



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

LARISSA NUNES MOREIRA REIS

CONTROVÉRSIAS NO DEBATE PÚBLICO SOBRE A VACINA CONTRA
HPV NO BRASIL

Rio de Janeiro

2018

LARISSA NUNES MOREIRA REIS

CONTROVÉRSIAS NO DEBATE PÚBLICO SOBRE A VACINA CONTRA
HPV NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Elaine Reis Brandão

Rio de Janeiro

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

LARISSA NUNES MOREIRA REIS

CONTROVÉRSIAS NO DEBATE PÚBLICO SOBRE A VACINA CONTRA
HPV NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 05 de dezembro de 2018

Prof^ª. Dra. Elaine Reis Brandão (Orientadora)

IESC/UFRJ

Prof^ª. Dra. Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir

IESC/UFRJ

Prof. Dr. Lucas Tramontano de Macedo

IMS/UERJ

AGRADECIMENTOS

À Ana e Mario, por serem exemplos de dedicação. Pelo amor incondicional, pela paciência inabalável e por acreditarem em mim todas as vezes que as incertezas se instalaram. Sou grata por nossos laços que transcendem as barreiras biológicas e se fortalecem nos valores que vocês construíram nosso lar. Obrigada por manterem meus pés no chão e por me darem espaço para sonhar. Sem vocês nada disso seria possível. À Chico por me acompanhar em todos os momentos, preencher meu coração, alegrar meus dias e completar nossa família.

Aos meus avós Augusta, Elzi, Antônio e Itamar, por me mostrarem que o amor extrapola medidas e rótulos. Obrigada por me acolherem em todas as situações e por acreditarem nos sonhos mais loucos que já tive. Vocês são a melhor parte de mim.

Aos meus tios Elizabete, Ana Cláudia, César e Ricardo, obrigada por serem exemplos de ternura e força. Vocês são meu porto seguro. Aos meus primos Beatriz, Matheus e Pedro, por compartilharem comigo as melhores lembranças da vida. Amo vocês.

À Cainan, por me amar e compartilhar a vida comigo, nos melhores e piores dias. Obrigada por me ouvir e me aceitar. Obrigada por ser calmária quando o mundo é tormenta. Por se fazer presente quando a solidão me invade. Por ser generoso quando as pessoas são egoístas demais. Eu te amo.

À meus companheiros de vida e jornada, Anna, Daniela, Gabriela, Juliana, João Pedro, Bernardo, Beatriz, Caroline, Ana, Rafael, Cristiane, Pâmela, Isabelle, Juliana, Natália e Daniela que trazem leveza e amizade para minha rotina há tantos anos.

À toda equipe DVS, por me guiar nos primeiros passos dessa jornada. Credito a vocês uma formação sólida e baseada em respeito, ética e amor. Obrigada por me mostrarem para além das teorias que o SUS é feito diariamente por profissionais competentes, comprometidos e dispostos a lutar por uma saúde pública, universal, integral e de qualidade. Para sempre vocês serão minha inspiração. Por vocês, todo meu amor e admiração.

À minha orientadora Elaine Brandão, pela troca. Obrigada por me guiar nesse processo de construção pessoal e profissional. Obrigada por incitar a curiosidade e reflexão. Por me acolher e validar os anseios, as dúvidas e os posicionamentos. Obrigada por não esmaecer na luta pela educação apesar dos tantos obstáculos.

À UFRJ e os docentes, que me ensinaram a questionar, relativizar e significar o mundo de uma forma totalmente diferente. Obrigada por me transformarem e serem meu lar nesses quatro anos.

RESUMO

REIS, Larissa Nunes Moreira. **Controvérsias no debate público sobre a vacina contra HPV no Brasil**. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O trabalho apresenta algumas controvérsias do debate público sobre a vacinação contra HPV no Brasil, a partir da discussão que envolve gênero e sexualidade entre crianças e adolescentes. É uma pesquisa documental, de fontes públicas (órgãos governamentais, mídia, trabalhos acadêmicos), com abordagem qualitativa, de cariz socioantropológico. Discute-se a compreensão do processo de saúde e doença a partir das desigualdades sociais e de gênero. Um breve panorama dos marcos históricos e legais da vacinação no Brasil é realizado, situando-se em seguida o perfil epidemiológico do HPV no país e a cobertura vacinal no Rio de Janeiro. O material empírico selecionado, foi publicado do período de 2013 a 2018. Foi analisado e organizado em categorias temáticas para orientar a discussão dos resultados. Assim, os eixos de análise são: reverses da sexualidade e do gênero na promoção da saúde de crianças e adolescentes; a relação entre fé, comportamento sexual e saúde; o espaço da escola; a desconfiança dos pais sobre a vacina. O tema das infecções sexualmente transmissíveis na adolescência traz a reflexão sobre as dificuldades para se considerar o/a adolescente sujeito de direitos e corresponsável no processo de construção da própria saúde. Percebe-se inquietações sociais acerca de uma política pública, considerada exitosa, assinalando-se a necessidade de intervenções que sejam desenvolvidas a partir de um entendimento inclusivo e dialogado com a população, como forma de oportunizar o cuidado integral em saúde. Por fim, ressalta-se a relevância de dimensões como gênero, religião, raça/cor e escolaridade como influenciadoras na adesão às ações de saúde coletiva e a necessidade de articulação entre os setores da saúde e da educação como essencial na construção da autonomia e cidadania de crianças e adolescentes.

Palavras-chave: HPV; gênero; sexualidade; adolescentes; vacinação; movimento contra vacinação.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma	38
Figura 2: Peça gráfica da campanha nacional de vacinação contra o HPV de 2016.....	48
Figura 3: Peça gráfica da campanha nacional de vacinação contra o HPV de 2018.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Mortalidade de mulheres segundo capítulo da CID-10, Brasil, 2016	36
Tabela 2: Mortalidade de mulheres, segundo categoria CID-10, Brasil, 2016	37
Tabela 3: Cobertura vacinal contra HPV, Rio de Janeiro,2017.....	40
Tabela 4: Cobertura vacinal contra HPV, Brasil,2017	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência nacional de vigilância sanitária
AISC	Atividades integradas em saúde coletiva
BVS	Biblioteca virtual em saúde
CAP	Coordenadoria de atenção primária
CCU	Câncer de colo de útero
CF	Constituição federal
CID-10	Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde
CRIE	Centros de referência para imunobiológicos especiais
DATASUS	Departamento de informática do SUS
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DeCs	Descritores em ciências da saúde
DVS	Divisão de vigilância em saúde
EAD	Ensino à distância
EAPV	Eventos adversos pós vacinais
ECA	Estatuto da criança e do adolescente
HPV	Vírus do papiloma humano
INCA	Instituto nacional de câncer José de Alencar Gomes da Silva
IST	Infecção sexualmente transmissível
MEC	Ministério da educação
MS	Ministério da saúde
OMS	Organização mundial da saúde
ONU	Organização das nações unidas
OPAS	Organização pan-americana de saúde
PNI	Programa nacional de imunização
PNUD	Programa das nações unidas para o desenvolvimento
SI-PNI	Sistema de informação do programa nacional de imunização
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das nações unidas para a infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVO	14
2 METODOLOGIA.....	15
3 PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA E DESIGUALDADES DE GÊNERO.....	18
4 MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DA VACINAÇÃO NO BRASIL.....	23
4.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL.....	26
4.2 O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA	28
4.3 IMPLANTAÇÃO DA VACINA CONTRA HPV	31
5 TENSÕES ENTRE CORPO INDIVIDUAL E SAÚDE DA COLETIVIDADE	33
6 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HPV NO BRASIL E A COBERTURA VACINAL NO RIO DE JANEIRO	36
7 CONTROVÉRSIAS NO DEBATE PÚBLICO SOBRE A VACINA CONTRA HPV NO BRASIL	41
7.1 REVESES DA SEXUALIDADE E DO GÊNERO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	43
7.1.1 Campanhas de imunização contra o HPV de 2016 e 2018.....	47
7.2 A RELAÇÃO ENTRE FÉ, COMPORTAMENTO SEXUAL E SAÚDE.....	51
7.3 O ESPAÇO DA ESCOLA.....	53
7.3.1 A violência nas ações de saúde e a exclusão de crianças e adolescentes nos debates sobre a vacina contra HPV	54
7.4 DESCONFIANÇA DOS PAIS SOBRE A VACINA CONTRA HPV.....	59
8 CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS	63
ANEXOS	66
ANEXO A – DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS.....	67
ANEXO B – DOCUMENTOS DE MÍDIA	68
ANEXO C – DOCUMENTOS ACADÊMICOS	70

1 INTRODUÇÃO

Os processos de saúde-doença estão relacionados ao contexto sociocultural em que os indivíduos estão inseridos e sua compreensão sobre os acontecimentos ao seu redor. Entender o ser humano como um ser sociável e imerso em formações socioespaciais distintas é primordial para relativizar a maneira como os grupos se expressam, organizam e se apresentam.

O desenvolvimento tecnológico, o contexto político e econômico, as desigualdades sociais são algumas dimensões que podem contribuir na formação social de uma pessoa e na normatização das relações sociais.

Assim, o conceito de saúde, se apresenta como impreciso, uma vez que também depende da percepção de cada indivíduo sobre si e os demais, bem como o ambiente que o cerca e as expectativas construídas individual e coletivamente. Os entendimentos entre essas diferenças também podem variar se pensarmos em distintas sociedades e temporalidades.

Löwy (1994) ao discorrer sobre o trabalho de Ludwick Fleck, retoma a ideia de que o saber científico não pode ser considerado superior ao denominado conhecimento popular. Para Fleck, existe uma pluralidade de interpretações sobre uma mesma doença e cada coletivo – em razão de sua socialização - traz uma interpretação única sobre a mesma. Assim, entende-se que o processo de saúde-doença, mesmo se restrito à sua dimensão biomédica, não se esgota em uma única interpretação, visto que nem a ciência e/ou o cientista estão isolados de processos socializadores.

Tais reflexões permitem relativizar a expressão que algumas doenças tiveram ao longo dos séculos e seus impactos econômicos e sociais. Na história da humanidade, algumas doenças foram estigmatizadas por conta de suas manifestações clínicas, em especial as Infecções sexualmente transmissíveis (IST), por evocar questões referentes às moralidades, sexualidades e desigualdades sociais.

Ao tratar de doenças transmissíveis, coloca-se em pauta a discussão sobre saúde pública e privada, bem como os limites da autonomia de cada indivíduo frente a agravos que atingem e impactam um coletivo.

A relevância da temática das doenças transmissíveis mostra-se pungente, uma vez que no Brasil esse tipo de agravo acomete uma parcela importante da população e por

consequência consome uma grande fração dos gastos em saúde. Deve-se isso a um perfil epidemiológico¹ diferenciado do apresentado em países desenvolvidos.

Após a metade do século XX, o desenvolvimento proporcionado pela revolução industrial e tecnológica contribuiu de maneira significativa na mudança da dinâmica social, principalmente em países considerados polos centrais na economia mundial.

Com a constante inovação científica e tecnológica, bem como a melhoria nas condições sanitárias, e a inserção de mulheres brancas no mercado de trabalho, houve também uma mudança no padrão de morbidade² e mortalidade³ das sociedades contemporâneas. Tal processo está alicerçado principalmente nas mudanças da estrutura etária da população ocorridas durante a transição demográfica⁴, bem como alterações no padrão de morbidade e mortalidade relacionados à substituição lenta e contínua de doenças infecciosas e parasitárias e das deficiências nutricionais por doenças crônico-degenerativas e também aquelas relacionadas a causas externas. Dessa maneira, a teoria da transição epidemiológica se detém nas complexas mudanças de concepção em padrões de saúde e doenças e suas interações com a demografia, sociologia e os determinantes sociais, bem como suas consequências (OMRAN, 2005. tradução livre).

Assim, ao pensar no Brasil como um país de dimensões continentais e possuidor de distintos ambientes, culturas, conjunturas sociais e econômicas, deve-se considerar que certos agravos terão também simbolismos distintos.

Para o desenvolvimento deste trabalho busquei relacionar o entendimento do processo de saúde-doença, em articulação com o debate público sobre a vacina contra o HPV (*vírus do papiloma humano*, do inglês *human papiloma virus*), implementada a partir de uma política pública de saúde consolidada no país – o Programa Nacional de Imunização (PNI). As reações sociais de adesão ou repúdio à vacinação apontam considerações sobre moralidades, sexualidades, cultura e religião.

