08	91,88	91,47	92,00	96,26	98,46	100,30	99,89	96,06
Penta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pneumocócica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Poliomielite	58,24	77,83	80,86	89,27	95,30	99,08	101,44	102,83	100,01	100,48	104,30	105,12	105,25	105,43	100,18
Poliomielite 4 anos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Febre Amarela	5,27	4,81	5,65	7,84	18,49	29,06	37,14	40,24	38,70	34,68	38,29	42,95	46,17	49,23	47,09
Hepatite A	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pneumocócica(1ª ref)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Meningococo C (1ª ref)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Poliomielite(1ª ref)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Triplíce Viral D1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	66,92	77,50	88,43	96,92	112,95	110,93	106,55	105,35	106,80	99,81
Triplíce Viral D2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tetra Viral(SRC+VZ)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DTP	64,76	80,54	78,25	78,50	92,97	94,46	94,71	97,45	44,69	1,41	102,41	102,82	103,50	103,25	97,98
DTP REF (4 e 6 anos)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Triplíce Bacteriana(DTP)(1ª ref)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sarampo	71,37	86,86	80,40	108,61	95,26	99,31	105,35	103,85	96,02	4,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Haemophilus influenzae b	0,00	0,00	0,01	0,03	0,84	5,09	87,85	93,10	38,98	1,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dupla adulto e tríplíce acelular gestante	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
dTpa gestante	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tetra valente (DTP/Hib) (TETRA)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	53,86	97,47	102,30	102,49	103,31	103,06	97,62
Varicela	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ignorado	4,69	23,61	42,10	106,68	104,36	100,06	80,12	83,86	81,35	83,19	81,72	73,77	73,47	73,11	70,67

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)

Tabela 12. Coberturas Vacinais por Imunizante de 2009 a 2022, Brasil

Vacina	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
BCG	108,71	106,71	107,94	105,69	107,42	107,28	105,08	95,55	97,98	99,72	86,67	77,14	74,59	80,86
Hepatite B em crianças até 30 dias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	88,54	90,93	81,75	85,88	88,40	78,57	65,77	66,61	72,41
Rotavírus Humano	85,99	83,04	87,06	86,37	93,52	93,44	95,35	88,98	85,12	91,33	85,40	77,94	71,70	73,00
Meningococo C	0,00	26,88	105,66	96,18	99,70	96,36	98,19	91,68	87,44	88,49	87,41	79,23	72,07	74,98
Hepatite B	100,20	96,08	97,71	96,67	100,56	96,42	97,74	105,19	84,40	88,53	70,77	77,86	71,44	73,60
Penta	0,00	0,00	0,00	24,89	95,89	94,85	96,30	89,27	84,24	88,49	70,76	77,86	71,44	73,60
Pneumocócica	0,00	24,02	81,65	88,39	93,57	93,45	94,23	95,00	92,15	95,25	89,07	82,04	74,73	77,74
Poliomielite	103,66	99,35	101,33	96,55	100,71	96,76	98,29	84,43	84,74	89,54	84,19	76,79	70,95	73,52
Poliomielite 4 anos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	62,26	63,62	68,45	67,58	54,58	65,58
Febre Amarela	49,69	49,25	48,95	49,31	51,50	46,86	46,31	44,59	47,37	59,50	62,41	57,64	58,15	58,08
Hepatite A	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60,13	97,07	71,58	78,94	82,69	85,02	75,90	67,48	70,42
Pneumocócica(1º ref)	0,00	0,00	0,00	0,00	93,11	87,95	88,35	84,10	76,31	81,99	83,47	72,14	66,08	68,93
Meningococo C (1º ref)	0,00	0,00	0,00	0,00	92,35	88,55	87,85	93,86	78,56	80,22	85,78	76,55	68,63	72,77
Poliomielite(1º ref)	0,00	0,00	0,00	0,00	92,92	86,31	84,52	74,36	73,57	72,83	74,62	69,30	60,45	65,41
Tríplice Viral D1	103,74	99,93	102,39	99,50	107,46	112,80	96,07	95,41	86,24	92,61	93,12	80,88	74,89	77,95
Tríplice Viral D2	0,00	0,00	0,00	0,00	68,87	92,88	79,94	76,71	72,94	76,89	81,55	64,27	53,12	54,94
Tetra Viral(SRC+VZ)	0,00	0,00	0,00	0,00	34,19	90,19	77,37	79,04	35,44	33,26	34,24	21,01	6,24	9,25
DTP	101,71	98,01	99,61	93,81	97,85	95,48	96,90	89,53	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DTP REF (4 e 6 anos)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,41	0,00	2,73	66,08	68,52	53,74	73,49	57,95	65,01
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	0,00	0,00	0,00	0,00	90,96	86,36	85,78	64,28	72,40	73,27	57,08	77,21	63,59	65,10
Sarampo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Haemophilus influenzae b	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	0,00	0,00	0,00	0,00	50,73	43,50	45,57	31,53	34,73	44,99	45,02	22,89	18,97	19,47
dTpa gestante	0,00	0,00	0,00	0,00	2,80	9,34	44,97	33,81	42,40	60,23	63,23	46,37	43,11	45,73
Tetavalente (DTP/Hib) (TETRA)	101,39	97,66	99,00	68,93	98,11	95,50	95,49	5,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Varicela	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	74,43	66,96	70,41
Ignorado	72,39	72,88	75,73	70,51	53,87	160,09	196,58	16,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)

2.3.6 Estratégias de propaganda e MKT da campanha

A estratégia do MS é convocar as crianças e adolescentes para tomar a vacina para proteção contra o vírus. Para os pais, a informação de campanha baseia-se em informar sobre a transmissão do vírus através de relações sexuais, sintomas, diagnóstico e tratamento.

O material utilizado na campanha do MS não é atualizado periodicamente e o MS não realiza mais campanhas dedicada à vacinação contra o HPV.

Imagem 3 – Poster do material de campanha utilizado pelo MS em 2016



Fonte: Ministério da Saúde

A última campanha do MS dedicada a vacinação contra o HPV ocorreu em 2018 e ainda pode ser vista do link: HPV — português (Brasil) (www.gov.br).

Imagem 4 – Imagem da página no Youtube do MS com o último material sobre HPV disponibilizado



Fonte: Youtube

No final do mês de setembro de 2021 o MS lançou a Campanha Nacional de Multivacinação de 2021. O objetivo da campanha era atualizar a caderneta de vacinação das crianças e adolescentes menores de 15 anos. A Campanha – realizada entre os dias 1º a 29 de outubro de 2021 – incluía todas as vacinas disponíveis no PNI, incluindo a vacina contra HPV.

Apesar da importância da campanha para o Brasil e do bom exemplo para o mundo, a campanha foi anunciada de forma tímida. O vídeo da campanha que pode ser acessado através do link Campanha Nacional de Multivacinação – YouTube, e teve cerca de 13.000 visualizações até o final de janeiro de 2022, demonstrando que a propaganda não teve o alcance que se espera de uma divulgação dessa magnitude.

2.4 PESQUISA CLÍNICA EM BARRETOS/SP

2.4.1 Estudo de Barretos

Em setembro de 2010, o oncologista José Humberto Fregnani iniciou um estudo na cidade de Barretos (SP) com o objetivo de avaliar a taxa de aceitação, a cobertura vacinal das três doses da vacina em meninas entre 10 e 16 anos de idade. (FREGNANI *et al.*, 2013).

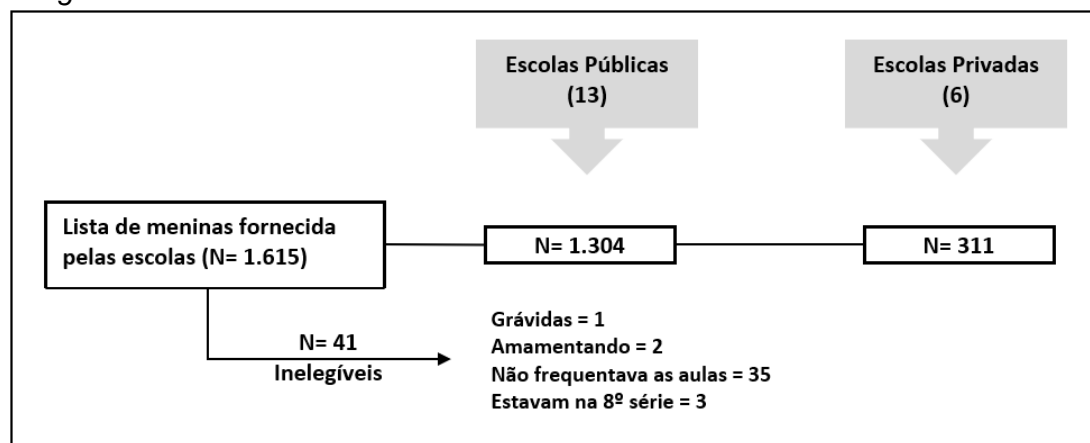
O estudo foi registrado no site *Home – ClinicalTrials.gov* sob o número NCT 01159834 e publicado na revista *PLOS ONE (Public Library of Science)* em abril de 2013.

O estudo traz dados interessantes sobre o comportamento sexual das crianças e adolescentes (Tabela 13).

Os critérios de exclusão estabelecidos para o estudo foram crianças ou adolescentes grávidas, que estavam amamentando ou as que não estavam frequentando a escola.

Do total de 1615 meninas identificadas em 19 escolas (13 públicas e 6 privadas) 41 meninas não foram elegíveis por se enquadrarem em um dos critérios de exclusão (Imagem 5).

Imagem 5 – Exclusões iniciais do estudo Barretos



Fonte: (FREGNANI *et al.*, 2013)

Com média de idade de 11,9 anos já havia três crianças que estavam em processo precoce de maternidade. Esse cenário inicial ativou um alerta nos investigadores sobre o comportamento sexual dessas crianças que estavam apenas iniciando a vida.

Questionários foram aplicados para as 1574 meninas elegíveis para o estudo responderem de forma anônima. O questionário ajudaria entender um pouco mais do comportamento sexual das meninas. Os resultados estão exibidos na Tabela 13.

Tabela 13 – Comportamento sexual das meninas

Meninas de 10 a 16 anos (média 11,9 anos)			
Pergunta	Resposta	Pública	Privada
Tem namorado	25%	*	*
Tiveram relações sexuais	2,60%	3,20%	0,40%
Idade média da primeira relação sexual (variação de 8 a 15)	11,8 anos	*	*
Número de parceiros sexuais (variação de 1 a 3)	1,5 média	*	*

* Não houve diferença significativa entre pública e privada

Fonte: (FREGNANI et al., 2013)

As respostas exibidas na Tabela 13 serviram como parâmetro para o seguimento do estudo, mas a equipe do estudo acredita que o número de jovens que tiveram relações sexuais é muito maior, porque durante o questionário, mesmo após reiterar que as respostas eram anônimas, as meninas mostraram preocupação que as respostas fossem compartilhadas com os pais.

Esse ponto evidenciou ainda mais a necessidade da vacinação contra HPV nas crianças e adolescentes de ambos os sexos, como também demonstrou a necessidade de abordagem mais cuidadosa para com os pais e as próprias crianças, já que o tema “sexo” ainda é tabu para muitos.

A estratégia de divulgação e abordagem para o estudo adotou o seguinte método extraído do artigo publicado:

“Aproximadamente 30 dias antes de iniciar cada uma das duas etapas, o estudo foi anunciado na cidade através de ampla publicidade em outdoors, programas de TV e estações de rádio locais, artigos de jornal e na internet. Além disso, houve uma reunião com os professores e os diretores de cada escola para esclarecer informações sobre o estudo. Durante estas reuniões, os professores e diretores foram convidados a agendar uma “Semana

Educacional” aproximadamente duas semanas antes da vacinação, durante a qual as escolas trabalhariam com os alunos em projetos escolares sobre o HPV e a vacina. Durante esta semana, os diretores foram solicitados a enviar convites escritos aos pais para virem à escola em uma data agendada para uma “Reunião de Pais”. Estes convites foram enviados aos pais e tutores através de suas filhas. Durante a primeira etapa do estudo, as escolas foram autorizadas a selecionar as estratégias educacionais para a “Semana Educacional” com as crianças. Entretanto, as escolas ofereceram diferentes níveis de comprometimento, o que foi menor em várias escolas públicas quando comparado com as escolas privadas. Durante a segunda etapa da vacinação, uma visita de uma enfermeira de estudo foi incluída na “Semana Educacional” em cada escola. Nesta ocasião, a enfermeira se reuniu com as meninas e discutiu sobre educação sexual, doenças sexualmente transmissíveis, HPV e a vacina. Durante este encontro com as meninas, a enfermeira enfatizou a importância de garantir que os pais participassem da “Reunião de Pais”.

A “Reunião de Pais” ocorreu aproximadamente uma semana após a “Semana de Educação” e aproximadamente uma semana antes de a vacinação ser administrada nas escolas. Um médico e uma enfermeira (relacionada ao estudo) visitaram cada escola para apresentar informações sobre o estudo. Durante estas reuniões, eles esclareceram dúvidas sobre o projeto. Os pais (ou tutores legais) preencheram um questionário e aqueles que concordaram deram seu consentimento informado para vacinar seu filho e. Aqueles que não sabiam ler eram assistidos por um dos professores ou profissionais que estavam conduzindo o estudo. Os pais que não compareceram à reunião, mas que manifestaram interesse na vacinação, puderam mais tarde se inscrever no estudo.”

A estratégia adotada trouxe os seguintes resultados na Tabela 14 e Tabela 15.