Credito essa monografia às experiências vividas ao longo da graduação em Saúde Coletiva e a oportunidade de fazer imersão em alguns serviços de saúde através de atividades

¹Last (1998, *apud*, CARVALHO *et al*, 2017, p.13) define epidemiologia como: “o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em específicas populações e a

²Last (1998, *apud*, MEDRONHO *et al*, 2009, p.67) define morbidade como “qualquer afastamento de um estado de bem-estar fisiológico ou psicológico, aferido objetivamente ou referido de forma subjetiva”.

³Medronho *et al* (2009, p.24) definem mortalidade como “(..) um caso particular do conceito de incidência, quando o evento de interesse é a morte e não o adoecimento”.

⁴Medronho *et al* (2009, p.125-126) definem transição demográfica como “(...) a passagem de um contexto populacional onde prevalecem altos coeficientes de mortalidade e natalidade, para outro, onde esses coeficientes alcançam valores muito reduzidos”.

propostas durante as disciplinas de Atividades integradas em saúde coletiva (AISC), bem como por meio de Projetos de Extensão e/ou Iniciação Científica.

Nesses momentos, somos tirados da zona de segurança acadêmica e podemos confrontar a prática do sistema de saúde. No decorrer do curso, tive o privilégio de acompanhar como acadêmica uma ação de imunização contra o HPV promovida por uma unidade básica de saúde em uma das escolas públicas do município do Rio de Janeiro. Tal ação tinha como público-alvo as estudantes do sexo feminino na faixa etária de 9 a 11 anos, mediante autorização dos pais. Nesta ocasião, pude pela primeira vez me deparar com uma faceta higienista e violenta da saúde. Presenciei meninas menores de idade sendo vacinadas à revelia e não sendo informadas sobre o que aconteceria ao próprio corpo. Surgiram questionamentos sobre a abordagem adotada em ações de saúde e a sensibilização do profissional que desenvolve ações na assistência em saúde. Essa primeira experiência me trouxe inquietações que me fizeram buscar nas ciências sociais e humanas respostas para perguntas que ainda nem havia formulado.

Em momento posterior, me envolvi com o Projeto de Extensão “Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde no Município do Rio de Janeiro” que objetivava alocar estudantes de Saúde Coletiva em serviços de Vigilância em Saúde para vivenciar a rotina do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Fui destinada à Divisão de vigilância em saúde (DVS) da Coordenadoria de atenção primária 4.0 (CAP 4.0), onde permaneci por todo o período do projeto.

Questionamentos e discussões antigas encontraram ali solo fértil, motivo pelo qual permaneci no setor pelo período total de dois anos. Ao longo desse período, desenvolvi atividades relacionadas ao setor de imunização, no que diz respeito à imunização contra HPV, especialmente. A pungência do tema, sua importância para a Saúde Coletiva e experiências anteriores vividas, fizeram-me querer entender além.

Como sanitarista, acredito que a discussão desse assunto integrando perspectivas das ciências sociais e humanas aos saberes do campo biomédico e epidemiológico me possibilitarão compreender de forma mais integral as dimensões ocupadas pelo enfrentamento ao HPV na sociedade.

O debate, a partir do ângulo das “humanidades”, sobre uma temática voltada majoritariamente para o campo médico se torna imperativo na construção de um SUS integral e humanizado.

De acordo com Brasil (2018c), os HPV são IST provocadas por vírus que atacam, especialmente, as mucosas, tanto nas mulheres como nos homens. Atualmente, existem cerca

de 200 variações desse tipo de vírus, contudo a maior parte deles se manifesta clinicamente através de verrugas e lesões benignas que podem ser removidas sem maiores preocupações.

A partir de informações do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2017b), atualmente são conhecidos pelo menos 13 subtipos de HPV considerados oncogênicos⁵. No país, há a circulação de 4 subtipos, sendo eles dois de baixo risco (tipos 6 e 11, responsáveis pelo aparecimento de verrugas anogenitais) e dois de alto risco (tipos 16 e 18, responsáveis pelo câncer de colo de útero).

Sabe-se que o contato e infecção com o HPV é frequente e em geral as lesões provocadas por ele evoluem para cura, contudo caso o subtipo viral de infecção tenha potencial oncogênico o aparecimento de lesões pode progredir a diversos tipos de câncer: de colo de útero, de vagina, vulva, ânus, pênis, orofaringe e boca (INCA, 2011).

A principal forma de transmissão do HPV se dá por via sexual, através de contato oral-genital, genital-genital, manual-genital, genital-anal ou então oral-anal dessa maneira não há necessidade de penetração vaginal ou anal para que haja transmissão. Também existem relatos de casos de transmissão vertical (durante o parto). Apesar de haver relatos de transmissão também por objetos, em nenhum desses casos foi estabelecida uma relação causal direta. Além disso, não há garantias que mesmo que um indivíduo não apresente sinais clínicos da infecção, o vírus não possa ser transmitido (INCA, 2017b).

Desde 1995, o INCA produz dados referentes a câncer no Brasil. Entende-se esse tipo de análise como essencial, tanto para a identificação de problemas na rede assistencial quanto estratégico, no que concerne à contribuição no desenvolvimento de instrumental legal e político.

Dada a relação necessária entre a infecção pelo HPV e o aparecimento de câncer de colo de útero, o acompanhamento desses dados se mostra primordial para que ações de prevenção, estadiamento⁶, controle e tratamento possam ser planejadas e postas em prática em toda a rede de atenção à saúde.

O câncer de colo de útero (CCU) é conceituado como tumor que se desenvolve a partir de alterações no colo do útero. Ao discorrer sobre HPV e sua relação com o aparecimento

⁵INCA (2011, p. 22) define Oncogênese/Carcinogênese como: “O processo de formação do câncer (...) e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor. A carcinogênese/oncogênese é determinada pela exposição a esses agentes, em uma dada frequência e período de tempo, e pela interação entre eles. Devem ser consideradas, no entanto, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular”.

⁶Estadiamento é o processo de avaliação do grau de disseminação de um câncer, utilizando critérios internacionalmente divulgados e que se encontram em constante revisão (INCA, 2018a).

deste tipo de câncer, cabe dizer que no mundo aproximadamente 291 milhões de mulheres são portadoras do HPV, sendo 32% desse total, portadoras do subtipo 16, 18 ou ambos. Todavia, apenas uma pequena parcela desse quantitativo desenvolve o câncer de colo de útero (BRASIL, 2018b).

Anualmente, o INCA (2017) produz um relatório sobre as estimativas para diversos tipos de câncer no Brasil. Especificamente para o ano de 2018, espera-se uma incidência⁷ de 16.370 casos, obtendo-se um risco de 15,43 casos para cada 100 mil mulheres

O CCU ocupa o sétimo lugar no ranking mundial, sendo o quarto tipo mais comum na população feminina, correspondendo a 7,5% de todas as mortes por câncer em mulheres (FERLAY, 2014).

Tais dados ainda relacionam as desigualdades sociais e econômicas como fatores de risco para o aumento ou diminuição nas taxas de mortalidade por este tipo de câncer. Dessa forma, espera-se que países menos desenvolvidos, como o Brasil, apresentem mais óbitos proporcionalmente, se comparado a países com condições econômicas e sociais menos díspares.

Do ponto de vista de medidas adotadas para a prevenção ao HPV, o Brasil segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) concernente à implantação da vacina como medida profilática. O Ministério da Saúde, através do PNI, incluiu a partir de 2014, em seu calendário nacional de vacinação, a vacina quadrivalente contra o HPV, responsável por proteger contra os 4 subtipos oncogênicos em circulação no país.

Inicialmente foi estabelecido que o público alvo seria exclusivamente de meninas entre 11 e 13 anos. Contudo, foram sendo realizadas adequações desde então, tanto na faixa etária, quanto no perfil do público, passando também a incluir meninos. Para o ano de 2018, é preconizado um esquema de duas doses, para meninas entre 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos.

A importância do debate sobre as controvérsias em torno da vacina contra HPV, fazendo um recorte para a discussão sobre gênero, sexualidades e moralidades, suscita reflexões importantes sobre saúde, no que se refere à construção de políticas públicas que se propõem a ser mais inclusivas, acolhedoras e efetivas.

1.1 OBJETIVO

⁷ Incidência é a frequência de casos novos de uma determinada doença ou problema de saúde num determinado período de tempo, oriundos de uma população sob risco de adoecimento no início da observação (MEDRONHO, 2009).

Compreender as controvérsias públicas sobre a vacina contra o HPV no Brasil, a partir da discussão que envolve gênero e sexualidade na adolescência e infância.

2 METODOLOGIA

Este trabalho se apoia em pesquisa documental, com abordagem qualitativa (MINAYO, 2009) de cariz socioantropológica.

A escolha deste tipo de perspectiva teórica deu-se pela identificação de que o objeto de estudo proposto é ainda pouco explorado na perspectiva da saúde coletiva e das ciências sociais e pela possibilidade de expor uma reflexão crítica acerca do material coletado. Contudo, entendo que as discussões aqui propostas não esgotam a temática ou a possibilidade de novas proposições teóricas. Também cabe dizer que a abordagem sociológica qualitativa não detém o monopólio em explicar de forma integral a temática, ou representar a posição crítica total da sociedade (RAUPP; BEUREN, 2006).

Assim, buscou-se refletir e propor uma discussão sobre os processos relacionais de alguns grupos sociais envolvidos nas controvérsias despertadas pela vacinação contra o HPV no Brasil.

Destarte, foi realizada uma pesquisa bibliográfica como ferramenta de busca para o material que seria utilizado na construção deste trabalho e estabelecido um parâmetro temático, a partir do qual foram definidos descritores que contemplassem a questão proposta.

Utilizou-se assim os descritores: HPV, sexualidade, adolescentes, vacinação, gênero e movimento contra vacinação, os quais são consolidados mundialmente através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e consultados no endereço eletrônico da versão brasileira da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados como ferramentas de busca os sites da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o Google em sua versão acadêmica.

Além disso, foram consultados os endereços eletrônicos oficiais de instituições de referência como o Ministério da Saúde, a OMS, a Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o INCA utilizando-se os descritores supracitados para a busca, bem como veículos de mídia digital. Também foi determinado um parâmetro linguístico para as buscas, sendo aceitas produções em português e inglês, dando prioridade a textos completos e diversos, de fontes distintas.

Como parâmetro espacial, determinou-se que a análise realizada seria a partir de publicações que tratassem da temática no Brasil, contudo não foram excluídos referenciais que abordassem a temática em outros países, sendo esses utilizados como arcabouço teórico importante para a construção do trabalho.

Além disso, foram definidos parâmetros cronológicos para a coleta de textos no intervalo de 2013 a 2018, ocasião em que a vacina entrou no país. A partir da pesquisa bibliográfica e de conteúdos de mídia, os materiais levantados foram consolidados em três eixos distintos, sendo eles:

- Documentos Institucionais: onde estão alocadas as produções advindas de instituições governamentais, ferramentas legais, organizações nacionais e internacionais, notas técnicas, manuais (Anexo A);
- Documentos de mídia: onde estão alocadas as produções provenientes de periódicos, jornais, material de propaganda, sites com matérias sobre o assunto, notas de apoio ou repúdio, redes sociais (Anexo B). Cito aqui também a experiência de ter participado como observadora de quatro grupos de discussão fechados⁸, na rede social Facebook, cuja temática girava em torno do movimento contrário à vacinação de crianças e adolescentes. Desses grupos, apenas um deles tinha como tema central a vacina contra o HPV⁹;
- Documentos Acadêmicos: onde estão alocadas produções provenientes de artigos científicos, teses, dissertações, livros, coletâneas (Anexo C).

A partir da definição desses parâmetros, foi levantado um extenso material, o qual foi analisado em aproximações sucessivas em diferentes momentos.

Primeiramente, foi feita uma leitura de reconhecimento do material bibliográfico, a fim de identificar superficialmente quais materiais poderiam abordar de forma mais direta o objeto de pesquisa, excluindo aqueles que não fizessem alusão ao assunto e/ou que não contemplassem a abordagem escolhida para o desenvolvimento do trabalho. Em seguida, foi realizada uma leitura seletiva, a fim de coletar informações pertinentes à construção do mesmo e descartar aquelas que não seriam condizentes com o objetivo do trabalho.

Posteriormente, foi feita uma leitura reflexiva, na qual foram consolidados como prioritários alguns materiais e outras referências capazes de embasar o pensamento crítico. Em seguida, foi realizada uma leitura interpretativa, através da qual busquei relacionar o

⁸Por se tratar de grupos de discussão privados, entendo como posicionamento ético válido não expor suas identidades e a de seus participantes, registrando aqui apenas impressões gerais tendo em vista que entrei no grupo como uma cidadã interessada, e não como pesquisadora.