Tabela 14 – Alcance dos meios de comunicação

Resultados dos métodos de Propaganda	
Por qual meio foi informado sobre o estudo?	
Convite preparado pelas escolas	80,5%
Meios de comunicação local (outdoors, programas de TV e estações de rádio locais, artigos de jornal e na internet)	16,8%
Profissionais médicos	1,8%
Outros meios	1,3%
Não houve diferença significativa entre os tipos de escola	

Fonte: (FREGNANI et al., 2013)

Tabela 15 – Características dos responsáveis pelas meninas

Tabela 12 - Características dos pais ou responsáveis das meninas que concordaram em participar do estudo de acordo com o tipo de escola (n = 1,389).									
Característica	Casos validos	Descrição	Geral		Escola Privada		Escola Pública		P value
			N	%	N	%	N	%	
Responsável que deu autorização	1.182 (85,1%)	Mãe/Pai	1073	90,8	239	94,8	834	89,7	0,02
		Avós	48	4,1	9	3,6	39	4,2	
		Tio/tia	35	3,0	4	1,6	31	3,3	
		Outros	26	2,2	0	0,0	26	2,8	
Idade (anos)	1.088 (78,3%)	Média (DP)	38,1	7,9	39,8	7,3	37,7	8,0	<0,001
Renda familiar	1.187 (85,5%)	≤ US\$250	268	22,6	7	2,8	261	27,8	<0,001
		US\$201-500	319	26,9	21	8,5	298	31,7	
		US\$501 -1000	368	31,0	67	27,0	301	32,1	
		>US\$1000	232	19,5	153	61,7	79	8,4	
Educação (anos de estudo)	1.203 (86,6%)	0 - 4 anos	265	22,0	5	2,0	260	27,3	<0,001
		5 - 8 anos	236	19,6	15	6,0	221	23,2	
		9 - 11 anos	484	40,3	111	44,6	373	39,1	
		>11 anos	218	18,1	118	47,4	100	10,5	
Religião	1.209 (87,0%)	nenhuma	41	3,4	5	2,0	36	3,7	0,027
		Católico	793	65,6	180	72,6	613	63,8	
		Não-Católico	375	31,0	63	25,4	312	32,5	
Raça	1.169 (84,2%)	Branco	649	55,5	201	82,4	448	48,4	<0,001
		Não-Branco	520	44,5	43	17,6	477	51,6	
Já ouviu falar da vacina contra HPV?	1.170 (84,2%)	Não	646	55,2	111	46,6	535	57,4	0,003
		Sim	524	44,8	127	53,4	397	42,6	
Área	1.389 (100,0%)	Urbano	1.365	98,3	276	100,0	1089	97,8	0,008
		Rural	24	1,7	0	0,0	24	2,2	

Fonte: (FREGNANI et al., 2013)

A Tabela 14 evidência que a grande maioria dos pais ou responsáveis (80,5%) é alcançada através das escolas, em seguida, de longe, pelos meios regulares de comunicação (16,8%). Os números para os profissionais médicos são um verdadeiro alerta vermelho e cabe uma investigação profunda para determinar a razão, ou razões, pelas quais os médicos não recomendam a vacinação.

A Tabela 15 mostra as principais características dos responsáveis pelas crianças.

Ainda com a abordagem adotada em mente podemos verificar na Tabela 16 o percentual de aceitação dos pais ou responsáveis em vacinar as crianças.

Tabela 16 – Taxa de aceitação e cobertura vacinal

Indicador	Descrição	Geral		Escola Privada		Escola Pública		Valor de P
		Elegíveis: N = 1.574		Elegíveis: N = 311		Elegíveis: N = 1.263		
		N	%	N	%	N	%	
Aceitação da vacina	Sim	1.389	88,2	276	88,7	1.113	88,1	0,836
Vacinação	1ª dose	1.377	87,5	275	88,4	1.102	87,3	0,576
	2ª dose	1.359	86,3	274	88,1	1.085	85,9	0,312
	3ª dose	1.338	85,0	272	87,5	1.066	84,4	0,185
3 doses completas	Sim	1.338	97,2	272	98,9	1.066	96,7	0,052
Resgate de vacinação	1ª dose	279	20,3	38	13,8	241	21,9	0,003
	2ª dose	357	26,3	50	18,2	307	28,3	0,001
	3ª dose	291	21,7	50	18,4	241	22,6	0,132

Fonte: (FREGNANI et al., 2013)

Após a abordagem e a explicação dada aos responsáveis sobre o estudo, foi conseguida aceitação geral de 88,2% dos responsáveis. Ao final da 3ª dose a cobertura vacinal foi de 85,0%.

Mas o estudo também demonstra que é necessária uma estratégia para resgate das meninas que, por alguma razão, deixaram de tomar alguma das doses da vacina. Deixando claro que é preciso o acompanhamento próximo dos pais e das crianças.

No resgate é possível notar que as crianças das escolas públicas representaram um número maior durante o resgate. Isso mostra que durante a campanha de vacinação houve mais abstenções nas escolas públicas que nas privadas.

Os dados também mostram que, do total de meninas que receberam a primeira dose da vacina, 97,2% completaram a vacinação com as três doses.

A Tabela 17 traz as principais razões dos responsáveis para recusar a vacinação e deixa evidente que o fator em comum está relacionado à informação. A falta de informação de boa qualidade e a desinformação são fatores responsáveis pela maioria das recusas. Esse ponto faz a abordagem da comunicação – um dos quatro “P” defendido por Kotler (KOTLER; LEE, 2011) e Nowak (NOWAK *et al.*, 2015) – ser imprescindível para o convencimento e mudança do comportamento da sociedade. A mensagem que é transmitida tem que ser realmente personalizada e direcionada para impactar cada pessoa que a recebe.

Tabela 17 – Razões dadas pelos responsáveis para recusar a vacinação

Razões para recusa da vacinação (*)	Geral		Escolas Privadas		Escolas Públicas		Valor de P
	(n=124 respostas)		(n=124 respostas)		(n=124 respostas)		
	N	%	N	%	N	%	
Medo dos eventos adversos	34	27,4	8	28,6	26	27,1	0,877
Razões pessoais	25	20,2	4	14,3	21	21,9	0,378
A menina não quer tomar a vacina	18	14,5	1	3,6	17	17,7	0,072
A menina é muito jovem (idade)	12	9,7	5	17,9	7	7,3	0,140
A menina tem problemas de saúde	12	9,7	4	14,3	8	8,3	0,466
Acredita que a vacina não é necessária	11	8,9	3	10,7	8	8,3	0,710
Informação incorreta sobre a vacina	8	6,5	5	17,9	3	3,1	0,014
Médico desaconselhou a vacina (Pediatra/Ginecologista)	7	5,6	4	14,3	3	3,1	0,045
Não quer participar do estudo	5	4,0	0	0,0	5	5,2	0,587
Não confia na eficácia da vacina	3	2,4	1	3,6	2	2,1	0,539
Não tem conhecimento da vacina	3	2,4	0	0,0	3	3,1	1,000
Dificuldades logísticas para o hospital para tomar a vacina	2	1,6	0	0,0	2	2,1	1,000

(*) responsáveis puderam dar mais de uma resposta

Fonte: (FREGNANI *et al.*, 2013)

2.5 CASE AUSTRÁLIA E OUTROS PAÍSES

Muitos países espalhados pelos mais diversos cantos do mundo também adotaram a vacinação contra o HPV em seus sistemas de saúde. De acordo com a OMS são 114 países que incluíram a vacinação em 2 doses em seus programas. Apenas o Japão ainda mantém a vacinação em 3 doses. Alguns países ainda estão lutando para atingirem bons resultados de cobertura como é o caso de Irlanda com 73% e Suíça com 58,9%. Ambos dados de 2019 (WHO IMMUNIZATION DATA PORTAL, 2021). Porém há países em que a cobertura da vacinação supera a meta da OMS de 80%. São casos que servem de exemplos para outros países, que como o Brasil, têm ficado aquém da cobertura ideal de 80%.

A Tabela 18 foi extraída do relatório da OMS com os dados oficiais dos países em relação a cobertura da vacinação contra HPV considerando apenas meninas até 15 anos.

Tabela 18 –Tabela com dados oficiais emitida pela OMS

PAÍS	ANO	VACINA	COBERTURA	%
Sri Lanka	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	99
Turkmenistan	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	99
Mexico	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	99
Bhutan	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	97
Peru	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	97
Seychelles	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	97
Thailand	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	96
Ethiopia	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	95
Brunei Darussalam	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	94
Rwanda	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	94
Iceland	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	91
Palau	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	91
Malta	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	89
China, Macao SAR	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	88
Norway	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	88
Cook Islands	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	85
Ecuador	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	85
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	84
Canada	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	83
Portugal	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	80
Australia	2018	HPV Female, final dose	OFFICIAL	80

Fonte: (WHO IMMUNIZATION DATA PORTAL, 2021)

Foram considerados os dados de 2018 para extração da tabela devido à falta de dados para todos os países para o ano de 2019.

Esses são os países que em 2018 se mantiveram dentro da meta de 80% de cobertura estabelecida pela OMS. Como o critério para a seleção dos países foi que estivessem

dentro da meta da OMS e com as informações sobre as campanhas divulgadas, foram encontradas informações para Austrália, Inglaterra, México, Peru, entre outros.

Foram selecionados para esse trabalho a Austrália por ser o país considerado referência na vacinação contra HPV; México e Peru por serem países latinos com mais similaridades com a cultura do Brasil que os demais países da tabela.

2.5.1 Austrália

Em 2018, a Austrália atingiu a cobertura de vacinação de 80%. Repetiu a marca em 2019, e em 2020, considerando toda a pandemia de Covid-19, conseguiu 72% de cobertura.

Vamos conhecer um pouco sobre a estratégia da Austrália e tentar entender por que o país é considerado pela OMS um exemplo para o mundo.

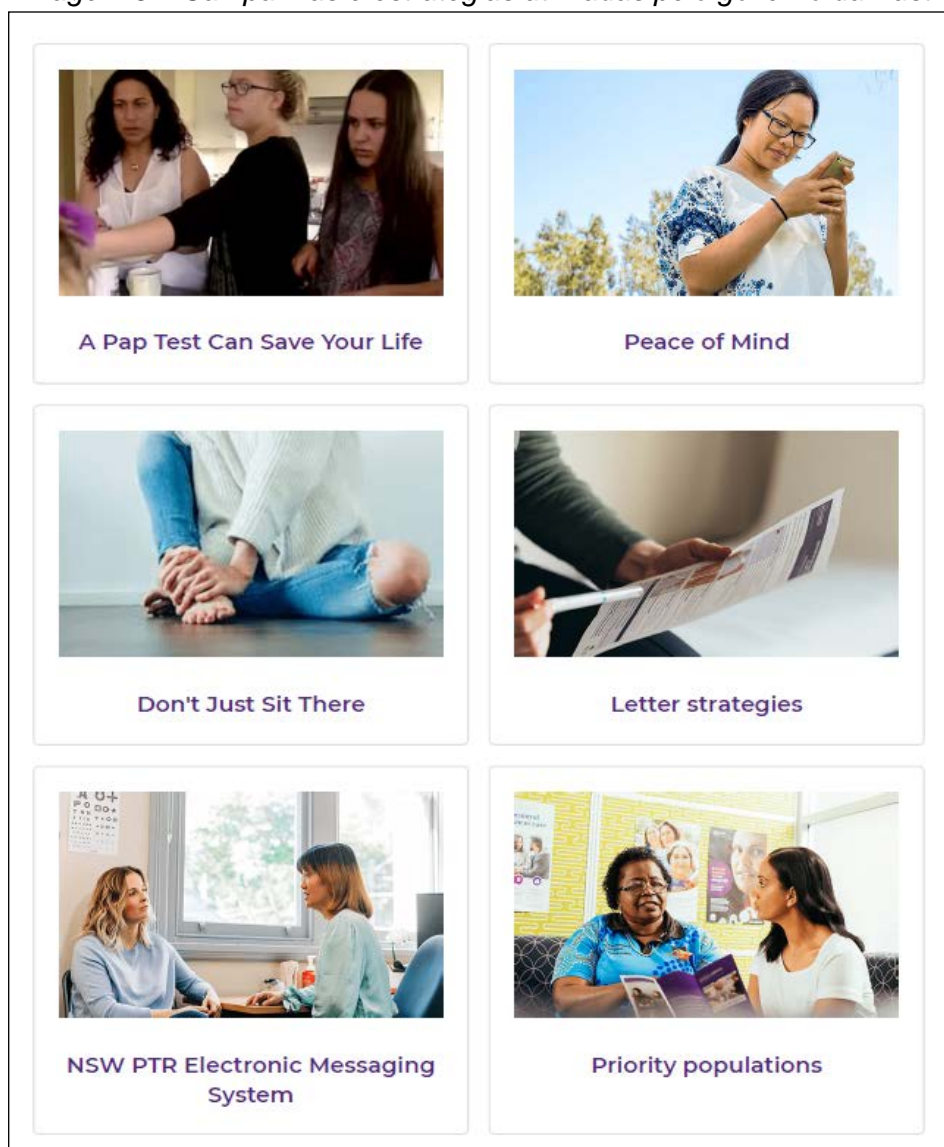
A vacina tetravalente contra HPV foi introduzida no programa nacional australiano para meninas em 2007 e a inclusão dos meninos se deu apenas em 2013. Em janeiro de 2018 a Austrália introduziu a vacina nonavalente no programa em lugar da tetravalente.

Além da vacina, a Austrália também aprimorou o *National Cervical Screening Program* (NCSP) – Programa Nacional de Exame do Colo do útero, em tradução adaptada.

O programa, que foi implementado em 1991, consiste em examinar todas as mulheres de 25 a 74 anos a cada cinco anos. Todos os médicos do sistema de saúde australiano são orientados a realizar o exame nas pacientes. No caso de algum desconforto de a paciente em realizar o exame com o médico a autocoleta é incentivada e ensinada às pacientes. Somente entre os anos de 2016 e 2017 houve cerca de 56% de exames de colo de útero entre mulheres de 20 a 69 anos (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2019).

A estratégia da campanha consiste em várias peças que foram desenvolvidas e utilizam vários meios de divulgação e comunicação. A imagem 6 mostra algumas das campanhas utilizadas pelo governo australiano.

Imagem 6 – Campanhas e estratégias utilizadas pelo governo da Austrália



Fonte: (GOVERNMENT, 2004)

Como formas de divulgação 2 peças intituladas de "A Pap Test Can Save Your Life" (o Papanicolau pode salvar sua vida) e "Don't Just Sit There" (Não fique ai só ai sentado) as peças foram veiculadas na TV durante os anos de 2007 a 2010, e também foram desenvolvidas peças para rádio, mídia digital e material impresso.

As campanhas foram responsáveis pelo aumento de 15% de exames no ano de 2007, em relação ao ano anterior, e, nas áreas onde a adesão aos exames era baixa, houve aumento de 21% (GOVERNMENT, 2004).

Imagem 7 – Imagem da campanha “Don’t Just Sit There”.



Regular Pap tests save more than 1000 women from cervical cancer every year.

Don't just sit there, have a Pap test every 2 years. Make an appointment today.
Call 13 11 20 www.papscreen.org.au

Fonte: (ANDERSON et al., 2009)

Além das campanhas para divulgação e importância do exame, também foram veiculadas peças para combater o constrangimento, medo e o desconforto das mulheres. A peça intitulada “*Peace of Mind*” (Paz de espírito – em tradução adaptada), inicialmente veiculada em 2011, foi responsável por 18.500 novos exames.

Como parte do programa, o governo criou um registro nacional (NCSR) em que todas as mulheres são registradas e os resultados dos exames são armazenados. De posse destas informações, o governo envia cartas para todas as mulheres. Essas cartas podem ser convites, lembretes ou acompanhamento.

Para as mulheres que ainda não fizeram o exame ou estão se aproximando da idade de início, a carta é um convite para que elas agendem o exame. Para as mulheres que agendaram e por alguma razão ainda não realizaram o exame a carta é um lembrete para a realização do exame. Quando as mulheres já realizaram o exame, mas outros exames e avaliações são necessários, os médicos e pacientes recebem cartas para providenciar o acompanhamento.

O governo também identificou o grande número de mulheres de outras nacionalidades nas quais, culturalmente, o exame de Papanicolaou era uma barreira e desenvolveu materiais e campanhas específicas para essa população. Dessa forma, foi possível atingir muitas mulheres de países como a Arábia, China e Vietnã. Além de trabalhos específicos também para os indígenas.

Além de todas as campanhas e estratégias citadas, o governo ainda mantém um site com informações e diversos tipos de contatos como e-mail, endereço, telefone para chamadas gratuitas (0800) onde as mulheres podem buscar mais informações e tirar dúvidas sobre qualquer questão relacionada ao câncer do colo de útero. Ainda há *workshops* periódicos e mensagens eletrônicas (SMS e e-mail) com informações sobre o programa, datas e eventos.

Como resultado de tanto esforço, a Austrália está no caminho certo para ser o primeiro país do mundo a erradicar o câncer de colo de útero até o ano de 2035, meta do governo australiano.

Os gastos com o programa australiano foram de mais de 90 milhões de dólares entre os anos de 2016 e 2017 (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2019).

Em 2019 a Austrália divulgou alguns dados incluindo informações ao longo dos anos sobre a cobertura vacinal, a incidência de Câncer de colo de útero e o percentual de mulheres examinadas e o impacto do programa NCSP no acompanhamento dessas mulheres.

Tabela 19 – Números e percentual padronizado de mulheres entre 20 e 69 anos de idade examinadas ao longo dos anos (janeiro até junho/2017)

Período	Participantes^(a)	População ajustada^(b)	Percentual bruto^(c)	Percentual padronizado^(d)
2004–2005	3.407.219	5.738.149	59,4	59,4
2005–2006	3.452.093	5.822.719	59,3	59,3
2006–2007	3.549.524	5.920.032	60,0	60,1
2007–2008	3.599.919	6.035.760	59,6	59,8
2008–2009	3.638.941	6.167.170	59,0	59,3
2009–2010	3.635.929	6.291.062	57,8	58,2
2010–2011	3.641.198	6.396.134	56,9	57,3
2011–2012	3.723.738	6.506.119	57,2	57,7
2012–2013	3.815.705	6.626.238	57,6	58,1
2013–2014	3.853.170	6.739.873	57,2	57,7
2014–2015	3.839.611	6.845.482	56,1	56,6
2015–2016	3.850.427	6.947.504	55,4	56,0
2016–2017	2.973.370	..	..	54,4-56,4 ^(e)

(a) "Participantes" é o número de mulheres entre 20 e 69 anos de idade examinadas em cada período de 2 anos de relatório.

(b) "População ajustada" é a média da população residente estimada para mulheres entre 20 e 69 anos de idade para os 2 anos, ajustados para incluir somente mulheres com colo uterino intacto.

(c) "Percentual bruto" é o número de mulheres entre 20 e 69 anos de idade examinadas em cada período de 2 anos, como uma porcentagem estimada de residentes da população para mulheres de 20-69 anos, ajustado para incluir somente mulheres com colo uterino intacto.

(d) "Percentual padronizado por idade" é o número de mulheres entre 20 e 69 anos de idade examinadas em cada período de dois anos, como uma porcentagem da população residente estimada para mulheres de 20-69 anos, ajustada para incluir somente mulheres com colo uterino intacto, padronizada para a população australiana em 30 de junho de 2001.

(e) O intervalo estimado é baseado em 4 métodos e não é comparável com o dos anos anteriores.

Fonte: (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2019)

A Tabela 19 traz dados históricos do percentual de mulheres que realizaram o exame Papanicolau. A Austrália tem conseguido examinar mais da metade da população feminina com idade entre 20 e 69 anos.

Quando se considera o período de três anos (2014 a 2016) com a segregação por faixa etária é possível avaliar o percentual de aceitação das mulheres por faixa etária. O comportamento é impactado pela idade em que mulheres com idade entre 40 e 44, 45 e 49 e 50 e 54 tem uma participação próxima de 75%, para mulheres com idade a partir de 55 o percentual começa a cair chegando a 62% de participação na última faixa (65 a 69 anos). Para o grupo de menor faixa etária, mulheres entre 30 e 34 anos

são representadas por 68%, enquanto as mais jovens (20 a 24 anos) atingem 54% (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2019).

A Tabela 20 mostra a cobertura vacinal da Austrália a partir do ano de 2012 como parte do programa para erradicar o câncer do colo de útero.

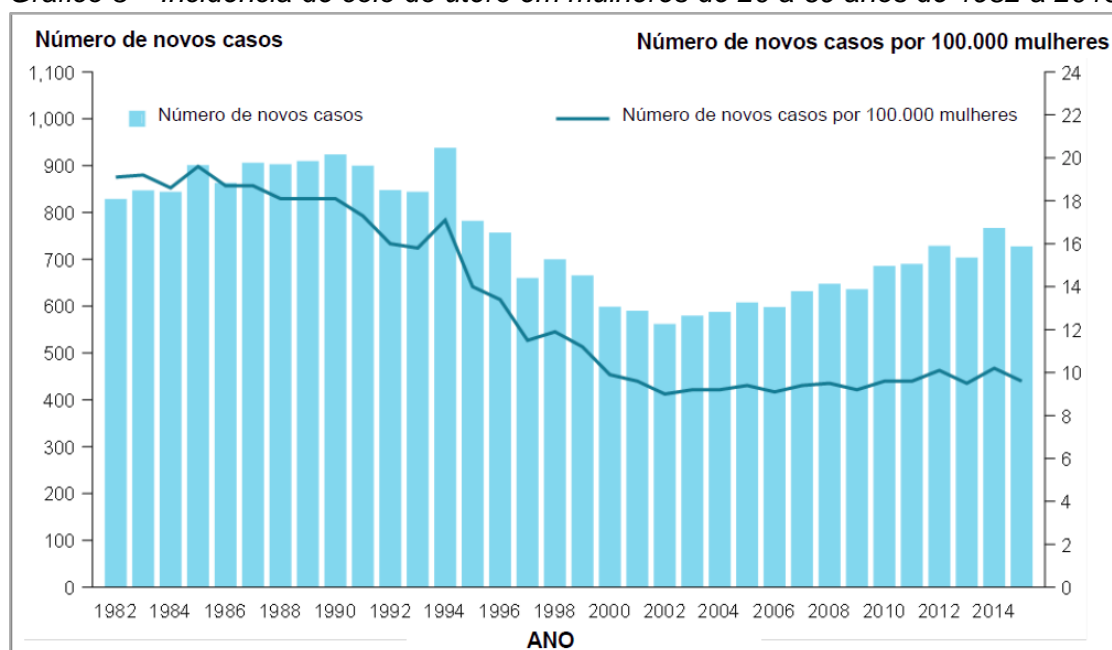
Tabela 20 – Percentual de cobertura na Austrália para meninas com até 15 anos

Ano	(%) Cobertura Dose 1	(%) Cobertura Dose 2	(%) Cobertura Dose 3
2012	82,7	79,2	71,5
2013	82,1	78,4	71,7
2014	83,7	80,3	74,1
2015	86,4	83,7	78,0
2016	86,5	83,8	78,6
2017	88,9	86,0	80,2
2018	..	..	79,5
2019	..	..	79,5
2020	..	..	72,0

Fonte: (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2019) e (WHO IMMUNIZATION DATA PORTAL, 2021).

Por fim, a Austrália conseguiu atingir a marca histórica de menos de 10 novos casos a cada 100.000 mulheres examinadas. Após duas décadas do programa a Austrália saiu de 19 para 9 novos casos a cada 1000.000 mulheres como mostra o gráfico 3.

Gráfico 3 – Incidência de colo do útero em mulheres de 20 a 69 anos de 1982 a 2015



Fonte: (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2019)

2.5.2 México

O país latino também é uma referência quando o assunto é a cobertura vacinal contra o HPV. O México tem alcançado bons resultados com sua campanha, conforme dados na Tabela 21.

Tabela 21 – Percentual de cobertura no México para meninas com até 15 anos

Ano	(%) Cobertura Dose 3
2015	90,3
2016	98,4
2017	99,2
2018	98,0
2019	97,0
2020	49,9

Fonte: (WHO IMMUNIZATION DATA PORTAL, 2021)

Note-se que os percentuais são altos de 2015 a 2019. Em 2020, o percentual de cobertura da vacinação sofre queda significativa. Porém, ao contrário do que se imagina, a razão da queda não está diretamente relacionada à pandemia de COVID-19 no México, mas à falta de vacinas disponíveis para atender a demanda. Devido a um problema de abastecimento, o México precisou pausar a vacinação em 2020, retomando apenas em 2021 (INFOBAE, 2020).

Mas quais estratégias são utilizadas para atingir números tão expressivos?

Em 2017, foi publicado um estudo sobre a prevalência de HPV nas mulheres mexicanas e o resultado foi de 9%. O estudo também mostrou que 77% eram do tipo 56, de alto risco (HEREDIA-CABALLERO *et al.*, 2017). Ao tratar o câncer de colo do útero com problema de saúde pública, o governo investe na prevenção. Com isso, a vacinação é feita nas escolas (para meninas de 9 a 12 anos) e nas unidades de saúde para as demais idades.

Os pais são acionados através dos professores e são informados quando a vacinação irá ocorrer e é necessária sua autorização para que as meninas possam ser vacinadas.

Há no México um ministério específico para crianças e adolescentes, o CENSIA – Centro Nacional para *la Salud de la Infancia y la Adolescencia de la Secretaría de Salud*. Em agosto de 2015, o CENSIA publicou a norma NOM-047-SSA2-2015 definindo critérios e procedimentos obrigatórios para todos os profissionais de saúde do sistema público e privado quando no atendimento a crianças e adolescentes de 10 a 19 anos de idade. Dentre os critérios, está a observância e atualização da carteira de vacinação. Como a vacina contra o HPV faz parte do calendário de vacinação o profissional de saúde deve então informar aos pais e aos adolescentes que eles devem se vacinar imediatamente, para os casos em que a criança ou adolescente ainda não foram vacinados ou não completaram as duas doses.

A imagem 8 mostra o esquema de vacinação utilizado pelo CENSIA com a obrigatoriedade da vacina contra HPV a partir de 11 anos.

Imagem 8 – Esquema de vacinação mexicano

Esquema Nacional de Vacunación				
Nacimiento	BCG	Hepatitis B		
2 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Neumococo conjugada
4 meses	Pentavalente acelular		Rotavirus	Neumococo conjugada
6 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Influenza
7 meses	Influenza segunda dosis			
12 meses	SRP			Neumococo conjugada
18 meses	Pentavalente acelular			
24 meses (2 años)	Influenza refuerzo anual			
36 meses (3 años)	Influenza refuerzo anual			
48 meses (4 años)	DPT (refuerzo)			Influenza refuerzo anual
59 meses (5 años)	Refuerzo anual Influenza (octubre-enero)			
	OPV (pollo oral) de los 6 a los 59 meses en 1ª y 2ª Semanas Nacionales de Salud*			
72 meses (6 años)	SRP (refuerzo)			
11 años o quinto grado de primaria	VPH (Virus de Papiloma Humano)			

Fonte: CENSIA – México

2.5.3 Peru

O Peru também é outro país latino que vinha mantendo excelente taxa de cobertura das crianças e adolescentes, porém, com algumas importantes diferenças em relação aos demais países: Em 2018, O país incorporou a vacina nonavalente apenas para o público acima de 13 anos. Os meninos ficaram de fora das campanhas e a vacina é administrada somente nas meninas, com idade entre 9 e 13 anos que estão na 5ª série

do primário, que são vacinadas nas escolas de forma gratuita após o consentimento dos responsáveis que são alcançados através das campanhas do governo e pelas próprias escolas. A vacinação, inicialmente administrada em três doses (0, 2 e 6 meses), foi alterada para 2 doses em 2017 seguindo a recomendação da OMS. Porém, os meninos¹, as adolescentes a partir dos 14 anos e mulheres até 45 anos – idade máxima aprovada para a administração da vacina no Peru – somente têm acesso a vacina através da rede privada e ao custo de U\$100,00 (cem dólares).

Embora a campanha de vacinação tenha bons resultados, a campanha de controle e prevenção de câncer não tem tido bons resultados em relação ao exame do Papanicolaou. O problema é que a capacidade de diagnóstico no país é muito baixa e isso gera um número entre 50% e 80% dos casos positivos que não são identificados a tempo de tratar a doença (RIVADENEYRA, 2021). O próprio ministério da saúde informa que uma mulher morre a cada cinco horas em decorrência do câncer de colo do útero no Peru. (MINISTERIO DE SALUD PERÚ, 2021).

Imagem 9 – Material da campanha do Peru



Fonte: (MINISTERIO DE SALUD PERÚ, 2021).

¹ A partir de janeiro de 2023 o governo peruano incluiu os meninos na campanha e alterou o esquema vacinal para dose única. As alterações seguem a recomendação da OMS.

Imagem 10 – Brindes fornecidos pelo ministério da saúde do Peru




Fonte: (MINISTERIO DE SALÚD PERÚ, 2021)

A campanha do ministério da saúde do Peru conta com brindes para as meninas que são vacinadas. Pulseiras e pendrives no formato de coração com a frase da campanha são distribuídos para as meninas – imagem 10.

A imagem 11 mostra o modelo do termo de consentimento informado enviado aos pais e responsáveis para autorizarem a vacinação das meninas.

Imagem 11 – Modelo do termo de consentimento informado utilizado ministério da saúde do Peru

 **PERÚ** Ministerio de Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE, O TUTOR, AUTORIZANDO A SU MENOR HIJA PARA VACUNARSE CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)

Esta vacuna forma parte del Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud

Se ofrece en forma gratuita a las niñas del 5.º y 6.º grado de educación primaria de Instituciones Educativas públicas y privadas, así como a las niñas entre 9 a 13 años de edad en los establecimientos de salud del MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales.