⁹A participação em grupos do Facebook mostrou-se riquíssima, do ponto de vista da compreensão do objeto de estudo sem o intermédio de uma interpretação prévia dos discursos dos indivíduos, como acontece em publicações de jornais, revistas, artigos científicos etc. Cabe ressaltar que a aproximação com o discurso direto dos indivíduos, em grupos em que os mesmos sentiam-se seguros e acolhidos foi essencial para significar as perspectivas e ações por eles adotadas.

conteúdo estudado com conceitos consolidados por estudiosos do tema e trazer uma interpretação crítica individual, a partir da perspectiva das Ciências Humanas e Sociais, fazendo um recorte para uma discussão apoiada na perspectiva do gênero e da sexualidade.

O material empírico colhido permitiu estabelecer algumas categorias de análise para organizar a discussão que se segue sobre os resultados da pesquisa. Ressalto, contudo, que em diversos momentos essas categorias de análise se atravessam e essa articulação precisa ser entendida como forma integral de compreensão do objeto estudado. São elas:

- Reveses da sexualidade e do gênero na promoção da saúde de crianças e adolescentes;
- A relação entre fé, comportamento sexual e saúde;
- O espaço da escola;
- Desconfiança dos pais sobre a vacina contra HPV.

São essas, portanto, as categorias componentes da análise acerca das controvérsias no debate público sobre a vacina contra HPV no Brasil que abordarei mais adiante. Antes, porém, situo o modo como compreendo o processo de saúde-doença, sinalizando para as desigualdades de gênero que perpassam as práticas em saúde.

3 PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA E DESIGUALDADES DE GÊNERO

A partir de pesquisas paleontológicas e de registros que datam da mais remota Antiguidade pode-se perceber o caráter social das concepções de saúde e doença dos povos. São também reconhecidos os pensamentos mágico-religiosos acerca das doenças, presentes em escrituras bíblicas e nos hieróglifos encontrados.

Além disso, Hipócrates – considerado figura central na História da Medicina – postulou sobre a existência de quatro fluidos (humores) do corpo humano, os quais seriam responsáveis pela concepção da ideia de saúde, a partir da manutenção do equilíbrio dos mesmos. Em sua obra *Ares, águas e lugares*, Cairus (2005) relaciona a influência do meio ambiente nos processos de produção de doença e no equilíbrio do corpo-ambiente, como responsável pela saúde dos indivíduos. Assim, cria-se o embasamento para a teoria miasmática¹⁰.

Galeno, médico e filósofo grego, alicerçou-se no conhecimento de Hipócrates, contudo creditava o adoecimento a fatores endógenos do ser humano ou a costumes que desequilibrassem a constituição física.

A influência do conhecimento e estudo dos gregos sobre medicina, filosofia, matemática e meio ambiente foram determinantes na construção e normatização dos conceitos de saúde e doença nesse período da História e influenciaram diretamente nos hábitos dessa sociedade e de outras.

Durante a Idade Média, especialmente na Europa, o cristianismo exerceu poder sobre a forma de encarar o adoecimento. Dentro da lógica da Igreja, a doença tinha cunho punitivo. Dessa forma, os pecadores e indivíduos de pouca fé eram marcados pela ira divina e o cuidado dos enfermos era realizado em grande parte por ordens religiosas. Os hospitais eram geralmente administrados por indivíduos ligados ao clero e normalmente eram locais que ofereciam abrigo e conforto, ao invés de cura e tratamento (SCLIAR, 2007).

A partir do advento da mecânica no século XVII, René Descartes passa a descrever a saúde como um maquinário dual composto pelo equilíbrio entre mente-corpo.

Segundo Scliar (2007), com Louis Pasteur e a descoberta dos microorganismos houve uma revolução que passou a agregar a biomedicina e a tecnologia à construção do saber. Esse agir, se perpetua até os dias atuais, privilegiando a lógica e o saber biomédico no que concerne à saúde, imputando a essa dimensão superioridade em relação às demais, não conferindo às

¹⁰ Scliar (2007) traz a ideia de Teoria Miasmática na qual os miasmas seriam emanações de regiões insalubres capazes de causar doenças nos indivíduos.

perspectivas sociais o status de influenciadoras diretas no que diz respeito à qualidade de vida e saúde.

Contudo, o campo da Saúde Coletiva busca discutir, desenvolver, pensar e atuar de maneira contra-hegemônica sobre os processos de saúde e doença, extrapolando a lógica das ciências duras e validando os saberes populares, trazendo as desigualdades sociais, o contexto político, social econômico e cultural como elementos essenciais para a discussão sobre saúde.

O caráter social da ciência apresenta-se a partir de distintos objetos de estudo, de diferentes épocas, os quais só encontraram solo fértil para se desenvolver, por conta de interesses que extrapolaram aqueles das bancadas dos laboratórios. Falar em uma ciência neutra e absoluta significa ignorar as pressões sociais, políticas, culturais e econômicas das sociedades (LOWY, 1994).

Em suma, as concepções de saúde e doença mostram-se subjetivas, e as práticas relativas a elas devem ser analisadas através de uma óptica integral e respeitante ao meio nas quais estão inseridas, não sendo pertinente em muitas situações exercer juízo de valor sobre aquilo que é normatizado e/ou naturalizado.

A atribuição do discurso científico à pureza e autenticidade da produção de conhecimento, historicamente, foi responsável por fundamentar teorias deterministas-segregacionistas, legitimando de certa forma, discursos de ódio.

Apesar de não ser objeto específico deste trabalho, cabe dizer que a discussão central que permeia toda a reflexão proposta parte do entendimento que as desigualdades sociais em saúde são ponto chave para a ocorrência de situações prejudiciais a grupos populacionais, causadas por características sociais como, riqueza/pobreza, raça/cor, educação e gênero.

Especificamente em relação à vacina contra o HPV, as desigualdades associadas ao gênero mostram-se preponderantes, uma vez que essa discussão suscita também debates sobre sexualidades em uma faixa etária considerada “vulnerável”.

Busco assim, fundamentar o discurso proferido pelo senso-comum, respaldando-o a partir de referencial teórico, não intencionando conferir juízo de valor, e sim expondo de que maneira a construção filosófica e sociológica se desdobra nas ações de saúde e afeta o dia a dia dos indivíduos. A reflexão busca fomentar a discussão sobre como o processo socializador dos indivíduos permeia o desenvolvimento da ciência e é capaz de influenciar a performance da política pública de saúde aqui tratada.

Para isso, inicio minhas colocações a partir da obra, *Inventando o Sexo: Corpo e Gênero dos Gregos a Freud*, de Laqueur (2001), na qual o autor revisita as diferentes concepções que o sexo teve ao longo da história. Discorrendo primeiramente sobre o modelo

do sexo único - utilizado predominantemente até o século XVIII, que se colocava conforme o pensamento médico, filosófico e político da época –, o qual se baseava na filosofia neoplatônica de Galeno que trazia o corpo feminino como uma variação imperfeita do corpo masculino. Dessa forma, a mulher e seu corpo eram vistos com modelos inferiores de homens, sendo seus órgãos sexuais descritos como os mesmos, contudo apresentados de forma invertida. Nessa lógica, o que entendemos hoje como útero, era na verdade o escroto invertido, os ovários, seriam os testículos, a vagina, o pênis etc. A mulher era entendida como um homem que não possuía calor vital suficiente para conseguir externalizar seus órgãos, não atingindo a perfeição e por isso não se apresentava como tal. A sexualidade, portanto não era colocada como dual (feminina e masculina). A partir do fim do século XVIII, com o Iluminismo e posteriormente com os avanços no campo científico passa-se a tratar essas diferenças a partir de um olhar biológico.

O fato de que em certa época o discurso dominante interpretava os corpos masculino e feminino como versões hierárquica e verticalmente ordenadas de um sexo, e em outra época como opostos horizontalmente ordenados e incomensuráveis, deve depender de outra coisa que não as constelações de descobertas reais ou supostas (LAQUEUR, 2001, p. 21).

Laqueur (2001) refere também que as novas formas de interpretação do corpo resultaram de dois desenvolvimentos analíticos: um epistemológico e um político. As mudanças sociais e políticas, a ascensão da religião evangélica, os movimentos feministas, a divisão sexual do trabalho, etc. foram responsáveis pela construção do entendimento do corpo. Dessa forma, os diferentes contextos de poder modificaram a forma de significá-lo. O sexo, tanto no mundo do sexo único como no de dois sexos, é situacional e explicável apenas dentro do contexto da luta sobre gênero e poder.

As desigualdades entre homens e mulheres foi objeto de estudo também de Simone de Beauvoir¹¹, que em sua obra mais famosa *O Segundo sexo*, reflete sobre a concepção do que significa “ser mulher”, questionando a relação entre a construção dessa suposta essência a partir da referência da figura do homem. Não haveria necessidade de associação entre mulheres e homens para que tal construção fosse feita, existindo uma independência em relação ao outro. Assim, o “ser mulher” não significa o oposto a ser homem, bem como não significa também ser naturalmente subordinada ou submissa (BEAUVOIR, 2009).

Não sendo a mulher então, o “segundo sexo”, por razões atreladas à biologia e à fisiologia, a premissa da autora é de que a figura da mulher e os estereótipos a nós atribuídos

¹¹Escritora, filósofa, feminista francesa, que viveu durante 1908-1986, autora de *Segundo Sexo* (1949).

foi de fato uma construção histórica e social, que nos colocava muitas vezes em situação de subjugação. Ainda de acordo com Simone de Beauvoir, a condição de privilégio dos homens continua sendo perpetuada através dos séculos, apesar da luta de movimentos feministas que intencionam a interrupção desse processo.

O conceito de gênero, hoje corrente em páginas de jornais e textos que orientam as políticas públicas, nasceu de um diálogo entre o movimento feminista e suas teóricas, e as pesquisadoras das disciplinas de história, sociologia, antropologia, ciência política, demografia, entre outras (CARRARA *et al.*, 2010, p. 15).

O sexo biológico, diferentemente do que é colocado pelo senso comum, não é o único definidor de padrões de comportamento. Parto do entendimento de que é a cultura que humaniza a espécie, tendo a biologia e a apresentação genital uma parcela muito limitada em nossa performance social, ou no entendimento e/ou validação social do outro como indivíduo. Essa reflexão confronta uma percepção social determinista, no sentido de naturalizar a apresentação de determinados comportamentos a uma dimensão biológica (sexual), associando a exposição de padrões de comportamento ao sexo do indivíduo (CARRARA *et al.*, 2010). Como exemplo, posso citar que a figura masculina está associada à agressividade, impetuosidade e força física, enquanto a figura feminina ao romantismo, delicadeza e ingenuidade.

A normatização, advinda de processos de socialização dos indivíduos, influencia diretamente a maneira de se portar, independentemente da apresentação genital. Dessa necessidade de compreender e extrapolar os modos de apresentação e os hábitos das pessoas a partir da associação estrita com o corpo biomédico, advém a conceituação de gênero.

Em 1964, Robert Stoller passa a utilizar a expressão “identidade de gênero” como maneira de qualificar a não-conformidade de apresentação indumentária e gestual aos padrões impostos socialmente, por indivíduos travestis. Segundo Carrara *et al.* (2010) a partir do século XX, com o advento das teorias antropológicas sobre gênero, o termo identidade de gênero passou também a ser utilizado por todos os sujeitos sociais.

As diferenças na maneira como nos portamos socialmente, bem como os espaços ocupados por diferentes grupos de indivíduos, refletem a forma de classificação e organização da sociedade onde estamos inseridos. No Brasil – como também em muitos outros países de cultura ocidental – observamos que as classificações são feitas principalmente a partir de dimensões como classe social, raça/cor, sexo, escolaridade, orientação sexual, estado civil. Tais classificações ainda estão sujeitas à interação dessas características e tendo algumas maior

peso do que outras no processo de avaliação social do outro. Dessa forma, sabe-se, por exemplo, que em situações rotineiras, um homem, heterossexual, branco terá um lugar de privilégio muito distinto de uma mulher, negra, lésbica, solteira.

Joan Scott (1990), em sua obra *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*, faz uma discussão sobre a compreensão do gênero a partir de uma dimensão relacional, onde propõe que devemos buscar questionar os papéis atribuídos ao masculino e ao feminino de maneira a transcender aquilo que já está consolidado socialmente. O gênero contém em si a análise das relações de poder e a própria relativização da diversidade do que é ser mulher ou homem.

Adiante, na discussão das controvérsias que cercam a vacinação de adolescentes e crianças contra o HPV, veremos mais detalhadamente como as questões de gênero e sexualidade incidem neste debate.