BENEFICIOS:

- ❖ Esta vacuna previene la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) responsable del cáncer de cuello uterino, verrugas genitales y otros tipos de cáncer frecuentes en regiones genitales.
- ❖ Para gozar de la protección de la vacuna, es necesario que la niña reciba las 2 dosis de vacuna: La 1ª dosis al primer contacto con la niña y la 2ª dosis 6 meses después de la primera dosis.

LA VACUNA ES:

- ❖ Muy segura
- ❖ Previene el cáncer de cuello del útero, pero no cura el cáncer.

IMPORTANTE: Toda niña vacunada, igualmente a futuro, debe realizarse control ginecológico regular y la realización periódica del Papanicolaou.

POSIBLES REACCIONES DESPUÉS DE LA VACUNACIÓN:

La **reacción más frecuente es en el sitio de inyección puede ser:** dolor, entorpecimiento e hinchazón en el lugar de vacunación. Desaparece (sin tratamiento médico) dentro de las 48 horas

Otras reacciones poco frecuentes son: dolor de cabeza, fatiga, fiebre, náuseas, que desaparecen en las siguientes 48 horas. Si persisten, buscar atención en los establecimientos de salud

Reacciones menos frecuentes no asociadas a la vacuna pero reportadas:

- ❖ Desmayo: Esta reacción puede producirse por temor o miedo y no por la vacuna propiamente. Para evitar esta reacción se recomienda administrar la vacuna a la niña sentada y permanecer así en observación 15 minutos después de la administración de la vacuna.
- ❖ Reacciones alérgicas como ronchas o picazón que pasan rápidamente. Si persisten, buscar atención en el establecimiento de salud.

DECLARACIÓN:

Yo,....., identificado con DNI N°:..... Padre, madre, tutor o representantes legales de la niña identificada con el DNI N° alumna del aula de la Institución Educativa..... dejo constancia de haber sido informado sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. Por lo tanto autorizo al Personal de Salud a vacunar a mi menor hija por voluntad propia y me comprometo a completar las 2 dosis que son necesarias para su protección contra el cáncer de cuello uterino.

.....
Firma del padre/madre o apoderado

Lima,..... de.....201...

NOTA: Devolver la hoja firmada

Fonte: (MINISTERIO DE SALUD PERÚ, 2021)

A vacina foi introduzida no Peru em 2015, mas somente há dados oficiais disponíveis a partir de 2018. Os dados de cobertura demonstram que a estratégia, ao menos para a vacinação das meninas, estava dando certo. Os números podem ser vistos na Tabela 22.

Tabela 22 – Percentual de cobertura no Peru para meninas de 9 a 13 anos

Ano	(%) Cobertura Dose 2
2018	97,0
2019	91,0
2020	20,1

Fonte: (WHO IMMUNIZATION DATA PORTAL, 2021)

Diferentemente do México que em 2020 paralisou a vacinação devido à falta de vacinas, o Peru sofreu com a pandemia de COVID-19. Com o aumento dos casos e o *lockdown* implementado no país, as crianças deixaram de ir as escolas e a estratégia

de vacinação sofreu uma derrota para a pandemia (RIVADENEYRA, 2021). Para 2021 o governo peruano adotou nova estratégia para que os pais e responsáveis e levem suas filhas aos centros de saúde para administração das doses da vacina, mas, até o momento, ainda não há dados da vacinação disponíveis.

A Tabela 23 apresenta o resumo da estratégia de marketing social utilizada pelos países.

Tabela 23 Resumo do marketing social por país.

	PRODUTO	PROMOÇÃO		LOCAL	PREÇO
País		População	Campanhas	Estratégia	Preço
Brasil	Vacina Tetravalente	Meninas (9-14 anos) Meninos (11-14 anos)	Materiais fixados nos postos de saúde	Postos de Saúde	Gratuita
México	Vacina Nonavalente	Meninas (9-12 anos) que estão na 5ª série do ensino primário	Campanhas na TV, rádio e material impresso.	Escolas e postos de saúde	Gratuita
Austrália	Vacina Nonavalente	Meninas e Meninos (9-13 anos)	Campanhas na TV, rádio, mídia digital e material impresso. Registro nacional para acompanhamento, sites e telefone.	Escolas e postos de saúde	Gratuita entre 11 e 13 anos
Peru	Vacina Tetravalente**	Meninas (9-13 anos) que estão na 5ª série do ensino primário	Campanhas na TV, rádio, material impresso e brindes	Escolas	Gratuita
Estudo Barretos*	Vacina Quadrivalente	Meninas (10-16 anos)	Campanhas na TV, rádio, material impresso.	Escolas e Hospital	Gratuita

*Barretos teve 85% de cobertura total ao final da 3 dose.

**O Peru administra a vacina nonavalente para o público acima de 13 anos.

2.6 COMO TRABALHAR COM MARKETING SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA

Como dito anteriormente, o marketing social é importante ferramenta utilizada para influenciar o comportamento das pessoas. Porém, deve-se levar em consideração que cada pessoa tem suas próprias crenças, valores, hábitos e preferências. Dessa forma, influenciar e mudar o comportamento das pessoas é algo sério, perigoso e requer muito cuidado.

Tomando como exemplo o lixo que é despejado em ruas, praças, rios e lagos que acabam por atrair diversos tipos animais e insetos que transmitem doenças, com impacto direto na saúde pública. Populações sem saneamento básico também estão no grupo de risco que podem contrair doenças, além dos problemas maximizados pela falta de água potável.

Dessa forma, criar mudança no comportamento humano envolve interação complexa de informação e motivação (COREIL *et al.*, 2001).

No exemplo do lixo despejado fora dos locais adequados podemos utilizar uma abordagem que iria favorecer toda uma parte da população que sofre com alagamentos, trasbordamentos de córregos e invasão da água em suas residências. Dessa forma, a utilização dos quatro “P” abordaria o lixo, o preço para descarte

(gratuito no Brasil) e o local de descarte adequado. O último P – promoção – focará nos benefícios que o descarte consciente e responsável trará para a população da região, mitigando questões de saneamento, doenças e enchentes. Também deve-se informar o período de descarte e coleta e incentivar a adoção pela população. Um ponto importante a mencionar é que a promoção deve ser contínua e por período suficiente, de forma a cativar e criar uma memória processual e, assim, gerar a mudança requerida no comportamento.

Para a vacinação contra o HPV utilizando os quatro “P” como guia podemos traçar a melhor estratégia para o marketing social.

Para o produto, um estudo conduzido por Bigman demonstrou que, quando informações sobre eficácia da vacina são utilizadas na promoção, elas influenciam o apoio ao uso da vacina. Bigman deixa claro que esse enquadramento deve ser considerado ao escrever as mensagens. (BIGMAN; CAPPELLA; HORNIK, 2010). Melovic também aborda o tema com o seguinte desfecho “As informações da mídia só têm impacto quando informações da confiabilidade do tratamento estão envolvidos na comunicação.” (MELOVIC *et al.*, 2020).

Quando olhamos para a estratégia de marketing social da Austrália, México e Peru vemos claramente que o conceito do marketing social foi aplicado à campanha. O público corretamente identificado que reflete a população de cada país (veja Tabela 28). Além disso, os países realizaram um esforço para que os materiais de campanha incluíssem também os imigrantes que estão estabelecidos em seus países. Dessa forma, foram capazes de cobrir a população inteira e falar com cada pessoa sem fazer acepção de pessoas pelos seus credos, gostos, culturas etc. Afinal uma campanha onde a pessoa sente que a mensagem é direcionada a ela é o primeiro passo para conseguir a sua atenção.

Esses países também têm em comum uma estratégia que se encaixa perfeitamente em um conhecido provérbio popular, “*Se Maomé não vai à montanha, a montanha vai a Maomé*”. Eles facilitaram o acesso do público-alvo as vacinas promovendo a vacinação nas escolas, onde é possível disseminar com facilidade informações confiáveis sobre a doença e vacina para os adolescentes e responsáveis.

Com essas estratégias os governos conseguiram envolver a maior parte do público-alvo na promoção direta, e atingiram o restante do público-alvo utilizando os meios de comunicação em massa.

Quando olhamos para o projeto de Barretos, notamos que o conceito do marketing social também foi aplicado com sucesso utilizando as escolas para alcançar o público-alvo e abordagem aos responsáveis. O resultado é um verdadeiro sucesso com uma taxa de cobertura final de 85%. Provando que no Brasil também é possível implementar o conceito de marketing social para a vacinação contra o HPV, mas o governo brasileiro ainda é muito resistente em aplicar o conceito para a população.

2.6.1 Dificuldades: hesitação e recusas

Como vimos as informações relacionadas à eficácia e à segurança durante a promoção são importantes para a adesão da população às campanhas. Sabendo disso, os grupos radicais atacam as campanhas mirando exatamente nessas informações com o objetivo de gerar dúvidas na população e, conseqüentemente, a redução da adesão às campanhas.

Estudo conduzido em Ohio com profissionais de saúde identificou que, quando os profissionais de saúde identificam algum tipo de hesitação em relação à vacina, eles se sentem desencorajados em recomendar. O estudo também mostra que 90% dos pais questionam os médicos se a vacina é realmente segura. (MCREE; GILKEY; DEMPSEY, 2014)

A Tabela 24 mostra as principais razões percebidas pelos profissionais de saúde.

Tabela 24 – Razões percebidas para recusa ou hesitação dos pais em relação à vacina

Razões percebidas pelos profissionais de saúde para a hesitação ou recusa dos pais à vacina contra HPV.				
	Muitos %	Alguns %	Poucos %	Quase nada %
Razões percebidas para postergar ou recusar a vacina contra HPV nos seus filhos				
Acredita que a criança ou adolescente não é sexualmente ativo	43	36	15	6
Acredita que é pouco provável que a criança ou adolescente contraia doenças relacionadas com o HPV	24	39	28	9
Desconforto pra falar sobre sexo com a criança ou adolescente	14	41	34	12
Preocupações gerais com a vacina	8	37	49	6
Preocupações em tomar múltiplas vacinas	9	34	43	15
Preocupações com complicações a longo prazo	7	28	42	24
Acredita que HPV não é grave	5	28	32	36
Preocupações sobre eventos adversos (dor e febre)	2	20	46	33
Preocupação em relação ao custo	4	17	34	45
Criança recusou a vacina	2	15	37	46
Criança estava doente no momento da visita	2	8	41	49
Acredita que a vacina não é efetiva	1	10	30	59

Fonte: adaptado de (MCREE; GILKEY; DEMPSEY, 2014)

A tabela mostra que ainda há muitos pais com pouca ou nenhuma informação sobre o HPV e a vacina, e que os profissionais de saúde precisam estar mais bem preparados para responder a essas questões na tentativa de persuadir os responsáveis a aceitar a vacinação dos filhos.

A desinformação pode trazer graves consequências para as campanhas de vacinação e para o sistema de saúde. O Japão, país considerado modelo em vacinação até a introdução da vacina contra o HPV em 2013, sofreu com o impacto da desinformação sobre a doença e a vacina.

No Japão, havia anualmente 11.000 novos casos diagnosticados com cerca de 3000 mortes. Com esses números em consideração, o governo japonês implementou, em 2009, a vacina bivalente contra HPV. Inicialmente, a aceitação da vacina ultrapassou 70% da população (EGAWA, 2021). Nos anos seguintes várias informações sobre eventos adversos foram espalhadas pela mídia local. Nenhuma evidência dos tais eventos adversos foi descoberta e foram caracterizadas como infundadas pela comunidade científica, mas as repetidas notícias na mídia causaram pressão no governo que, em junho de 2013, através de seu ministro da saúde, suspendeu a recomendação proativa da vacina contra HPV (UEDA *et al.*, 2020) e (EGAWA, 2021).

O que se viu logo em seguida foi uma cobertura que atingiu 74% em 2012 (EGAWA, 2021) despencar para 15% no ano seguinte. Os dados de 2020 trazem a vergonhosa cobertura de 0,8% (WHO IMMUNIZATION DATA PORTAL, 2021).

3 PROPOSTAS E DISCUSSÃO

3.1 MARKETING SOCIAL COMO FERRAMENTA DE CONVENCIMENTO

Como vimos na definição do marketing social por Nowak ((NOWAK *et al.*, 2015), o primeiro “P” – *produto* – não precisa ser algo para uso ou consumo. No caso das campanhas de vacinação temos as duas aplicações ao *produto*, há a oferta de um produto para uso – a vacina – e há a oferta, ou intenção, de mudança no comportamento das pessoas para que elas possam entender a importância dos exames e triagem frequentes e adotar esse comportamento como parte da rotina de cuidados à saúde. O produto deve ser divulgado com precisão e informações sobre a segurança e eficácia devem fazer parte da campanha.

Um estudo publicado por professores da Universidade Católica de Roma trouxe dados de 4 países Nórdicos (Dinamarca, Islândia, Noruega e Suécia). O estudo acompanhou meninas e mulheres por períodos entre 3 e 8 anos após a vacinação contra o HPV. Os dados em relação a eficácia são exibidos na Tabela 25.

Tabela 25 – Estudo fase III para avaliação de eficácia

Estudos de longa duração para a vacina quadrivalente contra HPV				
Estudo	Público	Eficácia	Soropositividade	Acompanhamento
P007 (Villa et al)	Mulheres Jovens (16 - 23 anos)	Nenhum caso de HPV 6/11/16/18 - relatado CIN	Mantido até 5 anos	5 anos
Estudo Nordico P015 (Nzgard et al)	Mulheres Jovens (16 - 23 anos)	Nenhum caso de HPV 6/11/16/18 - relatado CIN	Tendência até 5 anos	8 anos
Extensão P018 (Iversen)	Homens e Mulheres (9 -15 anos)	Nenhum caso de HPV 6/11/16/18 - relatado CIN	Mantido até 8 anos	6,8 anos
Extensão P019 (Luna et al)	Mulheres adultas (24 - 45 anos)	Um caso de HPV 6/11/16/18 - relatado CIN	Mantido até 6 anos	6 anos
P020 (Giuliano et al)	Homens (16 - 26 anos)	3 casos de EGLs	-	3 anos
P20 - AIN Subestudo (Palefsky et al)	Homens - MSM (16 - 26 anos)	5 casos de AIN devido ao HPV 6/11/16/18	-	3 anos

CIN: Neoplasia Cervical intraepitelial; EGLs: Lesões genitais externas; AIN: Neoplasia anal intraepitelial; MSM: Homens que mantém relações com homens

Fonte: (DE VINCENZO et al., 2014)

O estudo também traz informações sobre a segurança nos casos em que os sintomas eram geralmente leves. Os eventos adversos relatados foram comparáveis a outras vacinas obrigatórias já implementadas. Os eventos mais comuns relatados foram dor e inchaço no local da aplicação de intensidade leve a moderada. Além desses sintomas, foram relatados também febre, náuseas, vômitos, tonturas e diarreia. Os eventos considerados graves relatados foram cefaleia persistente, hipertensão, gastroenterite e broncoespasmos. Esses sintomas, porém, foram relatados em apenas 0,5% do público confirmando a segurança da vacina.

Outro estudo, publicado em 2021 por professores de uma universidade na Suécia, trouxe dados de acompanhamento ainda mais interessantes. De acordo com o estudo, meninas que são vacinadas antes dos 17 anos têm o risco de câncer cervical invasivo reduzido em 88%, enquanto as mulheres que são vacinadas entre 17 e 30 anos tem o risco reduzido em 53% quando comparadas a mulheres não vacinadas – Tabela 26 (LEI *et al.*, 2021).

Tabela 26 – Vacinação contra HPV e o Câncer de colo do útero

Comparação da incidência de câncer de colo do útero				
Status da vacinação	Número de casos de câncer	Taxa de incidência bruta por 1000.000	Taxa de incidência ajustada em função da idade	Taxa de incidência ajustada
Não Vacinados	538	5,27 (4,84 - 5,73)	referência	referência
Vacinados	19	0,73 (0,47 - 1,14)	0,51 (0,32 - 0,82)	0,37 (0,21 - 0,57)
Status de acordo com o corte de 17 anos				
Vacinados antes dos 17 anos	2	0,10 (0,02-0,39)	0,19 (0,05-0,75)	0,12 (0,00-0,34)
Vacinados entre 17 e 30 anos	17	3,02 (1,88-4,86)	0,64 (0,39-1,04)	0,47 (0,27-0,75)

Fonte: (LEI *et al.*, 2021)

O “P” – preço. Diferentemente de muitos países, como o Peru, que vacina gratuitamente apenas meninas entre 9 e 13 anos e todas as demais idades aprovadas e meninos devem arcar com o custo da vacina, no Brasil, o custo anual para a vacina gira em torno de R\$ 465 milhões aos cofres públicos, porém, é fornecida a população de todas as idades e sexo sem nenhum custo.

O custo da vacina para a população pode inibir a vacinação. Países como Estados Unidos, Inglaterra e Suíça têm o desafio adicional em aumentar a cobertura vacinal devido a isso. Mas essa questão não impacta os brasileiros e o custo não é fator que demande preocupação para o público, mas a informação da gratuidade da vacina também poderia ser mais explorada na campanha.

Há também que se considerar os custos que envolvem a logística, recursos humanos, campanhas e materiais. Não há informações sobre gastos no Brasil para esses fatores, mas, para se ter uma ideia, a Austrália gasta anualmente cerca de noventa milhões de dólares (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2019) apenas com exames para triagem. No Brasil esse valor em 2020 foi cerca de setenta e seis milhões de reais, no mesmo ano, o total de gastos em oncologia somam pouco mais de três bilhões e setecentos milhões de reais (Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) – Ago/21) que atingiram cerca de 0,05% do PIB do ano.

O lugar, “P” – *place*. Nesse pilar talvez esteja a maior desvantagem e a principal razão pela qual a cobertura vacinal não avança no Brasil. De todos os países que foram analisados o Brasil é o único que não utiliza a estratégia de vacinação nas escolas.

A Tabela 27 mostra os países da América Latina em que há vacinação contra HPV e a estratégia adotada.

Tabela 27 –Estratégia de vacinação na América Latina

País	População	Ano de introdução da vacina	Estratégia	Cobertura (2018)
Argentina	Meninas com 11 anos	2011	Escolas	58%
	Meninos com 11 anos	2017		-
Bolívia	Meninas (10-12 anos)	2017	Escolas	54%
Brasil	Meninas (9-14 anos)	2014	Postos de Saúde	10%
	Meninos (11-14 anos)	2017		-
Chile	Meninas (9-14 anos)	2014	Escolas	76%
	Meninos (9-14 anos)	2019		-
Colômbia	Meninas (9-17 anos)	2012	Escolas	36%
Equador	Meninas (9-11 anos)	2014	Escolas e postos de saúde	85%
Guatemala	Meninas com 10 anos	2018	Escolas	31%
Honduras	Meninas com 11 anos	2016	Escolas	55%
México	Meninas (9-11 anos) que estão na 5ª série do ensino	2012	Escolas e postos de saúde	99%
Panamá	Meninas com 10 anos	2008	Escolas	69%
	Meninos com 10 anos	2016		-
Paraguai	Meninas (9-17 anos)	2013	Escolas	55%
Peru	Meninas (9-13 anos) que estão na 5ª série do ensino	2013	Escolas	97%
Uruguai	Meninas com 12 anos	2013	Postos de Saúde	43%
	Meninos com 11 anos	2016	Escolas	-

Fonte: adaptado de (NOGUEIRA-RODRIGUES, 2019) e (OMS, 2020)

O Uruguai que, no início, adotou a vacinação nos postos de saúde alterou a estratégia em 2016 para as escolas. No ano de 2015, a cobertura vacinal informada pelo governo uruguaio foi de 26%. Após a alteração da estratégia para as escolas a vacinação foi para 43% em 2018 e 61% em 2019 (WHO IMMUNIZATION DATA PORTAL, 2021).

A Inglaterra também adotou a estratégia de vacinação nas escolas e, devido à pandemia do COVID-19, as escolas foram fechadas em 23 de março de 2020 e a vacinação foi interrompida. Ao pressentirem o impacto na campanha de vacinação, o governo inglês decidiu abrir parcialmente algumas escolas a partir de 1º de junho do mesmo ano, para retomar a vacinação e tentar resgatar as meninas que não se vacinaram. A interrupção de quase três meses mostrou o impacto na cobertura do ano. O percentual final de meninas vacinadas chegou a 64,7% contra 83,9% do ano anterior (PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2020), demonstrando o grande impacto que a estratégia de vacinação nas escolas têm na cobertura vacinal.

A campanha de vacinação no Peru também sofreu com o fechamento das escolas, mas não houve abertura parcial das escolas para a retomada da vacinação que foi

mantida apenas nos postos de saúde. O que se viu foi a cobertura que em 2019 foi de 91% despencar para apenas 20,1% em 2020.

No Brasil, o assunto de voltar a vacinação para as escolas foi discutido em 2018. A então coordenadora do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, Carla Domingues alegou dificuldades operacionais para o retorno da vacinação nas escolas (MOTA, 2018).

Ficou claro que o local de vacinação não só facilita o acesso do público-alvo ao produto, como também facilita a divulgação de informações sobre o produto e torna mais fácil a disseminação de informações sobre o produto.

A vacinação nas escolas também possibilitará a inclusão do tema no programa escolar, onde será possível explicar aos alunos o impacto da doença e a importância da vacinação.

Os governos brasileiros, desde a implementação da vacina em 2014, têm feito vistas grossas para esse ponto tão importante que por anos seguidos tem gerado não só taxas de vacinação abaixo da meta, como também desperdício de vacinas que por não serem utilizadas acabam por serem descartadas pelo prazo de validade expirado. A tentativa de evitar o desperdício de vacinas nos postos de saúde foi uma das razões que motivaram o governo a incluir mulheres na faixa etária de 15 a 26 anos em 2017 (TOKARNIA, 2017) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A Promoção, “*P*” – *promotion*. Nesse pilar, o Brasil também está bem atrás dos outros países. A promoção é o pilar defendido por Nowak para tratar das informações que serão levadas ao público-alvo, onde a correta identificação do público-alvo, investimento e a disseminação dessas informações são imprescindíveis para conseguir o efeito esperado na população.

Vimos ao final do capítulo 3 que o governo brasileiro ainda não consegue direcionar a sua campanha para o público que realmente precisa ser alcançado. Na imagem 3, onde é possível ver o material de campanha utilizado pelo governo, mostra uma mulher e uma adolescente que não representam toda a população brasileira. Na verdade, a imagem utilizada cria uma aversão dos demais públicos que não se sentem representados pelas pessoas escolhidas na imagem e a representatividade é de uma importância ímpar para que se consiga comunicar corretamente com as pessoas das quais se quer impactar a vida.

A Tabela 28 apresenta os dados étnicos dos países

Tabela 28 Dados étnicos por país, 2021

Dados étnicos dos Países							
País	Branca	Asiática	Aborígenes e outros	Mestiço	Indígena	Parda	Preta
Australia	92,0%	7,0%	1,0%	-	-	-	-
Brasil	43,0%	-	0,4%	-	0,5%	47,0%	9,1%
México	9,0%	-	1,0%	60,0%	30,0%	-	-
Peru	15,0%	-	3,0%	37,0%	45,0%	-	-

Fonte: (IBGE, 2022), (LUKE. METCALFE, 2023)

Além dos dados exibidos na tabela 28 o Brasil possui cerca de 1.085.673 imigrantes vindos de mais de 21 países (CAVALCANTI L, OLIVEIRA, 2020).

Na Tabela 24 é possível observar que as principais razões para a recusa é a preocupação sobre a segurança da vacina. A maioria do público-alvo demonstra uma legítima preocupação que é inerente a quem tem pouca ou nenhuma informação sobre o produto.

No estudo realizado em Ohio com profissionais de saúde também foram levantadas as principais estratégias para tentar combater a hesitação e a recusa dos pais em vacinar as crianças e adolescentes. A Tabela 29 traz um resumo dessas estratégias.

Tabela 29 – Razões percebidas para recusa ou hesitação dos pais em relação à vacina

Estratégias percebidas pelos profissionais de saúde para ajudar no aconselhamento dos responsáveis sobre vacina contra HPV.				
	Muitos %	Alguns %	Poucos %	Quase nada %
Potenciais ferramentas úteis para aconselhar pais hesitantes sobre as vacinas contra o HPV				
Folhetos informativos adaptados as preocupações específicas dos responsáveis	34	40	19	6
Fornecimento de informações sobre HPV e a vacina antes das consultas	33	39	21	7
Fornecimento de informações aos responsáveis adaptadas ao seus contextos culturais	34	34	23	9
Um questionário de triagem para identificar preocupações específicas dos pais	20	38	27	14
Um guia ou roteiro de discussão para profissionais de saúde	16	41	28	15
Fácil acesso as fichas com informações padronizadas sobre vacinas	18	32	32	19
Folhetos interativos para facilitar e ajudar na tomada de decisão dos pais	13	31	40	17
Fornecer informações para pais e adolescentes separadamente	11	33	32	25

Fonte: adaptado de (MCREE; GILKEY; DEMPSEY, 2014)

Ao analisar as estratégias percebidas pelos profissionais podemos afirmar que todas as estratégias giram em torno da informação sobre a vacina e a doença.

De acordo com a tabela, 74% dos pais ou responsáveis teriam suas dúvidas ou preocupações dirimidas através de folhetos informativos. E 72% seriam ajudados se as informações fossem compartilhadas antes da consulta.

Vimos que as informações sobre a eficácia e a confiabilidade da vacina devem fazer parte da comunicação da campanha.

Como foi percebido pelos profissionais de saúde e também é defendido por Kotler (KOTLER; LEE, 2011), a linguagem também deve ser motivo de atenção e deve ser adequada e personalizada ao público-alvo, isso significa que o material da campanha deve conter linguagens específicas para cada região e público, levando em consideração a cultura e intelecto de cada um, sendo incorreto utilizar um padrão para todos.

O conteúdo que é divulgado impacta diretamente a adesão do público-alvo à vacina. Em estudo para avaliar o impacto do conteúdo da informação, observou-se que, quando o foco das informações é no benefício que a vacina traz, o número de aceitação é maior em comparação a quando a informação é focada nos riscos e malefícios de não tomar a vacina (GEREND; SHEPHERD, 2007).

Estudo realizado nos Estados Unidos, em 2014, mostrou que o uso do marketing social pode aumentar a taxa de vacinação contra HPV em meninos em 34% (CATES *et al.*, 2014), esse estudo mostra a força dessa ferramenta. A adequação da informação para diferentes públicos e classes sociais é importante para atingir a todos. O público-alvo das classes sociais mais baixas tende a receber as informações e imediatamente buscar auxílio (NGUI *et al.*, 2015). Dessa forma, é importante que médicos e profissionais de saúde estejam preparados para dirimir quaisquer dúvidas que a população possa ter após receber as informações das propagandas. Corroborando as percepções dos profissionais de saúde demonstrados na Tabela 29 no estudo realizado em Ohio.

Essa adequação de informação se acordo com o público é a chave do marketing social, e o sucesso de implementação pode ser visto nas peças de campanha implementadas na Austrália, onde a adequação das mensagens levou não só as classes sociais em consideração, como também a nacionalidade das pessoas. Permitindo alcançar públicos onde culturalmente o cuidado com a saúde é tabu, como Arábia, China e Vietnã e a população indígena.

Os médicos privados também devem ser engajados na campanha recomendando a vacinação e tirando dúvidas dos pacientes e responsáveis. Outro estudo conduzido nos Estados Unidos mostrou que a prescrição e recomendação dos profissionais de saúde à vacinação podem aumentar a cobertura em até 15% (DALEY *et al.*, 2010).

A veiculação das informações deve se levar em conta a realidade do país e da população. A limitação das campanhas em um ou outro veículo pode impactar fortemente o alcance da mensagem e conseqüentemente o alcance ao público-alvo.

No Brasil, 17% dos domicílios não possuem acesso à internet, totalizando cerca de 12,6 milhões de residências e apenas 64% das classes D e E possuem acesso à internet (BRASIL, C. G. da I. no, 2021). Com a chegada do celular e a facilidade do acesso à internet, as mídias sociais se tornaram o principal canal de comunicação global. Contudo, a TV ainda é o principal meio de comunicação global. Ocupa a 1ª posição na faixa etária até 18 anos e acima de 50 anos e a segunda posição na faixa etária de 18 a 49 anos. O rádio mantém um constante 3º lugar com 17% do tempo gasto. Deixar qualquer um dos três primeiros canais de comunicação de fora da campanha significa abandonar percentual considerável do público-alvo.

O marketing social como ferramenta de convencimento tem a capacidade de transformar a realidade, seja uma cidade ou país. Porém, é necessário que a ferramenta seja utilizada com responsabilidade e, principalmente, com respeito a toda pluralidade de pessoas, cultura e classes. Quando a campanha é focada apenas em promoção, como é o caso do Brasil, a chance de falha é altíssima (DA SILVA; MAZZON, 2016). “O marketing social é mais do que uma mera tecnologia da empresa, e suas responsabilidades ultrapassam o campo do lucro, pois ele não é um fim em si mesmo, mas sim um servo também dos interesses da sociedade” (LAZER, 1969).