4 MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DA VACINAÇÃO NO BRASIL

A imunização tem uma carga histórica particular e sua consolidação junto à população reflete os posicionamentos de governos e a forma como a sociedade absorve e os reproduz ao longo do tempo. O grande apelo do debate sobre a vacinação se dá por conta da proteção adquirida – imunização - contra agravos com grande poder de letalidade e/ou incapacitação, bem como a capacidade de disseminação dos mesmos (SANTOS, 2017).

A história da vacina no mundo tem seus primeiros registros na antiguidade, época na qual povos orientais utilizavam a inoculação de materiais biológicos de enfermos na pele de pessoas saudáveis.

Segundo Bezerra (2017), a partir dos estudos de Edward Jenner (1749-1823), foi oficializada a primeira vacina do mundo: a da varíola em 1798. No século XIX, Louis Pasteur desenvolveu a vacina contra a raiva. A partir dessas descobertas, os investimentos em tecnologia foram impulsionados na direção de pesquisas que objetivassem a criação de novos imunobiológicos, sendo até os dias atuais, importante objeto de estudo e pesquisa.

No Brasil, a vinda da corte Portuguesa em 1808 levou a um desenvolvimento econômico e político sem igual até então. Com isso, o Rio de Janeiro, especialmente por sua posição de destaque junto à administração da colônia tornou-se uma referência em ações sanitárias.

As precárias práticas de higiene da população à época, aliada à susceptibilidade imunológica, péssimas condições de saneamento básico e intenso tráfego de pessoas devido à zona portuária, levou o Brasil e principalmente o Rio de Janeiro a vivenciar diversas epidemias, de febre amarela, tuberculose e até mesmo varíola.

Identificando a varíola como um problema de saúde, a partir de 1837 foi instituída a vacinação obrigatória contra esse agravo para as crianças, e ampliada para adultos em 1846 (BEZERRA, 2017). Contudo, a medida se mostrou pouco efetiva, por conta da precária logística, da insuficiência na produção das vacinas e da baixa adesão popular (pela desconfiança e medo gerados em relação à ideia de ter seus corpos inoculados com vírus causadores da doença).

No fim do século XIX, o extenso cultivo de café trouxe como resultado um aumento exponencial na imigração, que aliado ao pequeno desenvolvimento de estruturas de tratamento sanitário nas cidades, permitiram a ocorrência de epidemias.

Em 1904, o Rio de Janeiro, que a época era capital do país, viveu uma epidemia de varíola, a qual levou o governo a reinstaurar a obrigatoriedade da vacina antivariólica e a instituição da mesma, de forma compulsória. A desconfiança da população, associada à baixa

escolaridade, à falta de informações, ao contexto político da época e à implementação de medidas autoritárias culminaram em um movimento violento denominado Revolta da Vacina.

Barbieri (2014) argumenta que estudiosos do movimento destacam a utilização da revolta popular como um pretexto – utilizado principalmente pelos monarquistas e apoiadores de Floriano Peixoto - para fazer oposição ao governo de Rodrigues Alves (Presidente à época) e oportunizar um golpe. Além da perspectiva política utilizada, também são expostas questões que envolvem a moralidade e o contexto socioeconômico da época.

Além dos interesses políticos, são relatadas questões de ordem moral como a baixa aceitação da exposição de parte do corpo das mulheres aos agentes da vacina, ferindo a virtude da mulher e a honra do chefe de família; de ordem socioeconômica, como a pobreza e o alto índice de desemprego e como resposta a postura autoritária da reforma urbana no centro do Rio de Janeiro que discriminou a população mais carente (BARBIERI, 2014, p. 6).

O que também se observou nessa ocasião foi uma drástica mudança urbanística na cidade do Rio de Janeiro com grandes reformas, através da remoção de cortiços, drenagem de canais, manguezais e canalização de esgoto. O discurso do governo explicitava que o objetivo era a modernização da capital, provendo saneamento básico e melhores condições de moradia e saúde para a população. Contudo, o que se pode observar foi a atitude autoritária higienista e policialesca no que diz respeito à execução dessas intervenções.

Há registros de ações de vistorias e desinfecções, com invasões às casas e vacinação de pessoas contra sua vontade, com instrumentos que se assemelhavam às armas. Também o despejo de indivíduos de suas moradias e a sua marginalização em periferias foi consequência de uma política de habitação vertical, discriminatória, autoritária e coercitiva, tal qual as que foram adotadas na área da saúde.

Sem dúvidas, o saldo que se teve da vacinação nesse episódio foi positivo do ponto de vista que vidas não foram ceifadas em decorrência da varíola. Contudo, também demonstrou que a escolha na utilização de um método respaldado cientificamente, não garante o seu reconhecimento pela população.

Segundo Barbieri (2014), havia a necessidade de projetar uma imagem de nação próspera, civilizada e ordeira, o que resultou em ações que submeteram a população – principalmente os mais pobres - ao descontentamento. As reformas os atingiram mais do que a nova infraestrutura da cidade. Os agentes do Estado atuaram de forma repressiva sobre os hábitos familiares, a cultura e a rotina da população.

O debate sobre as vulnerabilidades às quais uma população pouco instruída, pobre e submetida a desigualdades sociais está suscetível é aqui exposto mais uma vez. O entendimento da saúde pública como um campo de manipulação social por elites e esferas de poder incorpora uma faceta perversa ao discurso da garantia do bem estar da sociedade, proferido inúmeras vezes no decorrer de diferentes períodos históricos, por diversos governos.

Desde a ocorrência da Revolta da Vacina, houve uma mudança gradual na maneira que a população encara a vacinação. Isso pode ser verificado a partir da institucionalização do Programa Nacional de Imunização - o qual está em vigência até os dias atuais e foi desenvolvido no auge do regime ditatorial do governo de Ernesto Geisel.

A introdução progressiva de novas vacinas, bem como uma articulação competente feita por órgãos governamentais e a divulgação massiva, fizeram a população aderir à imunização como política pública de saúde e demandar a ampliação do programa. Essa “cultura da imunização” passa a se solidificar, principalmente após a erradicação da varíola em 1973.

Conceituo aqui a “cultura da imunização” como o conhecimento disseminado ao longo dos anos pelo poder público e incorporado pela população acerca da importância da vacinação como ato de proteção da saúde individual e coletiva. O investimento no assunto é tão grande há tantos anos, que o discurso foi absorvido e reproduzido pela sociedade, tornando-se uma prática cultural comum no que diz respeito aos cuidados em saúde. Há, portanto, uma valorização no ato de vacinar, inculcido nas pessoas, tanto de forma individual, expressa pelo núcleo familiar, quanto em nível coletivo, expressa pela consolidação do PNI e adesão da população às ações propostas (BARBIERI *et al.*, 2017; FIOCRUZ, 2017).

Cabe dizer, que segundo Barbieri (2014) o destaque dado à imunização deve-se ao seu poder na prevenção de doenças de alta letalidade e muitas vezes dimensionada como a segunda intervenção de maior impacto na morbimortalidade da população, sendo inclusive superior à descoberta dos antibióticos, e perdendo somente para o saneamento básico e água potável.

Diante dos mais diversos contextos em que a vacinação ocorre no mundo, creditar exclusivamente à legitimidade dessa prática por sua relação com o campo das ciências biomédicas significa reafirmar o discurso de superioridade de certos tipos de ciência e trazer a falsa ideia de imparcialidade desse saber. Reduzir o fenômeno vacinal puramente à eficácia de testes realizados em laboratórios minimiza a importância da participação social como um fator essencial na construção de uma “cultura da imunização”.

Por esse motivo, é preciso analisar e expor a forma como a garantia de saúde, enquanto direito necessário para a conquista de uma vida digna mostra-se essencial e como seus desdobramentos sociais atuam muitas vezes como determinantes.

4.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

No caso específico da imunização, tratá-la como política pública de saúde significa primeiramente abordar um projeto de sociedade no qual a saúde da coletividade se sobrepõe às individualidades. Essa informação por si só já é suficiente para incitar uma análise acerca de aspectos considerados prioritários e cabíveis de intervenção por diferentes Estados.

A garantia do direito à saúde como uma expressão de cidadania dos indivíduos é uma conquista recente. Se analisarmos a história da saúde das populações e seus simbolismos é possível inferir como o conceito de saúde é demarcado de maneira temporal em razão de distintos contextos políticos, sociais e culturais. Leva-se em consideração também o recorte de classe social, gênero, lugar e valores individuais. Está-se sujeito também à ciência, religião e correntes filosóficas vigentes em seu tempo.

Revisitando a história do Brasil, é possível inferir que a saúde não foi tema prioritário nas Constituições anteriores a de 1988, ficando assim em segundo plano (BEZERRA, 2017). Atualmente, aparece como um direito garantido pela Constituição Federal, tendo como base a conceituação prevista pela OMS - divulgada na carta de princípios em 1948, pós II Guerra Mundial, e que está de acordo com os ideais adotados pela Saúde Coletiva - na qual se lê:

“Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (BRASIL, 1988).

Nesse caso, a Constituição Federal (CF) de 1988, entra em consonância com a construção histórica realizada com base em uma preocupação global na garantia de direito à saúde como um aspecto essencial à vida digna do ser humano e firmada a partir de um pacto consolidado na Constituição da OMS, e traduzido na consolidação do direito à saúde como um direito humano universal. Serve assim como alicerce para a consolidação do direito à saúde como um direito fundamental¹², na Lei Maior de nosso país (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010).

¹²Segundo Zelenovsky (2009, p.336), os direitos fundamentais são prerrogativas indispensáveis para que os cidadãos tenham vida digna e satisfatória.

Popularmente, costuma-se tratar Lei e Direito como termos sinônimos e complementares. Associa-se o Direito aos limites encontrados nas leis, não havendo assim espaço para questionamentos que extrapolem aqueles determinados por elas.

Lyra (1982, p. 4), contudo, alerta para essa relação quando traz que:

O Direito autêntico e global não pode ser isolado em campos de concentração legislativa, pois indica os princípios e normas libertadores, considerando a lei um simples acidente no processo jurídico, e que pode, ou não, transportar as melhores conquistas.

Restringir então, o direito à legalidade pode levar a uma identificação dogmática do mesmo. O direito é dinâmico e mutável e representa de forma concreta os ideais sob os quais vive uma sociedade e a partir dos quais se manifesta. Ao observar o Direito alicerçado a uma dimensão sociológica, podemos entender como os fenômenos jurídicos acabam se integrando à vida das populações.

Podemos perceber como a CF de 1988 é inovadora, ao representar anseios populares, no que diz respeito ao controle social sobre mecanismos jurídicos e projeto de sociedade almejado.

Ao analisarmos o Artigo 194 da CF passamos a entender que a Ordem Social proposta através de um sistema de Seguridade Social¹³ corresponsabiliza o poder público e a sociedade civil no que concerne à garantia de direitos relativos à saúde, atuando para isso, em diferentes esferas e sobre diferentes aspectos (BRASIL, 1988).

Tal posicionamento é explicitado no Artigo 196 da CF, (BRASIL, 1988) no qual se lê:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Há o complemento pelo Artigo 197¹⁴ da CF, o qual discorre sobre a incumbência do poder público em regulamentar, fiscalizar e controlar ações e serviços de saúde.

Por conta de sua amplitude, discute-se sobre a factibilidade de adotar um conceito que se mostra tão vasto, diverso e subjetivo, trazendo assim, críticas sobre sua operacionalização e

¹³ Brasil (1988, p.82) conceitua Seguridade Social como “(...)um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

¹⁴ Brasil (1988, p.83) no qual se lê “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

desdobramentos em políticas públicas e ações de saúde. Contudo, alguns programas mostraram-se como consolidados e capazes de atingir grande parcela da população.

4.2 O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA

A imunização ocupa um lugar de destaque dentre as pastas do Ministério da Saúde. Ainda hoje, utiliza-se das determinações do Decreto Nº 78.231 de Agosto de 1976 e da Lei Nº 6.259 de Outubro de 1975, os quais foram responsáveis por institucionalizar o PNI.

A partir do decreto supracitado, foi pela primeira vez estabelecida a obrigatoriedade da vacinação no país, onde também se explicita a responsabilidade sobre indivíduos menores de idade, como descrito nos seguintes trechos:

Art. 27. Serão obrigatórias, em todo o território nacional, as vacinações como tal definidas pelo Ministério da Saúde, contra as doenças controláveis por essa técnica de prevenção, consideradas relevantes no quadro nosológico nacional.

Art. 29. É dever de todo cidadão submeter-se e os menores dos quais tenha a guarda ou responsabilidade, à vacinação obrigatória.