3.2 PAPANICOLAOU

O exame de Papanicolaou é o principal meio para detecção de alterações no colo do útero. O exame auxilia na detecção precoce de qualquer alteração ou lesões pré-cancerígenas que podem indicar a presença do vírus HPV no colo do útero. O diagnóstico precoce permite o início rápido do tratamento, impedindo o desenvolvimento da doença e aumentando consideravelmente a chance de cura. No Brasil, a recomendação para a realização do exame Papanicolaou é anual para mulheres que de 25 a 64 anos que são sexualmente ativas.

O Brasil tem cobertura boa de exames de Papanicolaou. Em março de 2022, o MS, através do canal de notícias do governo, publicou um boletim informando que 81,3% das mulheres do público-alvo realizaram o exame Papanicolaou em 2019 (MELO, 2022).

O percentual de 81,3% já coloca o Brasil acima da Meta de 70% da OMS, mas o MS quer atingir 85% do público-alvo, o que é excelente para a população brasileira. Essa meta de 85% pode ser facilmente atingida incluindo as informações para a realização do exame na campanha de vacinação contra o HPV.

3.3 AUTOMATIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E CARTÓRIOS E APP

Hoje o Brasil adota a carteirinha de vacinação para controle da vacinação das crianças e adolescentes. Com a chegada da pandemia do COVID-19, e devido às limitações e ao *lockdown*, o país também se viu na necessidade de facilitar a interação e o contato com a população. Em maio de 2020, foi lançado o ConecteSUS, um aplicativo para celulares e uma página da internet (ConecteSUS (saude.gov.br)) para ajudarem nessa interação. A princípio, o sistema foi criado para controlar a vacinação contra o Covid-19 da população e emitir o certificado de vacinação, mas o sistema promete muito mais. Já é possível agendar exames, acompanhar medicações, criar o cartão nacional de saúde (CNS), verificar o calendário de vacinação e, aos poucos, a carteirinha de vacinação está sendo migrada para o sistema e ficará acessível na palma da mão através dos celulares.

A importância dessa tecnologia é que, como a vacina contra HPV faz parte do calendário de vacinação nacional, será possível fazer o acompanhamento das crianças e adolescentes para a administração das vacinas, inclusive da vacina contra HPV.

Porém, como a adesão às vacinas dependem dos pais ou responsáveis, uma forma de controle poderia ser a criação do cadastro da criança no ConecteSUS quando os pais ou responsáveis forem registrar as crianças no cartório. Dessa forma, o governo teria controle sobre a cobertura vacinal de todas as vacinas desde o nascimento das crianças.

Esses dados poderiam servir para implementar ações e marketing social para convencer os responsáveis e aumentar a adesão às vacinas. Os dados poderiam ser estratificados e utilizados para mapear uma população específica e adotar uma abordagem personalizada, como o envio de cartas ou mensagens de texto – como é feito pelo governo Australiano – ou notificações entregues diretamente do celular pelo aplicativo ConecteSUS.

3.4 COMBATE A DESINFORMAÇÃO: ANTIVACINAS

Há outro ponto importante que precisamos levar em consideração. Os grupos antivacinas, denominados globalmente como “anti-vaxx”, disseminam informações falsas e são responsáveis por crescente parte da população que dúvida das vacinas e se recusa tomar vacinas ou vacinar seus filhos. Os impactos desses grupos já foram

sentidos em todo o mundo, inclusive no Brasil, que até o ano de 2018 possuía o status de país com erradicação do sarampo. Em 2019 foram 18 mil casos de sarampo e 15 óbitos em 23 estados. Mas os grupos se aproveitam de alguns fatores para disseminar as falsas informações, dentre eles estão ausência de campanhas de conscientização e a disponibilização de informações científicas de qualidade. Esse último sofre com a falta de investimento do poder público em pesquisa científica.

No Japão, a crescente divulgação de falsas informações destruiu a campanha de vacinação contra HPV no país. O país possuía cobertura de cerca de 74% em 2012 e o último dado de 2020 aponta 0,8%. O estrago da desinformação foi enorme e impacta milhares de vidas todos os anos. O governo japonês com a comunidade médica e científica têm traçado planos e estratégias para tentar aumentar a confiança da população na vacina, mas os resultados só serão conhecidos nos próximos anos.

Um estudo recente divulgou a estratégia utilizada pelos grupos anti-vaxx, e para isso manipulam as próprias mães para atingirem os objetivos utilizando as redes sociais (BAKER; WALSH, 2022).

Como as mães são as protetoras dos seus filhos e o sentimento de cuidado e zelo é muito forte, os grupos apelam para esses sentimentos para convencerem as mães a não imunizarem seus filhos. Apenam para as “mães protetoras”, “mãe dedicada” e “mãe intuitiva”.

A mãe protetora é abordada para acreditar que seu papel é proteger e garantir a segurança dos filhos de qualquer dano. A ideia é evitar que os filhos sejam expostos a toxinas ou outros produtos não naturais, como produtos químicos e vacinas.

A mãe dedicada é a mãe que expressa uma devoção aos filhos de forma inabalável onde os cuidados e educação são peças-chave para promover conteúdos antivacinas. Conteúdos duvidosos com reações adversas e efeitos colaterais são disseminados para o convencimento das mães.

A mãe intuitiva é abordada para fazê-las acreditarem que a intuição materna é uma forma de sabedoria suprema, que toda mãe sabe o que é melhor para os seus filhos, mesmo que seja ir contra ao conhecimento médico-científico.

3.5 INVESTIMENTO EM PESQUISA

O combate a desinformação e as notícias falsas deve ser feito com informações científicas pautadas em pesquisas e estudos dirigidos por pesquisadores qualificados. Se não há incentivo a pesquisa, fatalmente o país fica à mercê de aproveitadores e grupos como o anti-vaxx que prejudicam ainda mais a credibilidade de anos de estudos e pesquisas. Precisamos gerar informações confiáveis para que as decisões sejam realmente técnicas e com viés científico e não político ou ideológico. Além de fomentar a pesquisa os governos deveriam proporcionar investimentos para que possamos alcançar autonomia científica. Os valores investidos em P&D estão em um patamar que impactam inclusive o funcionamento da plataforma Lattes. Um levantamento da Confederação Nacional da Indústria (CNI) mostra que 90% do investimento em pesquisa realizado no Brasil em 2020 era oriundos de recursos privados (BUSINESS, 2022). O orçamento previsto para 2022 no CNPq é de R\$ 35 milhões e deveria ser de ao menos 6 vezes o valor para corrigir a inflação frente aos valores investidos em 2012 (ESCOBAR, 2021).

4 PRODUTOS E IMPACTO SOCIAL

4.1 PUBLICAÇÕES

4.1.1 Artigo

Buscar fazer a publicação de um artigo em revistas nacionais ou internacionais que tenham impacto na área da saúde pública. Com o foco nos resultados, o intuito do artigo é demonstrar a realidade da campanha brasileira, e como resolver as questões levantadas utilizando as boas práticas globais que tornam as campanhas de outros países mais eficientes que a brasileira.

4.1.2 Critérios de busca para as revistas

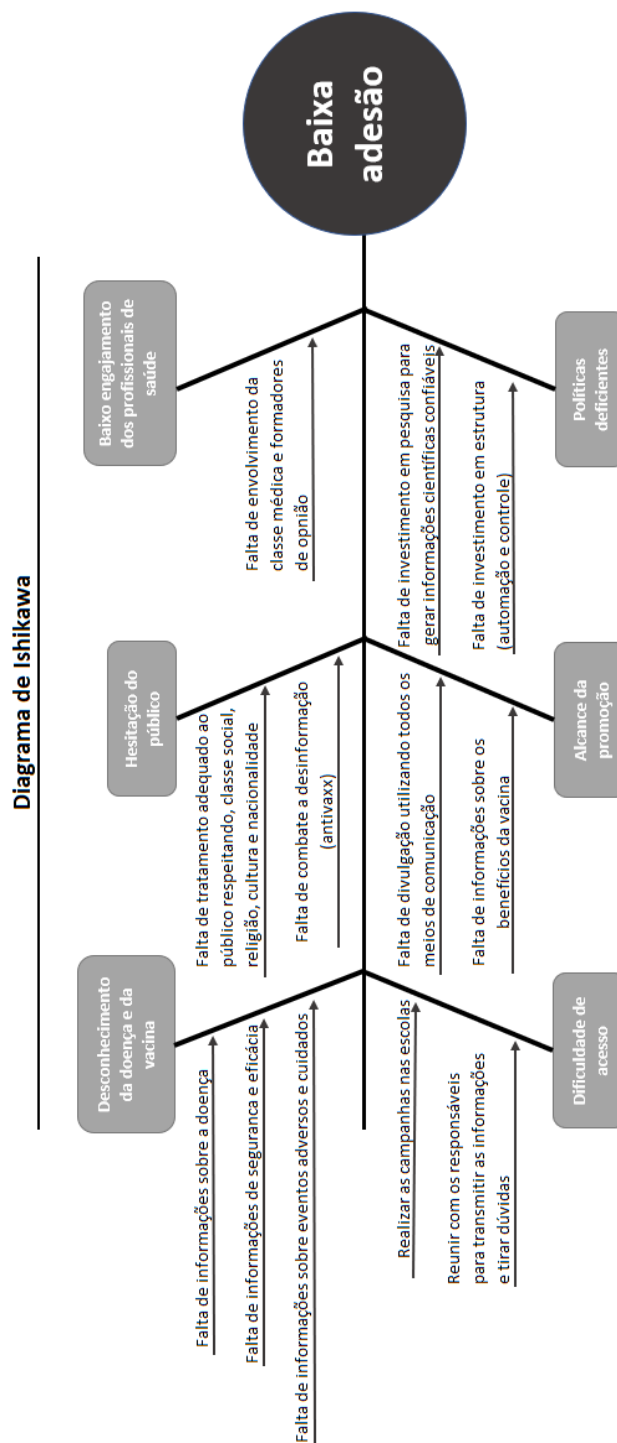
Revistas que tenham interesse na saúde pública, nas campanhas de vacinação, com boa aceitabilidade, bom fator de impacto e que possam facilitar a divulgação das informações e propostas para profissional de saúde, público-alvo desse trabalho. Revistas nacionais como Fiocruz, SciElo, RSP, e RAMB; e revistas internacionais como The Lancet Regional Health – Americas e AIMS Public Health serão os alvos para a publicação do artigo.

4.2 FERRAMENTAS DE QUALIDADE

4.2.1 Diagrama de Ishikawa

Como resultado das análises desse trabalho as principais causas foram identificadas e o produto é o diagrama de Ishikawa exibido na imagem 12.

Imagem 12 – Diagrama de Ishikawa



O diagrama mostra não só as principais causas, como também as subcausas para cada causa. Isso significa que, para a completa mitigação do problema principal, todas as subcausas devem ser adequadamente mitigadas.

Desconhecimento da doença e vacina, hesitação do público, baixo engajamento dos profissionais de saúde, dificuldade de acesso, alcance da promoção e políticas

deficientes são as principais causas da baixa adesão à campanha de vacinação contra o HPV.

Impacto Social - Com as principais causas mapeadas é possível criar planos para cada uma delas com o objetivo de resolver o problema da baixa adesão. Cada causa tem um impacto significativo na adesão do público-alvo à campanha de vacinação. Prever esse impacto e tomar medidas assertivas irão contribuir para o aumento do engajamento da população, criação da conscientização coletiva e irá aumentar a taxa de cobertura vacinal

4.2.2 Gráfico de Pareto

Quais causas devem ser priorizadas? Sabemos que os recursos são finitos e muitas vezes é preciso fazer concessões para conseguir o melhor resultado possível com os recursos disponíveis.

O gráfico de Pareto traz a ajuda necessária para facilitar a tomada de decisão. Com as principais causas identificadas é possível determinar o impacto e ordenar as principais causas vs impacto gerando um ranking que possibilita priorizar os problemas para mitigá-los, possibilitando uma eficácia maior da solução implementada e melhor gerenciamento dos recursos disponíveis.

Para determinar o impacto foi utilizado referencias de estudos que trazem estimativas para cada ponto levantado.

A dificuldade de acesso pode ter um aumento de 34% de acordo com o estudo publicado que mostra o impacto do marketing social nas campanhas de vacinação (CATES *et al.*, 2014), também pelo aumento de 35% de cobertura atingido pelo Uruguai quando mudou a estratégia de vacinação para as escolas.

O alcance da promoção é mensurado no trabalho realizado pela Austrália que conseguiu atingir um aumento de até 21% (GOVERNMENT, 2004).

O desconhecimento sobre a vacina é mensurado em aproximadamente 16% em um estudo realizado por no México (PORTILLO-ROMERO *et al.*, 2018)

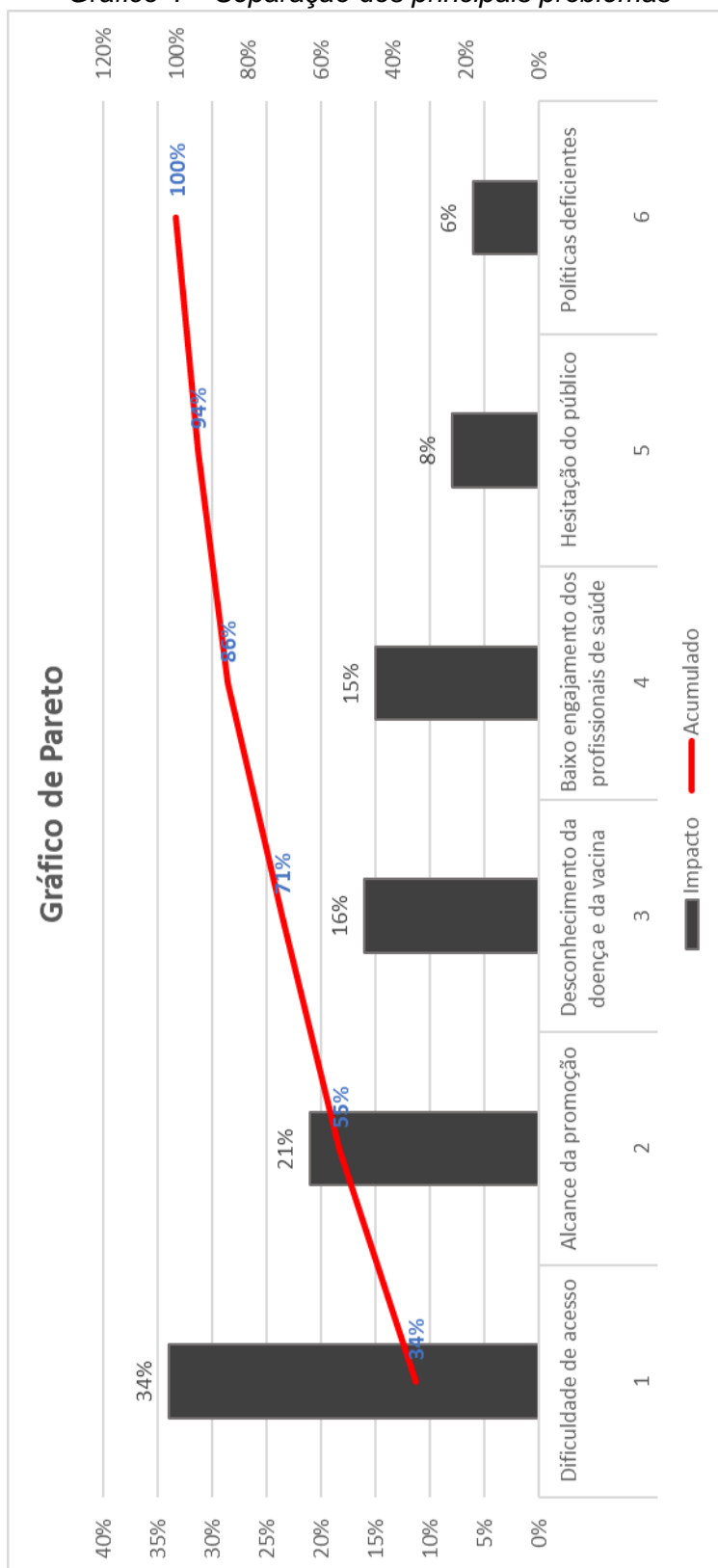
Daley cita em seu estudo que a recomendação e prescrição pelos profissionais de saúde podem aumentar a adesão em 15% (DALEY *et al.*, 2010).

De acordo com os dados do estudo de Barretos a hesitação em vacinar atingem cerca de 8% do público-alvo (Tabela 17) deixando o restante do impacto em políticas deficientes em 6%.

As barras a partir da esquerda mostram os problemas que mais impactam a adesão à campanha de vacinação contra o HPV no Brasil. A linha vermelha mostra o percentual acumulado do impacto na campanha de vacinação. Dessa forma, é possível observar que as causas 1 e 2 tem um impacto acumulado de 55%. Isso quer dizer que se focarmos as atenções nas duas primeiras causas resolveríamos os principais problemas que impactam em 55% o aumento da adesão. Isso não significa que a taxa de cobertura irá aumentar em até 55%, uma vez que os outros problemas ainda podem impactar o resultado, mas espera-se aumento significativo da cobertura acima de dois dígitos.

Os valores que são apresentados no gráfico de Pareto foram obtidos de outras praças e não refletem necessariamente a realidade Brasileira. Eles devem ser estudados e avaliados como referências afim de nortear o planejamento brasileiro.

Gráfico 4 – Separação dos principais problemas



Impacto social - Como os problemas estão relacionados, é possível criar um método para atacar a maior parte dos problemas ao mesmo tempo, por exemplo, facilitar o acesso à vacinação através das escolas ao mesmo tempo em que se melhora a qualidade da informação divulgada. Dessa forma, podemos ter um aumento maior da taxa de cobertura, ultrapassando a meta de cobertura da OMS.

4.2.3 5W2H

Com base nos problemas e impactos apresentados os planos de ação para mitigação dos problemas são apresentados na Tabela 30 utilizando a ferramenta 5W2H.

A ferramenta também possibilita transformar cada uma das atividades em métricas para serem utilizadas com o conceito S.M.A.R.T. Controlando e mapeando cada atividade em relação ao tempo, medida e que podem ser mensuráveis.

Para a ferramenta 5W2H os custos das atividades não foram calculados, uma vez que são necessárias diversas informações não objeto desse trabalho.

Impacto social – A implementação dos planos de ação descritos na ferramenta 5W2H possibilitará a completa resolução dos problemas levantados durante a realização desse trabalho que impactará de forma positiva a campanha de vacinação brasileira. Colocando o Brasil no mesmo nível dos países com melhores taxas de cobertura vacinal.

Tabela 30 – Tabela 5W2H

What O que	Why Por que	Where Onde	When Quando	Who Quem	How Como	How Qu
Divulgar informações sobre segurança e eficácia da vacina	As informações sobre a segurança e eficácia transmitem ao público a confiança sobre a vacina e facilitam a tomada de decisão aumentando a adesão. Essas informações são os principais alvos dos grupos anti-vacinas.	Em todo o território brasileiro	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Através de TV, internet, rádios, outdoors, escolas, postos de saúde e através de médicos e profissionais da saúde	
Informar o esquema de vacinação	Essa informação ajuda no planejamento do público-alvo em relação aos prazos e como proceder.	Em todo o território brasileiro	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Através de TV, internet, rádios, outdoors, escolas, postos de saúde e através de médicos e profissionais da saúde	
Divulgar os sintomas adversos esperados e o que dever ser feito em caso de eventos	As informações sobre os sintomas esperados evita o pânico e juntamente com as informações de segurança e eficácia transmitem tranquilidade, além de informar ao público o procedimento a ser seguido, evitando assim uma busca desnecessária por médicos e hospitais em caso de eventos.	Em todo o território brasileiro	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Através de TV, internet, rádios, outdoors, escolas, postos de saúde e através de médicos e profissionais da saúde	
Informar a gratuidade da vacina	Essa é uma informação bastante conhecida dos brasileiros, porém precisamos considerar os imigrantes que vivem no país. Reforçar a informação sobre a gratuidade eliminará mais uma possível barreira para a adesão.	Em todo o território brasileiro	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Através de TV, internet, rádios, outdoors, escolas, postos de saúde e através de médicos e profissionais da saúde	
Informar o investimento em campanha	A informação sobre o investimento traz um senso de responsabilidade para algumas pessoas além de ser importante a transparência em relação aos gastos.	Em todo o território brasileiro	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Através de TV, internet, rádios	
Utilizar as escolas para a vacinação	A vacinação nas escolas permite fácil acesso as crianças e responsáveis. Facilita a adesão a divulgação de informações e o controle sobre a campanha.	Escolas de todo o Brasil	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Através de um programa com responsabilidades compartilhadas entre o governo federal e estadual	
Utilizar os postos de saúde para uma repescagem	Para os demais públicos que não fazem parte da meta da campanha, deve se manter os postos de saúde como um local primário de vacinação, e para as crianças que perderam a vacinação nas escolas por alguma razão, os postos servirão como local de repescagem.	Postos de saúde	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Utilizando o sistema único de saúde (SUS)	
Preparar e distribuir folhetos informativos	Os folhetos auxiliam na divulgação das informações sobre a vacina. Também servem como um manual para tirar dúvidas, o que fazer em caso de eventos etc.	Escolas, postos de saúde e através de médicos e profissionais da saúde	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Criando materiais de campanha com auxílio de médicos, profissionais da saúde e agências de publicidades e distribuindo para o público alvo e responsáveis através das escolas, postos e médicos.	
Dar palestras nas escolas para os responsáveis e crianças e adolescentes e sanando todas as dúvidas de forma personalizada.	Como as escolas facilitam o acesso aos responsáveis e as crianças e adolescentes é possível transmitir as informações de forma direta e sanando todas as dúvidas de forma personalizada.	Escolas	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Enviar profissionais de saúde preparados para palestrar para os responsáveis, crianças e adolescentes.	

Tabela 5W2H (continuação)

What O que	Why Por que	Where Onde	When Quando	Who Quem	How Como	How Much Quanto
Identificar o público alvo e informar a faixa etária	É importante que o público-alvo seja identificado e informado de forma clara para que saibam que serão abordados ou devem procurar auxílio.	Escolas	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Através dos médicos e profissionais de saúde, utilizando uma base de dados atualizada do IBGE.	*
Adequar as informações para os diferentes públicos	Uma forma de inclusão importante, onde as pessoas são abordadas com informações adequadas, respeitando a cultura, a religião e nacionalidade de cada um.	Em todos os materiais de campanha	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Através de agências de publicidade	*
Utilizar os meios de comunicação em massa	Como vimos no trabalho a internet, a TV e o rádio são os principais canais de comunicação globais e no Brasil não é diferente. Preferir qualquer um deles para divulgação das informações da campanha significa deixar de fora uma parte grande da população sem acesso a informação.	TV, internet, rádios e outdoors	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	utilizando peças, comerciais, jingles e utilizando influenciadores.	*
Focar nas informações sobre os benefícios da vacina	As informações relacionadas a falta de vacinação (doenças, riscos e malefícios) devem ser evitadas. As pessoas absorvem essas informações como pontos negativos da vacina.	Em todos os materiais de campanha	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Criando materiais de campanha com auxílio de médicos, profissionais da saúde e agências de publicidades.	*
Incluir informações para o exame de Papanicolaou na campanha	Embora o percentual de exame de Papanicolaou esteja alto (MELO, 2022), será possível aumentar ainda mais a adesão ao fazer a divulgação em massa.	Em todos os materiais de campanha	Durante o período de campanha. Nas duas doses.	Governo Federal e governos estaduais	Criando materiais de campanha com auxílio de médicos, profissionais da saúde e agências de publicidades.	*
Incentivar a prescrição médica	Utilizar os conselhos federais e regionais para dar diretrizes aos médicos sobre a vacina.	Conselhos federais e regionais	O tempo todo (deve se tornar rotina diária)	Governo Federal e governos estaduais	Contatar os conselhos de saúde do Brasil e iniciar um programa para criar diretrizes.	*
Preparar médicos e profissionais de saúde para tirar dúvidas.	Enviar através dos conselhos federais e regionais materiais de apoio para sanar dúvidas do público, incluindo os responsáveis.	Conselhos federais e regionais	O tempo todo (deve se tornar rotina diária)	Governo Federal e governos estaduais	Contatar os conselhos de saúde do Brasil e iniciar um programa para criar diretrizes.	*
Automatizar os cartórios para cadastro automático no ConectSus	A ideia é que no momento do registro de um recém-nascido o cartório possa de forma automática criar um cadastro da criança no ConectSus ou gerar um código de acesso que permita o controle da vacinação da criança através do sistema desde o nascimento.	Cartórios e aplicativos	O tempo todo (deve se tornar rotina diária)	Governo Federal e governos estaduais	Criar uma função para os sistemas dos cartórios interligando com o sistema do ConectSus	*
Combater a desinformação (antivaxx)	Esses grupos radicais estão crescendo rapidamente e a internet tem facilitado a divulgação das informações falsas. Devem ser combatidos antes que a questão se torne ainda mais grave.	Em todo o território nacional	O tempo todo.	Governo Federal e governos estaduais	A desinformação se combate com informação confiável e só é possível através do investimento em pesquisa para geração de conhecimento.	*
Investimentir em pesquisa	Não é possível avançarmos como sociedade e como país se os investimentos em pesquisas forem suprimidos. A pesquisa gera conhecimento e informações relevantes que determinam como o país deve reagir a um determinado problema. O Brasil tem um índice de investimento muito aquém do necessário para geração de conhecimentos relevantes para a sociedade.	Em todo o território nacional (universidades, hospitais escolas, centros de pesquisa etc)	Deve fazer parte do orçamento anual	Governo Federal e governos estaduais	O governos estaduais e o federal devem aumentar o orçamento para investimento em pesquisa. Considerando os números atuais é praticamente impossível um avanço significativo nos próximos anos (ESCOBAR, 2021).	*

4.3 IMPACTO SOCIAL

Vimos que a resolução dos dois principais problemas apresentados no Gráfico de Pareto podem elevar a taxa de vacinação para próximo dos 80%, que é a meta de cobertura preconizada pela OMS. Se atacarmos ao menos os 3 principais problemas apresentados no Gráfico de Pareto já será suficiente para elevar a meta de vacinação para próximo dos nossos países vizinhos México e Peru, na casa de 90% de cobertura vacinal.

Dessa forma, será possível atingir as metas e erradicar o câncer de colo do útero conforme agenda da OMS até 2030.

A aplicação do marketing social e dos achados desse trabalho na área da saúde e em específico nas campanhas de vacinação poderá ajudar a aumentar a taxa de cobertura de outras campanhas, inclusive contra o COVID-19, que se tornou motivos de discussões infundadas a respeito da vacina. Assunto, que se gerenciado de forma correta pelo governo, não teria gerado o caos que se tornou.

5 CONSIDERAÇÕES

5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo avaliar o panorama do andamento da campanha de vacinação contra o HPV implementada no Brasil desde 2014, os impactos relacionados com as boas práticas para realização da campanha e a taxa de vacinação.

Como objetivo geral a dissertação visou identificar os principais problemas que impactam o não avanço da vacinação e como mitigá-los. O Marketing social defendido por Kotler norteou o trabalho para identificar um padrão nas campanhas analisadas.

Ao analisar os dados informados pelo MS com números baixos e com uma meta desafiadora de 80%, a pergunta que surge é se a meta não está fora de alcance por ser uma meta irreal ou se realmente é possível atingi-la. Para responder a esse questionamento, avaliar campanhas de outros países foi extremamente importante para entender se a meta era possível de ser alcançada e quais eram as técnicas utilizadas por esses países para conseguir esse objetivo.

Através da revisão bibliográfica de diversos autores foi ficando claro que o Brasil é ainda referência global na questão de disponibilizar a vacinas para a população de forma gratuita. Porém, o país anda na contramão dos demais países quando a questão é gerenciamento dessas mesmas vacinas. O fato de disponibilizar de forma gratuita não resolve o problema de saúde pública e a essa questão é extremamente delicada e requer uma atenção especial por parte do governo. A campanha utilizada pelo governo brasileiro é ineficiente. Ela não representa a população brasileira e sua miscigenação. Um país com origem direta dos indígenas onde há migrantes de diversos países e etnias uma foto com uma mulher loira e uma adolescente branca jamais trará a inclusão e representatividade necessária e requerida para esse tipo de campanha.

Os negros, indígenas, chineses, alemães, pardos e pessoas de diversas outras etnias precisam ser levados em consideração quando se quer alcançar a população na sua totalidade. Dentre os problemas levantados na campanha o primeiro é a falha na identificação do público-alvo. Se não se sabe a quem se vai comunicar não é possível realizar uma comunicação efetiva. Da mesma forma, se não sabe o que comunicar também não é possível atingir a efetividade na comunicação.