Parágrafo único. Só será dispensada da vacinação obrigatória, a pessoa que apresentar Atestado Médico de contra-indicação explícita da aplicação da vacina (BRASIL, 1976, p. 6).

O PNI engloba todo um mecanismo que combina ações de vigilância com o próprio ato da vacinação, atuando nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal) a partir de atividades coordenadas de planejamento, capacitação, infraestrutura e logística. Graças a esse programa, é possível garantir que os insumos e serviços previstos, sejam entregues à população com qualidade e competência.

Contudo, Bezerra (2017) reflete sobre a elaboração de uma “ideologia vacinadora” presente no país, uma vez que a construção histórica das políticas públicas de saúde que temos hoje é permeada pela construção do Estado no Brasil.

Dentro dessa lógica, o PNI ocupa um papel de autoridade, no que diz respeito à referencial técnico epidemiológico, estando vinculado às normas jurídicas e às autoridades sanitárias.

A partir da Portaria Nº 452 de 1977 do Ministério da Saúde, foi estabelecido em todo o território nacional o primeiro calendário básico de vacinação para menores de um ano de idade. Foram preconizadas as vacinas contra tuberculose, poliomielite, sarampo, difteria, tétano e coqueluche (BRASIL, 2013a).

Atualmente, esses imunobiológicos ainda constam no calendário de rotina brasileiro, contudo as faixas etárias de vacinação foram alteradas.

No que diz respeito à garantia dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988, à proteção de crianças e adolescentes, o Artigo 227 traz a saúde como fundamental, colocando assim, como corresponsáveis a família, a sociedade e o Estado. Sendo:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p. 95).

Assim, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) materializou-se a partir da década de 1990 exercendo função de regulamentar o que prevê a CF 1988. Foi instituído a partir da Lei Nº 8.069 de Julho de 1990, trazendo assim:

Art. 14. O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.
§ 1º É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias (BRASIL, 1990, p. 4).

A vacinação deve essencialmente ser entendida como um serviço competente à atenção básica, dada sua característica de promoção à prevenção da saúde. Dentro dessa lógica, a sensibilização do profissional de saúde e da população sobre esse recurso deve ser reafirmada constantemente através de ações outras que visem a educação permanente da sociedade.

Tendo a CF de 1988 e o ECA como instrumentos legais para a garantia de direitos fundamentais das crianças e adolescentes, pode-se inferir que a recusa em vacinar se configura como prática ilegal, passível de penalidades. Como consta no ECA:

Título IV
Das Medidas Pertinentes aos Pais ou Responsável
Art. 129. São medidas aplicáveis aos pais ou responsável
VII - advertência;
VIII - perda da guarda;
IX - destituição da tutela

Art. 249. Descumprir, dolosa ou culposamente, os deveres inerentes ao pátrio poder familiar ou decorrente de tutela ou guarda, bem assim determinação da autoridade judiciária ou Conselho Tutelar:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 1990, p. 34-35).

A discussão mostra-se mais complexa, pois, apesar de haver previsão de repreensão à responsáveis legais que se mostrem resistentes à imunização, a obrigatoriedade de vacinar menores de idade explicita a contradição entre os direitos das famílias ou individual dos pais de decidirem sobre a vida das crianças e a figura da criança como sujeito de direitos.

De acordo com Brasil (2018b), o PNI passou então a coordenar as atividades relacionadas à imunização e permanece até hoje como um programa de sucesso, sendo a ele creditada a erradicação da varíola e da poliomielite no país, bem como a eliminação do sarampo e do tétano neonatal. Além disso, graças às ações por ele desenvolvidas foi possível controlar doenças imunopreveníveis como difteria, coqueluche e tétano acidental, hepatite B, meningites, febre amarela, formas graves da tuberculose, rubéola e caxumba em alguns estados. Também é responsável por adquirir, normatizar e prover imunobiológicos especiais aos grupos que porventura tenham necessidades diferenciadas – os quais são atendidos nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). As informações produzidas a partir das intervenções são consolidadas em um sistema de informação próprio do programa - sistema de informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), o qual é encarregado de munir os profissionais de saúde com dados, possibilitando a análise, diagnóstico e monitoramento da efetividade das intervenções de saúde.

O PNI é, hoje, um dos maiores programas de imunização do mundo, sendo parte integrante do Programa da Organização Mundial da Saúde, com o apoio técnico, operacional e financeiro do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e contribuições do Rotary Internacional e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Através dele, são ofertados 45 imunobiológicos. Desses, dezenove estão disponibilizados na rotina de imunização, a qual é normatizada através do Calendário Nacional de Vacinação e contempla de forma universal os indivíduos do momento de seu nascimento até sua morte (BRASIL, 2018b).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b) atualmente o país conta com mais de 36 mil salas de vacina espalhadas por todo o território nacional, aplicando mais de 300 milhões de doses de imunobiológicos por ano. Além disso, possui autossuficiência na produção e coloca-se como exportador de vacinas para mais de 70 países.

Tais dados conseguem dimensionar a consolidação do PNI como uma das políticas públicas de êxito do Brasil, sendo capaz de atingir a população independentemente da região do país, raça/cor, faixa etária, sexo, escolaridade e renda.

4.3 IMPLANTAÇÃO DA VACINA CONTRA HPV

Especificamente em relação à vacina contra o HPV, diferentemente de outros imunobiológicos que já fazem parte do calendário brasileiro de vacinação, a vacina contra HPV só foi adicionada recentemente. Somente a partir de 2006 ela foi aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Bezerra (2017) discorre sobre a oferta desse imunobiológico por laboratórios particulares a preços altos a quem pudesse arcar com os custos após a liberação pela ANVISA.

No primeiro momento, a vacinação contra HPV como política pública de saúde não aconteceu, ocorrendo em anos seguintes avaliações criteriosas sobre a possibilidade de incorporação da mesma pelo PNI.

Contudo, a partir da Portaria N° 54, de 18 de novembro de 2013 do Ministério da Saúde, foi incorporada a vacina quadrivalente contra HPV na prevenção do CCU no SUS, em concordância com a Portaria N° 1.498, de 19 de Julho de 2013, a qual redefiniu o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do PNI, em todo o território nacional¹⁵ (BRASIL, 2013b, 2013c).

Em 2014, a vacina passou a ser oferecida pelo SUS em escolas e unidades básicas de saúde, dirigida a um público de meninas de 11 a 13 anos de idade e esquema vacinal completo composto de três doses, obedecendo a dinâmica de 0/6/60 meses.

Segundo Santos (2017), no primeiro ano de implantação da vacina, a primeira dose foi distribuída em escolas públicas e privadas, obtendo cobertura próxima a 100% (tendo como base uma população alvo de cerca de 4,9 milhões de pessoas). Para a segunda dose, a distribuição foi feita apenas nas unidades de saúde e alcançou uma cobertura vacinal de cerca de 64,29% do público.

Em 2015, houve a modificação da faixa etária alvo da campanha, tendo sido redefinido para meninas de 9 a 11 anos. Contudo, houve diminuição da participação das escolas e a cobertura para a primeira dose atingiu 70,2%, enquanto na segunda dose foi de 44,32%.

¹⁵ Nesse texto não discorro sobre a questão do esquema vacinal diferenciado adotado para pessoas vivendo com HIV/AIDS, uma vez que a imunossupressão é uma condição que requer acompanhamento médico individual e apesar de haver recomendação adotada pelo Ministério da Saúde para esses casos, há também a ressalva sobre uma conduta específica e individualizada que deve ser prescrita pelo profissional especialista que conduz o caso. Não obstante, deixo aqui registrada a importância do debate deste tema a partir da perspectiva de populações tantas vezes invisíveis, as quais têm seus direitos cerceados e suas vidas reduzidas à agravos que não determinam a totalidade de sua existência.

A partir de 2016, o esquema vacinal foi modificado, sendo então aplicadas duas doses para que a imunização completa fosse atingida e a faixa etária foi mantida. Contudo, as ações de imunização deixaram de ser ofertadas dentro do espaço escolar e passaram a ocupar exclusivamente as unidades de saúde. Dados preliminares do SI-PNI sugerem que a cobertura vacinal foi ainda menor, mantendo um perfil de queda na adesão¹⁶.

A partir de 2017, o MS modificou novamente o público alvo da campanha. Dessa vez, ampliando a imunização de meninas de 9 a 14 anos de idade e incluindo, pela primeira vez, os meninos, na faixa etária de 12 e 13 anos de idade. Manteve-se, no entanto, o esquema vacinal de duas doses – respeitando o intervalo de seis meses entre a primeira e a segunda dose¹⁷ (BRASIL, 2016a, 2017a).

Para o ano de 2018, o MS manteve o esquema vacinal do ano anterior e a faixa etária de 9 a 14 anos para o público feminino, contudo ampliou a faixa etária de 11 a 14 anos para o público masculino.

A orientação governamental sobre a faixa etária que deveria ser vacinada, bem como a utilização de ferramentas legais para a institucionalização da vacina contra HPV no Brasil, foi responsável por suscitar debates sobre a saúde individual frente à garantia da saúde da coletividade.

¹⁶ Até a conclusão desse trabalho, os dados referentes à Campanha de 2016 permanecem em análise, podendo ser modificados.

¹⁷ Cabe ressaltar que no ano de 2017, através da Nota Informativa Nº 62 de 17 de Agosto de 2017, houve ampliação temporária da faixa etária para meninas e meninos de 9 a 26 anos, em função dos estoques disponíveis nos serviços de vacinação e que apresentavam data de validade até o mês de setembro de 2017.

5 TENSÕES ENTRE CORPO INDIVIDUAL E SAÚDE DA COLETIVIDADE

A estabilidade da imunização enquanto uma das políticas públicas mais eficazes na prevenção de infecções e epidemias vem sendo colocada em xeque a partir do surgimento de movimentos antivacinação.

Hoje, especialmente entre indivíduos com perfil socioeconômico mais elevado, é possível identificar um crescente individualismo, expresso através da exigência por autonomia e liberdade de escolha. Segundo Iriart (2017), a prerrogativa da autonomia dos pais e da liberdade individual no cuidado dos filhos aparece como valor moral e tem levado ao entendimento de que a saúde é uma responsabilidade individual e por isso o equilíbrio dos riscos atrelados à não vacinação deve ser assunto debatido e decidido no núcleo familiar, cabendo ao Estado o papel secundário de provimento de recursos e serviços, caso necessário.

Barbieri (2014) explicita que os primeiros movimentos antivacinação se iniciaram na Europa, na metade do século XIX, em decorrência da obrigatoriedade da vacina antivariólica.

Em 1998, o londrino Andrew Wakefield apresentou uma pesquisa preliminar, publicada na revista *Lancet*, na qual citava o desenvolvimento de comportamento autista e inflamação intestinal grave em 12 crianças, as quais possuíam em comum em seus corpos, vestígios do vírus do sarampo. A hipótese descrita trazia uma possível causalidade entre a ocorrência desses problemas com a vacina MMR (contra sarampo, rubéola e caxumba), administrada previamente em 11 das crianças estudadas.

Em sua colocação, a suposição de que as vacinas poderiam originar complicações gastrointestinais, que poderiam levar à inflamação no cérebro e talvez o autismo, teve um impacto enorme sobre as taxas de vacinação do Reino Unido e em outros países ao redor do mundo, colocando sob suspeita todo o desenvolvimento e segurança das vacinas produzidas.

Idoeta (2017) expõe que anos após esse episódio, o médico foi impedido de continuar exercendo sua profissão, por terem sido comprovados conflitos éticos relativos a um pedido de patente anterior à publicação, feito por ele a uma vacina contra sarampo que iria concorrer com a exposta no estudo (MMR). Além disso, um dos pesquisadores componentes da equipe de Wakefield também divulgou que alguns dados foram deliberadamente alterados para não prejudicar os resultados da pesquisa. O estudo foi considerado fraudulento e a revista *Lancet* se retratou, anos após o ocorrido.

A partir disso, diversos estudos foram realizados e publicados ao redor do mundo, comprovando a eficácia das vacinas, reafirmando sua segurança, e trazendo resultados que confrontam aqueles publicados por Wakefield. Dentre eles, constam declarações realizadas

pela OMS, OPAS e outras instituições de renome internacional. Contudo, o dano jamais foi reparado, pois os resultados publicados pelo médico alcançaram grandes veículos de mídia e causaram uma desconfiança generalizada, levando a surtos de sarampo em países desenvolvidos como Inglaterra (IDOETA, 2017).

Atualmente, grupos de países como EUA, Japão, Canadá, Austrália e nações europeias continuam levantando hipóteses – majoritariamente sem nenhum embasamento científico - sobre supostos efeitos colaterais ocorridos após vacinação, especialmente de crianças.

No Brasil o movimento antivacinação é oportunizado por redes sociais online como o Facebook, onde grupos fechados são criados e é preciso permissão de um moderador responsável para ter acesso ao conteúdo.

Já existe até um perfil criado no Facebook com o nome ‘Sou Contra a Vacina do HPV’. Os posts reúnem, além de opiniões e relatos de pais (e inclusive de profissionais de saúde), estudos publicados em periódicos científicos de renome sobre alguns casos - raros, é bom ressaltar - de doenças graves possivelmente deflagradas pela vacina. (GUARASEMIN; PROSIN, 2015, p. 2).

No país, a produção acadêmica sobre o perfil dos indivíduos não vacinadores, ainda é escassa, especialmente sob enfoque qualitativo. Em publicação no Caderno de Saúde Pública de 2017, Barbieri *et al* buscaram compreender de que maneiras os pais de camadas médias de São Paulo significam e relativizam a normatização que os obriga a vacinar seus filhos, a partir de uma perspectiva qualitativa, agrupando-os posteriormente em três grupos, de acordo com a postura frente às vacinas preconizadas pelo calendário nacional de vacinação. São pais vacinadores; pais seletivos; pais não-vacinadores.

As autoras discorrem ainda sobre a existência de estudos de cobertura vacinal infantil por inquérito domiciliar, os quais pontuam que a partir dos anos 2000, houve diminuição na cobertura vacinal entre pessoas de maior renda e escolaridade, se comparadas a pessoas de menor renda e escolaridade, na cidade de São Paulo, possuindo significância estatística (BARBIERI *et al.*, 2017).

Do ponto de vista do movimento antivacinação presente no Brasil, pode-se dizer que atualmente o movimento é majoritariamente composto por indivíduos de renda e escolaridade altas, comportamento esse que se repete em outros países do mundo.

Além disso, trata-se de um movimento crescente e que coloca em risco não só a saúde do indivíduo não imunizado. O alcance das metas de imunização propostas pelo MS visam garantir a imunidade coletiva ou “imunidade de rebanho”. Tais termos, dizem respeito à capacidade de conferir proteção indireta a algumas pessoas em decorrência da elevada

proporção de indivíduos imunes na comunidade onde estão inseridas. Ou seja, no caso de introdução e/ou circulação de um agente infeccioso em determinada localidade, entende-se que a imunidade de rebanho atua como um fator de proteção, reduzindo o risco de um indivíduo suscetível ter contato com um indivíduo doente, diminuindo assim a capacidade de disseminação de certos agravos (BEZERRA, 2017).

Dessa forma, a dicotomia autonomia individual *versus* proteção coletiva (IRIART, 2017) é sempre tema de debate quando temos um programa de imunização enquanto estratégia de política pública de saúde. Com o crescimento do movimento antivacinação entende-se que a parcela da população suscetível aos agravos preveníveis têm aumentado, elevando conseqüentemente o risco de disseminação de microorganismos e ocorrência de surtos e epidemias.

Assim, a quantificação e a compreensão do comportamento da população em relação à adesão de campanhas contra o HPV, mostra-se como essencial para o processo de entendimento sobre o impacto que atitudes de pais não vacinadores têm na saúde da coletividade.

6 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HPV NO BRASIL E A COBERTURA VACINAL NO RIO DE JANEIRO

A causa de morte de um indivíduo é classificada em acordo com a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). São agrupadas em capítulos, totalizando vinte e dois (CBCD, 2008).

As Neoplasias (tumores) compõem o Capítulo II do documento supracitado e aparecem como segunda causa de morte de mulheres no Brasil para o ano de 2016, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório.

Tabela 1: Mortalidade de mulheres segundo capítulo da CID-10, Brasil, 2016

CAPÍTULO CID-10		N DE ÓBITOS
IX	Doenças do aparelho circulatório	171.809
II	Neoplasias (tumores)	100.952
X	Doenças do aparelho respiratório	76.584
IV	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	42.379
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	32.334
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	27.532
XI	Doenças do aparelho digestivo	25.200
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	25.007
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	20.348
VI	Doenças do sistema nervoso	20.020
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	9.071
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	5.148
V	Transtornos mentais e comportamentais	3.753
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	3.603
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	3.488
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3.220
XV	Gravidez parto e puerpério	1.814
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	86

VII	Doenças do olho e anexos	11
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	0
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0
XXII	Códigos para propósitos especiais	0
	Total	572.359

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Para o mesmo ano, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), apresenta que 100.952 – aproximadamente 18% - dos óbitos registrados para mulheres se deram em decorrência desses agravos.

Utilizando o Capítulo II da CID-10 como parâmetro, buscou-se selecionar somente as categorias referentes a neoplasias malignas associadas ao HPV, para analisar o impacto desse subgrupo no total das mortes por câncer (CBCD, 2008). Dessa forma, optou-se pelas categorias:

- C10: Neoplasias malignas da orofaringe
- C21: Neoplasias malignas do ânus e do canal anal
- C51: Neoplasias malignas da vulva
- C52: Neoplasias malignas da vagina
- C53: Neoplasias malignas do colo do útero

Levando em consideração a mortalidade de mulheres, por cânceres associados ao HPV, podemos observar que aproximadamente 7.000 foram atribuídas às categorias acima descritas. Como fica explicitado na tabela abaixo.

Tabela 2: Mortalidade de mulheres, segundo categoria CID-10, Brasil, 2016

CATEGORIA CID-10		N DE ÓBITOS
C10	Neoplasia maligna da orofaringe	287
C21	Neoplasia maligna do ânus e do canal anal	275
C51	Neoplasia maligna da vulva	414
C52	Neoplasia maligna da vagina	126
C53	Neoplasia maligna do colo do útero	5847
	Total	6949

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

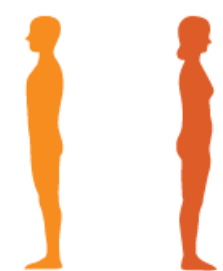
A partir da análise desses dados, podemos inferir que para o ano de 2016, aproximadamente 7% de todos os óbitos de mulheres por câncer se deram por neoplasias associadas ao HPV. Apesar de não sermos capazes de assegurar que o HPV é causa necessária para o desenvolvimento de neoplasias, estima-se que 99% dos cânceres de colo de útero estão a ele associados (INCA, 2017).

Dada a importância do objeto de estudo, monitorar e produzir dados sobre o câncer torna-se imperativo para o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas que visem organizar e disponibilizar recursos para serviços de saúde especializados.

No Brasil, o enfrentamento do câncer de colo de útero é elencado como uma das prioridades do setor saúde, integrando o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Assim, a partir de instrumentos legais, pretende-se estabelecer normas que visem assegurar o acompanhamento de mulheres, de maneira integral, pelos serviços de saúde.

O INCA (2017) anualmente publica as estimativas para a incidência de câncer. A partir da divulgação desse trabalho, espera-se que somente no ano de 2018, apareçam cerca de 16.370 novos casos de câncer de colo de útero no país.

Figura 1: Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%	Homens		Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%			Cólon e Reto	18.980	9,4%
Cólon e Reto	17.380	8,1%			Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%			Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%			Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%			Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%			Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%			Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%			Leucemias	4.860	2,4%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2017.

Sabe-se que o aparecimento do câncer de colo de útero está relacionado à multiplicidade de fatores etiológicos, contudo tende-se a priorizar os princípios biomédicos a ele associados. No entanto, cabe aqui ressaltar que a doença tem também aspectos prioritariamente sociais.

Em estudo realizado pela American Cancer Society (2017), ficou evidente que para a população dos Estados Unidos da América, a variável raça/cor, especificamente para mulheres brancas mostrou-se um fator de proteção no que concerne à sobrevida diante do aparecimento de cânceres, se comparada à raça/cor negra. Tal apontamento é feito buscando relacionar a maior presença de negros, pardos, hispânicos e/ou latino americanos em classes econômicas mais desfavorecidas nessa sociedade, trazendo assim para a discussão o fato de populações mais pobres estarem mais vulneráveis.

Não busco adentrar o universo das análises epidemiológicas, ou mesmo chamar atenção sobre as limitações de estudos realizados em outros países e que não são comparáveis à realidade brasileira. Contudo, o atravessamento entre as desigualdades sociais e a efetivação da garantia da saúde como direito fundamental permeiam toda a discussão aqui proposta.

Dessa forma, ao planejar ações de saúde sobre câncer de colo de útero para a população brasileira é essencial que não se deixe de lado uma análise epidemiológica-social do público a ser mobilizado pelo tema

A partir disso, entender que a mudança de comportamento da sociedade - no que diz respeito ao início da vida sexual em idades cada vez menores - pode estar associada ao aparecimento de câncer de colo de útero, dada maior probabilidade de exposição ao HPV por períodos de tempo mais longos, é essencial para que se possa atuar de maneira a proteger a população.

Dentre as estratégias adotadas pelo Estado Brasileiro, a respeito da proteção contra os subtipos oncogênicos de HPV, está a utilização da vacina tetravalente contra o HPV em crianças e adolescentes de 9 a 14 anos.

De acordo com dados disponibilizados pelo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), no DATASUS, para o ano de 2017¹⁸ o estado do Rio de Janeiro apresentou uma cobertura vacinal de 14,4% aproximadamente para a vacina quadrivalente contra o HPV. Se compararmos ao resultado apresentado para o Brasil no mesmo período de tempo – o qual apresentou cobertura vacinal de aproximadamente 13,18% - podemos notar que o comportamento do estado não se mostrou muito distante.

¹⁸Cabe ressaltar que os dados apresentados nas tabelas 3 e 4 ainda estão em processo de consolidação pelo Ministério da Saúde e podem sofrer modificações por até dois anos consecutivos, contados a partir do fim do ano de análise.

Tabela 3: Cobertura vacinal contra HPV, Rio de Janeiro, 2017¹⁹

IMUNOBIOLOGICOS	DOSE	SEXO	% CV
HPV Quadrivalente	1 ^a	FEMININO	11,84
HPV Quadrivalente	2 ^a	FEMININO	20,38
HPV Quadrivalente	1 ^a	MASCULINO	22,59
HPV Quadrivalente	2 ^a	MASCULINO	4,88
Total			14,4

Fonte: Programa Nacional de Imunizações, MS.

Tabela 4: Cobertura vacinal contra HPV, Brasil, 2017²⁰

IMUNOBIOLOGICOS	DOSE	SEXO	% CV
HPV Quadrivalente	1 ^a	FEMININO	10,86
HPV Quadrivalente	2 ^a	FEMININO	15,93
HPV Quadrivalente	1 ^a	MASCULINO	22,86
HPV Quadrivalente	2 ^a	MASCULINO	4,85
Total			13,18

Fonte: Programa Nacional de Imunizações

A partir dos dados expostos nas tabelas acima, e tomando como base a recomendação do Ministério da Saúde em vacinar 80% da população a ser atingida, pode-se dizer que é necessário agir firmemente no sentido de buscar aumentar a adesão da população em relação à vacina contra o HPV, por ficar evidente a grande parcela ainda suscetível às infecções por esses vírus.

À frente, veremos alguns elementos presentes no debate sobre a cobertura vacinal no que se refere à proteção contra o HPV.

¹⁹Data de atualização dos dados: 16/08/2018.

²⁰Data de atualização dos dados: 16/08/2018.

7 CONTROVÉRSIAS NO DEBATE PÚBLICO SOBRE A VACINA CONTRA HPV NO BRASIL

Atualmente, tanto a internet como as diversas fontes de mídia são ferramentas essenciais de informação e educação para grande parte da sociedade. Santana e Gonçalves (2017) discorrem sobre sua utilização e relevância na educação formal, por meio do Ensino à distância (EAD), tratando a tecnologia como aliada na formação técnica de qualidade dos indivíduos. Por conta da expansão populacional, bem como à popularização dos meios de comunicação, o acesso aos dispositivos tecnológicos tem expandido a aproximação das pessoas às mais diversas informações e conteúdos.

O conteúdo do debate público em torno da vacinação contra o HPV, atualmente, apresenta-se intimamente relacionado a essa popularização de meios de informação e à ampla gama de conteúdos disponíveis online, uma vez que a publicação de pesquisas, matérias, opiniões etc. sobre determinado tema, pode ser facilmente encontrada por meio de palavras-chave em sites de busca como o Google.

Por se tratar de um espaço público e gratuito, a rede contém diversos tipos de informação, com qualidade variável. Também é possível encontrar sobre um mesmo assunto, informações totalmente discordantes. Essa colocação é essencial na formulação deste trabalho, uma vez que busco explicitar as diferentes narrativas sobre a vacina contra HPV, a partir da perspectiva sociológica.