O outro grande problema encontrado na campanha brasileira é em relação ao acesso da população às vacinas. A população brasileira, principalmente a mais carente, tem grandes dificuldades de priorizar outras atividades cotidianas que não seja levantar cedo para o trabalho. Com horas extensas de transporte público o brasileiro acaba preterindo até mesmo a própria saúde para conseguir buscar o seu sustento. Facilitar o acesso e a vida da população é mais que uma escolha do governo é uma obrigação e “problemas operacionais” não podem ser desculpa para um país que precisa atingir a meta.

Ao analisar as campanhas de outros países fica evidente que ao aplicar o conceito de marketing social de forma correta, o resultado passa a ser uma certeza e não mais uma dúvida. A Austrália e Inglaterra implementaram com sucesso o conceito e obtiveram altas taxas de vacinação. Mas para evitar o viés da cultura de países europeus, foi levado em consideração a cultura latina. Países como México e Peru demonstraram que o conceito realmente funciona independente da cultura e ao implementarem as corretas ferramentas conseguiram números próximos a 100%. Fica claro que o baixo desempenho da vacinação brasileira é reflexo da má campanha realizada, cujo idealizadores parecem até mesmo desconhecer a população do próprio país, confirmando a hipótese dessa dissertação sobre a ineficiência da estratégia utilizada no Brasil.

Com base no levantamento e pesquisa realizada é possível afirmar que o padrão ouro para a realização de campanhas existe e é seguido por vários países no mundo. Além disso, o marketing social serve como um verdadeiro guia de boas práticas para atingir o padrão ouro.

Dessa forma, os objetivos dessa dissertação que eram identificar os problemas da campanha brasileira, identificar e analisar campanhas em outros países e identificar um padrão ouro e boas práticas de campanha foram atingidos com sucesso e que ao seguir as propostas aqui apresentadas é possível melhorar a taxa de vacinação não somente para o HPV, mas para todas as campanhas na área de saúde onde o conceito do marketing social possa ser aplicado.

5.2 SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Como sugestões de trabalhos futuros podem ser estudados os custos envolvidos com a realização da campanha em comparação com os custos envolvidos com o desperdício de vacinas que são descartadas por não serem utilizadas dentro do prazo de validade.

Também será possível realizar um novo trabalho para avaliar a incidência e prevalência de Câncer de colo do útero com o aumento da taxa de vacinação.

Será possível avaliar ainda fatores relacionados a alteração da campanha, adesão dos pais e responsáveis entre outros fatores que podem auxiliar no manejo de outros problemas na saúde pública, como por exemplo a gravidez infantil e na adolescência.

De maneira ambiciosa, será possível colocar em prática as ferramentas e propostas aqui apresentadas e avaliar o impacto na taxa de cobertura.

6 REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Jenny O. *et al.* Mass media campaign improves cervical screening across all socio-economic groups. **Health Education Research**, [s. l.], v. 24, n. 5, p. 867–875, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/her/cyp023>
- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **Cervical screening in Australia 2019**. Canberra - Austrália: Australian Institute of Health and Welfare, 2019.
- BAKER, Stephanie Alice; WALSH, Michael James. ‘A mother’s intuition: it’s real and we have to believe in it’: how the maternal is used to promote vaccine refusal on Instagram. **Information Communication and Society**, [s. l.], v. 0, n. 0, p. 1–18, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1369118X.2021.2021269>
- BIGMAN, Cabral A; CAPPELLA, Joseph N; HORNIK, Robert C. Effective or ineffective: attribute framing and the human papillomavirus (HPV) vaccine. **Patient education and counseling**, [s. l.], v. 81 Suppl, p. S70-6, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.014>
- BRASIL. Informe Técnico Sobre a Vacina Papilomavírus Humano (Hpv) Na Atenção Básica. **Ministério Da Saúde**, [s. l.], p. 1–36, 2014.
- BRASIL, Comitê Gestor da Internet no. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros : TIC Domicílios 2020**. 1. ed.ed. São Paulo: [s. n.], 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Vacina contra HPV na prevenção de câncer de colo do útero - CONITEC 82. **Conitec**, [s. l.], p. 47, 2013. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/VacinaHPV-final.pdf>
- BUSINESS, CNN Brasil. **90% da inovação no Brasil é feita com investimento privado, aponta sondagem CNI**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/90-da-inovacao-no-brasil-e-feita-com-investimento-privado-aponta-sondagem-cni/>.
- CARDOSO, Vanilson Viana *et al.* Marketing E Aplicações Na Saúde Pública Brasileira : O Caso Do Zé Gotinha 1 Marketing and Applications in Brazilian Public Health : the Case of Zé Gotinha. [s. l.], 2016.
- CATES, Joan R *et al.* Intervention effects from a social marketing campaign to promote HPV vaccination in preteen boys. **Vaccine**, [s. l.], v. 32, n. 33, p. 4171–4178, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.05.044>
- CAVALCANTI L, OLIVEIRA, Macedo M. Relatório Anual 2020 - resumo executivo. [s. l.], p. 160, 2020. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>
- DA SILVA, Edson Coutinho; MAZZON, José Afonso. Social marketing plan for health promotion: Developing public health policies customer-oriented. **Revista Brasileira de Marketing**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 164–176, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/remark.v15i2.2907>
- DALEY, Matthew F *et al.* Human papillomavirus vaccination practices: a survey of US physicians 18 months after licensure. **Pediatrics**, United States, v. 126, n. 3, p. 425–433, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3500>
- DE MENDONÇA BATISTA, P. *et al.* Pin10 Estimating the Impact of a Gender-Neutral

Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccination Program in All Hpv6/11/16/18-Related Diseases in Brazil With a Higher Vaccine Coverage Rate. **Value in Health**, [s. l.], v. 23, p. S170, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.04.486>

DE VINCENZO, Rosa *et al.* Long-term efficacy and safety of human papillomavirus vaccination. **International Journal of Women's Health**, [s. l.], v. 6, p. 999–1010, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S50365>

EGAWA, Nagayasu. HPV Vaccination in Japan: A Researcher's View. [s. l.], n. June 2013, p. 0–4, 2021. Disponível em: www.HPVWorld.com,

ESCOBAR, Herton. Orçamento federal para 2022 mantém ciência brasileira em situação de penúria. **Jornal da USP**, São Paulo, 14 dez. 2021. p. 1. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/orcamento-2022-mantem-ciencia-brasileira-em-situacao-de-penuria/>

FREGNANI, José Humberto Tavares Guerreiro *et al.* A School-Based Human Papillomavirus Vaccination Program in Barretos, Brazil: Final Results of a Demonstrative Study. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 1–9, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062647>

GEREND, Mary A; SHEPHERD, Janet E. Using message framing to promote acceptance of the human papillomavirus vaccine. **Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association**, United States, v. 26, n. 6, p. 745–752, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.6.745>

GOVERNMENT, New South Wales. **Cancer Institute NSW**. [S. l.], 2004. Disponível em: <https://www.cancer.nsw.gov.au/prevention-and-screening/preventing-cancer/campaigns/cervical-screening-campaigns>. Acesso em: 8 fev. 2022.

HEREDIA-CABALLERO, Ángel Germán *et al.* Prevalencia y tipificación de genotipos de virus del papiloma humano en mujeres del área metropolitana del Valle de México. **Ginecología y Obstetricia de Mexico**, [s. l.], v. 85, n. 12, p. 809–818, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.24245/gom.v85i12.1537>

HULL1, Rodney *et al.* Cervical cancer in low and middle.income countries (Review). **Oncology Letters**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 2058–2074, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3892/ol.2020.11754>

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Características Gerais dos Moradores 2020-2021. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, [s. l.], p. 8, 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf

INCA-MS. **Estatísticas de câncer**. [S. l.], 2021a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 20 maio 2021.

INCA-MS. **Perguntas frequentes: HPV**. [S. l.], 2021b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/hpv#:~:text=Dentre os HPV de alto,laringeos%2C são considerados não oncogênicos.>

INFOBAE. **Desabasto de vacina contra VPH en México: solo una empresa en todo mundo la produce**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/09/05/desabasto-de-vacuna-contravph-en-mexico-solo-una-empresa-en-todo-el-mundo-la-produce/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

KOTLER, Philip; LEE, Nancy R. **Marketing Social: Influenciando comportamentos para o bem**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

LAZER, William. Marketing's Changing Social Relationships. [s. l.], v. 33, p. 3–9, 1969.

LEI, Jiayao *et al.* HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. **Obstetrical and Gynecological Survey**, [s. l.], v. 76, n. 1, p. 31–32, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000733532.83957.5b>

LETO, Maria das Graças Pereira *et al.* Human papillomavirus infection: etiopathogenesis, molecular biology and clinical manifestations. **Anais brasileiros de dermatologia**, [s. l.], v. 86, n. 2, p. 306–317, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0365-05962011000200014>

LIU, Yu *et al.* Current strategies against persistent human papillomavirus infection (review). **International Journal of Oncology**, [s. l.], v. 55, n. 3, p. 570–584, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3892/ijo.2019.4847>

LUKE. METCALFE. **NATIONMASTER**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.nationmaster.com/country-info/stats/People/Ethnic-groups#2013>. Acesso em: 8 jan. 2023.

MCREE, Annie Laurie; GILKEY, Melissa B.; DEMPSEY, Amanda F. HPV vaccine hesitancy: Findings from a statewide survey of health care providers. **Journal of Pediatric Health Care**, [s. l.], v. 28, n. 6, p. 541–549, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.05.003>. Acesso em: 13 maio 2021.

MELO, Karina. **Índice de mulheres que fizeram Papanicolau em 2019 foi de 81,3%**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-03/indice-de-mulheres-que-fizeram-papanicolau-em-2019-foi-de-813>.

MELOVIC, Boban *et al.* The Impact of Online Media on Parents' Attitudes toward Vaccination of Children-Social Marketing and Public Health. **International journal of environmental research and public health**, [s. l.], v. 17, n. 16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17165816>

MINISTERIO DE SALUD PERÚ. **Yo me vacuné contra el VPH. Vacúnate tú también**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campañas/364-yo-me-vacune-contr-el-vph-vacunate-tu-tambien>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MOTA, Camilla Veras. HPV: por que vacinação de adolescentes contra vírus de transmissão sexual que causa câncer não avança no Brasil. **BBC News Brasil**, [s. l.], 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44705298>

NAKAGAWA, Janete Tamani Tomiyoshi; SCHIRMER, Janine; BARBIERI, Márcia. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 63, n. 2, p. 307–311, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000200021>

NGUI, Emmanuel M *et al.* Evaluation of a social marketing campaign to increase awareness of immunizations for urban low-income children. **WMJ : official publication of the State Medical Society of Wisconsin**, [s. l.], v. 114, n. 1, p. 10–15, 2015.

NOGUEIRA-RODRIGUES, Angelica. HPV Vaccination in Latin America: Global Challenges and Feasible Solutions. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, [s. l.], n. 39, p. e45–e52, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1200/edbk_249695

NOWAK, Glen J *et al.* Addressing vaccine hesitancy: The potential value of

commercial and social marketing principles and practices. **Vaccine**, Netherlands, v. 33, n. 34, p. 4204–4211, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.039>

OMS. **Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer**. [S. l.], 2020. 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: 29 abr. 2021.

PIMENOFF, Ville N.; DE OLIVEIRA, Cristina Mendes; BRAVO, Ignacio G. Transmission between archaic and modern human ancestors during the evolution of the oncogenic human papillomavirus 16. **Molecular Biology and Evolution**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 4–19, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/molbev/msw214>

PORTILLO-ROMERO, Alejandra Jalil *et al.* HPV vaccine acceptance is high among adults in Mexico, particularly in people living with HIV. **Salud Publica de Mexico**, [s. l.], v. 60, n. 6, p. 658–665, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21149/10182>

PUBLIC HEALTH ENGLAND. Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage in adolescent females and males in England: academic year 2019 to 2020. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/927694/hpr1920_HPVC-vc.pdf, [s. l.], v. 14, n. 19, p. 1–15, 2020.

RIVADENEYRA, Dánae. **Perú: Vacunación contra el virus del papiloma paralizada por la pandemia**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.rfi.fr/es/programas/noticias-de-américa/20211007-perú-vacunación-contra-el-virus-del-papiloma-paralizada-por-la-pandemia>. Acesso em: 21 fev. 2022.

SANTOS16, Antonia Angélica Muniz dos; GUIMARÃES17, Edna Almeida; BRITO, Giliard Paulo de. Gestão Da Qualidade: Conceito, Princípio, Método E Ferramentas. [s. l.], p. 1–110, 2013.

SBOC. **SBOC apoia live para divulgar estratégia da OMS contra câncer do colo do útero**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.s boc.org.br/noticias/item/2095-sboc-apoia-live-para-divulgar-estrategia-da-oms-contra-cancer-de-colo-de-uterio>.

SIMÕES, Victória de Souza; NUNES, Paula de Castro. Adesão e impacto da campanha de vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV) sobre a saúde da população feminina através de uma análise comparativa das regiões norte e sudeste do Brasil. **Clinical & Biomedical Research**, [s. l.], p. 21–26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/2357-9730.108599>

TOKARNIA, Mariana (Agencia Brasil). **Governo amplia público-alvo de vacinas de HPV para adultos até 26 anos**. [S. l.], 2017. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-08/governo-amplia-publico-alvo-de-vacinas-de-hpv-para-adultos-ate-26-anos>.

UEDA, Yutaka *et al.* **The last strategy for re-dissemination of HPV vaccination in Japan while still under the suspension of the governmental recommendation**. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73120-1>

VENTO, Associação Hospitalar Moinhos de. **Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV**. [S. l.], 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/estudo-apresenta-dados-nacionais-de-prevalencia-da-infeccao-pelo-hpv>.

WHO IMMUNIZATION DATA PORTAL. **Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage**. [S. l.], 2021. Disponível em: https://immunizationdata.who.int/pages/coverage/hpv.html?GROUP=Countries&ANTI GEN=HPV_FEM&YEAR=&CODE=. Acesso em: 31 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cervical Cancer Initiative**. [S. l.], 2020. Disponível em: <http://cervicalcanceraction.org/initiative/index.php>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Human Papillomavirus (HPV) vaccination coverage**. [S. l.], 2021. Disponível em: https://immunizationdata.who.int/pages/coverage/hpv.html?GROUP=Countries&ANTI GEN=HPV_FEM&YEAR=&CODE=.

YASAR, Kinza. **SMART (SMART goals)**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.techtarget.com/whatis/definition/SMART-SMART-goals>. Acesso em: 7 jan. 2023.