Por isso, refletir sobre o teor do material divulgado online foi ponto de partida para a interpretação dos discursos utilizados sobre a temática. A isso, deve-se somar a influência dos determinantes sociais como fundamentais na compreensão dos indivíduos que trato como objeto desse estudo. Identifico as vulnerabilidades sociais como “pressões invisíveis”, capazes de manter grupos circunscritos em certos locais de privilégio.

Como dito anteriormente, o indivíduo está sujeito aos hábitos e costumes da sociedade onde está inserido, havendo multiplicidade de perspectivas e discursos. Em busca da compreensão do lugar de fala de diferentes grupos, entendo como necessário frisar que diferentes contextos socioeconômicos podem influenciar a exposição a determinados tipos de conteúdo e expressar a perspectiva de estratos sociais. Sendo assim, há tendência entre grupos que possuem hábitos, perfis e vivências semelhantes de reproduzirem opiniões parecidas, sem contudo, isso se apresentar como regra necessária.

Cabe dizer que por mais democrática e universal que a rede possa se apresentar, a navegação, busca e seleção de conteúdo realizada pelos indivíduos carrega ainda essa bagagem cultural, muitas vezes determinante na interpretação daquilo que foi selecionado.

Além disso, alguns fatores como o rebuscamento da linguagem, publicações em outros idiomas, ou jargão técnico também são responsáveis por circunscrever certas produções a estratos sociais mais privilegiados e marginalizar parte da população que não pode ter contato com certos tipos de conhecimento.

Tomo como ponto de partida para a exposição das controvérsias sobre a vacina contra HPV, a prima análise sobre os diferentes grupos cujos discursos foram analisados para a construção deste trabalho, sem intenção, contudo, de classificá-los e agrupá-los. Apenas destaco que há de se relativizar os diferentes discursos e também, sem a eles atrelar juízo de valor.

Destaco também, a necessidade de relativizar o conteúdo abaixo, como uma consolidação feita do material empírico, cabendo ressalvas sobre possíveis opiniões discordantes individuais presentes dentro dos próprios grupos.

Como trabalho interpretativo, também não me abstenho em ressaltar que as descrições por mim feitas, podem estar - apesar dos esforços - enviesadas por minhas vivências e lugar de fala. Dessa forma, os leitores devem ter em mente minha posição como observadora e pesquisadora suscetível a “pressões culturais”, as quais meu objeto de estudo também está exposto.

Como exposto na metodologia deste trabalho, oriento meus apontamentos para o conteúdo do material empírico os quais contém documentos institucionais, de mídia e acadêmicos, que serviram como fonte para a reflexão praticada. Dentro dessa gama de documentos é possível afirmar que as chamadas, em geral, associam a vacinação contra HPV a uma medida de saúde pública com caráter positivo e que houve uma transição ao longo dos anos no tratamento que as fontes deram ao assunto.

Acredito que o ponto principal desse trabalho parte dos questionamentos primários que toda(o) sanitarista que está inserido em um serviço de saúde deve se fazer. A busca por entender os processos de saúde e adoecimento das populações, no caso da vacinação contra o HPV, me fizeram questionar a dimensão social que intervenções pautadas na lógica biomédica assistencialista suscitam. Ao invés de embarcar em um discurso culpabilizador de pais - sobre a não aderência às campanhas de imunização realizadas pelo governo federal – ou mesmo de órgãos governamentais sobre seu insucesso, dedico-me aqui a expor a expressividade que a

cultura e a moralidade exercem no cuidado integral à saúde e se desdobram em medidas cuja sociedade passa a se apropriar, internalizar e reproduzir.

A partir dos apontamentos, intenciono expor algumas considerações que buscam associar o quadro de não adesão às campanhas a valores morais encontrados no discurso da população e reiterado por posicionamentos jurídicos e governamentais.

Por fim, ressalto as diferentes circunstâncias as quais essas desigualdades se apresentam. A associação de fatores como gênero, raça/cor, orientação sexual, perfil econômico são também produtores de desigualdades, que quando colocados em conjunto permitem a multiplicação de preconceitos.

7.1 REVESES DA SEXUALIDADE E DO GÊNERO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Primeiramente, é necessário destacar o papel que a figura feminina tem junto à sociedade, sendo incansavelmente retratada como responsável por prover o cuidado e educação. Seja por associação à figura materna, seja pelo imaginário de que a mulher é mais empática e/ou responsável.

É amplamente difundida a ideia de que existe um “instinto feminino”, responsável por antecipar situações que somente mulheres teriam a capacidade e/ou sensibilidade para resolver. Esse “instinto” seria algo inerente à condição de ser mulher e estaria associado à feminilidade em sua essência. Com a gestação e a ocorrência da maternidade, existiria segundo o senso comum um desenvolvimento e melhoramento deste atributo, passando então a ser chamado de “instinto materno”.

Alguns hábitos reafirmam essa ideia, como por exemplo a função de cuidados da casa, historicamente atribuídos à mulher - seja ele através de escravas, ou mais recentemente através da dupla jornada de trabalho a qual muitas mulheres estão submetidas, por conta da inserção no mercado de trabalho, seja pelo dever conferido na educação e criação dos filhos.

Essa dinâmica de cuidado é vista como responsável pela manutenção de uma vida saudável, uma vez que a saúde está associada, muitas vezes, a um núcleo familiar coeso. Por conta disso, desde a infância é inculcido em mulheres a responsabilidade em prover uma vida social saudável aos seus familiares, filhos e outros.

A mulher é sempre tida como responsável pela manutenção da saúde de outrem. Enquanto jovem, a ela é inculcido o dever de preservar seu corpo e como consequência manter os possíveis parceiros saudáveis. Para isso, o uso da abstinência sexual ou a utilização de

quaisquer recursos tecnológicos/médicos necessários para a manutenção do bom funcionamento do corpo (contracepção, saúde sexual e reprodutiva). Após a maternidade caberia a ela o zelo pela conservação da saúde de seu núcleo familiar. O controle individual de seu corpo passa a ter uma função quase coletiva – amplificada pela função de reprodução e manutenção da espécie – através da qual o domínio e fiscalização pública incidem fortemente.

No caso específico da vacina contra HPV, podemos observar a tentativa de responsabilização da mulher nos dois momentos descritos acima. Seja em sua faceta mais juvenil, associada ao período de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis a outros indivíduos, seja no apelo à figura materna como exclusiva mantenedora da saúde física e mental dos filhos. Como exemplo do apelo a esses dois momentos da vida da mulher cito a peça gráfica utilizada na campanha de vacinação contra o HPV, do MS, veiculada em 2016 (Figura 2).

Além disso, a maior diferença da vacina contra HPV para outros imunobiológicos se dá exatamente pela discussão que permeia os temas das moralidades e sexualidades em populações infantis e adolescentes. O par que tal intervenção mobiliza, a educação em sexualidade e a imunização propriamente dita, suscitada pela introdução da vacina, mostra-se como uma ameaça à castidade atribuída à infância e adolescência. Dessa forma, pais e responsáveis mostram-se resistentes em permitir que principalmente suas filhas estejam expostas a discussões sobre essa temática.

A psicóloga Valésia Vilela alerta que infância e pré-adolescência são fases de formação física e psicológica, e que o sexo não é apropriado para a idade. ‘A relação é uma atividade de adulto, que envolve responsabilidade. Fazer sexo nessa idade seria queimar uma etapa’.

Portanto, segundo especialistas, o ideal é abordar com as meninas a necessidade da vacinação ressaltando a importância de se combater doenças futuras, mas entrando em detalhes só se houver mais questionamentos. (O DIA, 2014, p. 1).

Inicialmente o público exclusivo das campanhas de vacinação do MS era feminino, de forma que houve um predomínio da mídia em produzir conteúdos que abordavam a imunização contra o HPV como necessária para a prevenção exclusivamente de CCU em mulheres, sem margem para a referência da possibilidade de ocorrência de outros tipos de câncer (vagina, vulva, ânus, pênis, orofaringe e boca), os quais podem afetar também o público masculino (G1, 2015). Como inicialmente a liberação da vacina foi feita somente para rede privada de saúde, já em 2015 foi possível perceber a veiculação de textos com a opinião de pediatras e infectologistas, os quais traziam conteúdo que relatava a preocupação sobre a

discussão de sexualidade que poderia ser incitada por conta da vacinação de crianças e adolescentes.

Com o lançamento da vacina contra o HPV, muitos pais têm procurado os consultórios dos pediatras com dúvidas sobre o assunto. Isso porque a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a vacina contra o papiloma vírus humano (HPV), a partir dos 9 anos. E muitos acham essa data precoce demais. Para o médico infectologista Marcelo Genofre Vallada, do Hospital Infantil Sabará, a polêmica existe porque alguns pais acham que assim as adolescentes iniciariam sua vida sexual mais cedo, justamente por causa da vacina. (NERINDER, 2018, p. 1).

Há também que se destacar que alguns conteúdos publicados em blogs introduzem e constata a relação entre a imunização contra o HPV e o desconforto em lidar com as sexualidades nessa faixa etária. Contudo, em geral essas publicações apenas citam a relação entre IST, HPV e adolescência, sem buscar iniciar um debate sério sobre o tema.

Pensar sobre a vida sexual dos filhos não é fácil para os pais. É uma questão delicada, de âmbito privado, que gera conflitos familiares, repressão e descontentamento em todos. (CUNHA, 2018, p. 1).

A meu ver, a campanha de imunização contra o HPV para crianças e adolescentes – inicialmente voltada exclusivamente para o público feminino - reproduz e reafirma a capacidade de controle desses corpos por instituições governamentais, que legalizam, instrumentalizam e respaldam esse manejo do corpo feminino. A mensagem passada é que a responsabilidade pela saúde sexual da população está necessariamente associada às mulheres e não aos homens.

Sendo uma IST, essas campanhas também deveriam viabilizar discussões sobre sexualidades de crianças e adolescentes. Contudo, o que se pode observar é que as ações de saúde não foram acompanhadas de intervenções voltadas à educação sexual desse público. Mais grave ainda é o fato de que adolescentes não foram protagonistas nas discussões sobre a vacina, uma vez que em nenhuma das fontes consultadas foi possível identificar como objeto de análise a exposição do entendimento de crianças e adolescentes sobre a vacina em questão. Eles nunca apareceram como fontes para consulta a respeito da iniciativa da vacinação, apenas adultos, pais, especialistas.

Na minha opinião, as campanhas de imunização – especialmente até 2017 - possuem problemas estruturais nas mensagens que comunicam à sociedade. Um deles é a construção do CCU como um “câncer de mulher”, um problema exclusivo da mulher e não algo relacional, responsabilizando assim somente uma parcela da sociedade (as mulheres) pelo seu

controle e prevenção a partir da adesão à vacina. Não houve abordagem de maneira direta do público adolescente sobre as causas para sua ocorrência em mulheres, a partir de IST.

A relevância epidemiológica do CCU em relação a outros agravos que podem ocorrer, quando abordamos a infecção por HPV, por si só seria cabível para justificar a realização de campanhas de imunização. Contudo, a omissão de informações sobre outros agravos a ela relacionados, não oportuniza o debate sobre sexualidade, IST, gênero e desigualdades entre homens e mulheres. Com isso, temas de conteúdo moral permanecem tabus, sem espaço para discussão, fato ainda agravado pela saída das ações de imunização de dentro das escolas públicas a partir de 2016, permanecendo exclusivamente em unidades de saúde²¹. Sabe-se que a escola é um lugar reconhecidamente propício para ações educativas em saúde e sexualidade, no sentido de problematizar preconceitos e paradigmas morais vigentes.

Também entendo como imperativo ressaltar a produção reducionista de materiais oficiais de campanhas (Figura 2), pautada em estereótipos de gênero. A elaboração reproduz conceitos deterministas associados à biologia, que naturalizam padrões de comportamento que subjugam a figura da mulher e a classificam como excessivamente emotiva e irracional.

Uma preocupação recorrente de pais - explicitada através das reportagens de mídia e artigos científicos selecionados, reforçada em discursos de instituições governamentais, seria a possibilidade de um início “precoce” da vida sexual de crianças e adolescentes do sexo feminino (PRAGMATISMO POLÍTICO, 2014; O DIA, 2014; GUARASEMIN; PROSIN, 2014). Essa narrativa pressupõe que exista um consenso sobre o momento moralmente adequado para que essa introdução ocorra, não cabendo à jovem lugar de fala. A preocupação caminha no sentido de coibição e negação de existência da jovem, fato esse que vulnerabiliza esse grupo, dificultando seu acesso ao aprendizado do planejamento reprodutivo, do manejo dos métodos contraceptivos e da vivência da sexualidade no par heterossexual. Esse silêncio aumenta a susceptibilidade de adolescentes à IST, uma vez que a precariedade na educação sexual vulnerabiliza essa população. Seja em relação à possibilidade de escolhas de métodos contraceptivos, ou na naturalização de possíveis casos de violência sexual.

Em seu trabalho de campo, uma etnografia realizada em escola pública de Brasília, Bezerra (2017) discorre sobre a postura de pais diante da sexualidade de filhos jovens, explicitando que praticamente todos somente costumam tocar no assunto do sexo com filhas mulheres dentro de termos científicos. Falar de sexualidade dentro da ótica estrita da ciência é

²¹ Retomo o que foi exposto no tópico 4.3, onde menciono que a implantação da vacina contra o HPV em 2014, foi ofertada em ações nas escolas e unidades de saúde, até a saída da mesma de dentro das escolas, a partir de 2016, ocupando exclusivamente, o espaço das unidades de saúde.

falar do sexo dissociado da vida social e afetiva, das relações sociais entre homens e mulheres, com fins de reprodução ou prevenção de doenças. Louro (2010 *apud* BEZERRA, 2017, p. 193) discorre: “nunca sobre prazer, alegando ser essa uma experiência da vida adulta. A sexualidade é usualmente apresentada em estreita articulação com a família e a reprodução”.

O não reconhecimento dessas jovens mulheres como sujeitos com autonomia leva à transgressão de direitos fundamentais, colocando na mão de pais um poder de censores sobre os conteúdos aos quais suas filhas terão acesso. O não-lugar do debate sobre o assunto cerceia liberdades individuais de adolescentes, tolhendo a autonomia e o poder de decisão enquanto sujeito de direitos do próprio corpo.

Tal posicionamento fragiliza ainda mais a figura da mulher na sociedade, uma vez que muitas vezes, homens da mesma faixa etária são instigados a buscar essas informações. Portanto, a desigualdade relativa ao acesso à informação também se coloca como uma questão de gênero, quando atrelada a essas disputas. Tem sido moral e socialmente aceito que um adolescente/criança do sexo masculino esteja exposto a conteúdos e discussões sobre sexualidade, não desejáveis às moças.

Como Leite (2012, p. 96) expressa: “Ouvi de mais de um entrevistado que os adolescentes são tratados como ‘assexuados’. Não há uma perspectiva de articular a dimensão sexual a outras na vida dos adolescentes”.

Além disso, afirmar a sexualidade na adolescência como objeto de direito suscita a discussão sobre a existência e validação de temáticas como prazer, autonomia, liberdade sexual. Assuntos que se desdobram na construção da cidadania desses indivíduos.

7.1.1 Campanhas de imunização contra o HPV de 2016 e 2018

Em relação ao material institucional coletado, compreendido pelas produções advindas de instituições governamentais, comento sobre o material produzido pelo MS para a divulgação das campanhas de vacinação contra o HPV, nos anos de 2016 e 2018, respectivamente. Considero que eles rendem boas reflexões sobre a abordagem de gênero que se encontra nas concepções oficiais sobre saúde sexual de adolescentes.

Figura 2: Peça gráfica da campanha nacional de vacinação contra o HPV de 2016

#VacinaHPV
/VacinacaoMS
/PNLMS

vacinação
contra o
HPV

PROTEJA O FUTURO
DE QUEM VOCÊ MAIS AMA.

meninas de
9 a 13 anos
devem ser
vacinadas.

A VACINA É A PREVENÇÃO CONTRA O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO.
O HPV pode causar câncer. Para se prevenir, todas as meninas de 9 a 13 anos devem ser vacinadas. Esta faixa etária é ideal para a vacinação, porque o organismo produz 10 vezes mais anticorpos contra o vírus. Mas lembre-se: para se prevenir, é preciso tomar as 2 doses da vacina.

A vacina é segura, eficaz, gratuita e faz parte do Programa Nacional de Imunizações. Fique atenta ao período de vacinação nas escolas ou procure uma unidade de saúde. Leve a caderneta de vacinação.

Associação SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROTEJA O FUTURO

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2016.

Figura 3: Peça gráfica da campanha nacional de vacinação contra o HPV de 2018

[#VacinaoProtege](#)
[/VacinaoHPV](#)
[/VacinaoHPV](#)
[/VacinaoHPV](#)

COMEÇOU A
2ª TEMPORADA
DE VACINAÇÃO CONTRA O HPV.

Verifique a idade certa para tomar a vacina e fique completamente protegido para maratonar em várias outras aventuras.

MENINAS DE 9 A 14 ANOS | MENINOS DE 11 A 14 ANOS

E SE AINDA NÃO TOMOU A 1ª DOSE, VACINE-SE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE. A 2ª DOSE DEVE SER TOMADA 6 MESES APÓS A PRIMEIRA.


 Procure uma unidade de saúde e não se esqueça da cademeta. Acesse saude.gov.br/vacinahpv e saiba mais.



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2018.

A partir do material oficial exposto acima, gostaria de fazer alguns apontamentos, sem contudo, ater-me profundamente na análise dos mesmos – uma vez que entendo a riqueza da

discussão que permeia todo o apelo publicitário das campanhas e o público que pretende atingir – ressaltando apenas aqueles que dialogam com o objeto de estudo.

Inicialmente, ressalto que o público-alvo das campanhas de 2016 e 2018 não foi o mesmo. Na campanha relativa ao ano de 2016 não havia a preocupação em atingir crianças e adolescentes do sexo masculino.

Todavia, ao analisarmos rapidamente a figura 2, o material produzido possui o conteúdo sexista e reprodutor de estereótipos de gênero. Ao trazer uma temática predominantemente na cor rosa, alusiva ao romantismo, e elementos considerados supérfluos e fúteis – que nos remetem à moda, como óculos escuros, ou à cultura pop como celular e música – a peça gráfica associa à figura da criança e adolescente do sexo feminino elementos que se referem a um contexto de sonho, fantasia e encantamento.

Além disso, a única raça/cor representada na peça gráfica não corresponde à diversidade da população brasileira, o que pode se tornar um problema de identificação entre o público pretendido pela campanha.

Também chama atenção o fato do subtítulo da peça gráfica, onde lê-se “proteja quem você mais ama”, aparentemente estar dirigido aos responsáveis – especialmente à figura materna, representada pelo cartaz – das crianças e adolescentes e não aos mesmos. Note-se que a menina está em segundo plano no cartaz, atrás da mãe. Cria-se um problema, a meu ver, uma vez que se objetifica o corpo desses indivíduos como passível de intervenções, sem sua devida ciência e consentimento. A isso, soma-se a figura do adulto responsável, aparecendo à frente da adolescente, como peça chave e primária de uma campanha desenvolvida sobre uma ação invasiva em corpo de outrem.

Por último, não há qualquer menção a IST na parte escrita do cartaz, ou sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres que explique minimamente o HPV e suas implicações, forma de infecção, ou necessidade de acompanhamento ginecológico posterior por meio de exame Papanicolau.

Diferencialmente, na figura 3 pode-se perceber um avanço em relação à representatividade dos adolescentes, pela inclusão de indivíduos do sexo masculino, como também pela diversidade associada à raça/cor. Há um protagonismo centrado na figura dos adolescentes, sem a presença de adultos, diferentemente do que foi retratado na primeira campanha. Contudo, há manutenção de estereótipos de gênero associadas às cores do tema da campanha, predominantemente rosa e azul. Além disso, persiste a carência de informações tanto sobre o HPV, quanto sobre prevenção e tratamento destas infecções.

Torna-se ainda necessário refletir de maneira integral sobre os discursos utilizados na validação de argumentos contrários e favoráveis à vacinação contra HPV, o que farei a seguir.

7.2 A RELAÇÃO ENTRE FÉ, COMPORTAMENTO SEXUAL E SAÚDE

Outra importante categoria de análise que surge no material empírico é a religião. Contextualizar a influência que a religião tem sobre a população brasileira é essencial para relativizar o peso do discurso de líderes religiosos sobre as práticas de saúde da população.

Algumas mães afirmam que, com a vacina, suas filhas “se sentiriam imunizadas e tentariam experimentar o novo”. Uma das defensoras desse ponto de vista seria a pastora e psicanalista Raquel Diniz Jantorno, 38 anos. Mãe de duas meninas atualmente com 10 e 3 anos de idade, ela afirma que não permitirá que as filhas recebam a vacina quando tiverem idade para isso.

– Não tenho nada contra o cuidado do Ministério da Saúde com o povo brasileiro, mas acho que essa vacina é desnecessária. A melhor forma de prevenir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) é a fidelidade no casamento – afirma a pastora.
 – Essa é uma idade em que os hormônios estão à flor da pele e tudo desperta curiosidade. Com a vacina, elas se sentiriam imunizadas e tentariam experimentar o novo – completa. (PRAGMATISMO POLÍTICO, 2014, p. 1).

Também ficou explícita a relação íntima que a religião se coloca junto à moralidade sexual, sendo responsável muitas vezes pela escolha dos pais em não vacinar seus filhos. A “ameaça” do despertar das sexualidades femininas é o principal motivo para alguns grupos de pais optarem pela não vacinação.

Para a mãe, que se diz cristã, também pesa o temor de estimular as filhas a iniciar a vida sexual antes da hora. ‘Eu as ensino que o sexo só deve acontecer após o casamento. Então, se eu permitir que sejam vacinadas pensando numa vida sexualmente ativa antes do casamento, eu estaria indo totalmente contra aquilo que creio e vivo’. (GUARASEMIN; PROSIN, 2015, p. 3).

O entendimento da fé como um fator determinante para a coesão de determinadas sociedades e a ideia de pertencimento a um grupo religioso é essencial para significar atitudes específicas. Fica evidente a necessidade de adequação de certos indivíduos a hábitos praticados por aqueles que o cercam, como forma de identificação a um grupo, que em geral, atua como rede de apoio e de controle moral.

A partir da aproximação sucessiva dos discursos de pais e responsáveis, bem como de educadores e mesmo dos próprios adolescentes e crianças, foi possível inferir que a religião – especialmente as cristãs - aparece como obstáculo na incorporação de ações de saúde, seja a

partir da perspectiva de quem as propõe e desenvolve, ou da perspectiva de quem é usuário dos serviços de saúde.

Mesmo estando evidente a relação entre a moralidade e a religião como o fator mais preponderante para a recusa à vacinação, não pude perceber, a partir do material pesquisado, nenhum tipo de tentativa de aproximação dos órgãos governamentais em relação a um discurso que se mostrasse inclusivo em relação a essa dimensão, a qual constitui o indivíduo como um ser social. É notória a falha do MS em não relacionar ações de saúde com as concepções religiosas existentes na sociedade.

Em declaração ao jornal Tribuna de Petrópolis, frei Antônio Moser, considerou a medida prematura. A vida sexual de meninas e meninos não deve começar aos 11 anos. Abordar de forma tão massiva essa temática é como uma incitação para adiantá-la, diz o religioso. (O DIA, 2014).

Essa negligência por parte do poder público mostra-se crítica, uma vez que o país é sabidamente composto por uma população predominantemente religiosa – e majoritariamente cristã - revelando um afastamento quase total de uma característica que dita as atitudes de uma parcela expressiva de pessoas. Assim, encarar saúde e religião, como aspectos adversos e não relacionais, impossibilita o oferecimento de um cuidado integral em saúde.

O entendimento de que a saúde está num campo que não pode ser compatibilizado com a fé, prejudica o acesso e estimula a disseminação de inverdades, as quais atingem de forma desigual a população e tem desdobramentos negativos potencializados, principalmente entre os mais pobres e vulneráveis.

Apesar de indicada por especialistas em saúde, a campanha nacional de vacinação contra o HPV, lançada pelo governo federal para tentar reduzir a incidência do câncer de colo de útero, vem enfrentando resistência de grupos católicos e evangélicos. Ao defender a castidade como única vacina 100% eficaz contra doenças sexualmente transmissíveis, fiéis propõem, através das redes sociais na internet, o boicote à vacinação. (O DIA, 2014).

Em nenhum momento da pesquisa para esse trabalho, foi encontrado algum documento de qualquer fonte que analisasse a inclusão de discursos de órgãos governamentais em relação à aproximação de religiões como forma de diminuição na recusa à adesão as campanhas de vacinação contra HPV, ou mesmo a proposição de medidas estratégicas voltadas à aproximação da população a partir dessa perspectiva.

O que se pode perceber foi a culpabilização e a utilização do argumento da recusa de alguns grupos religiosos em aderir às campanhas, como obstáculo ao sucesso das mesmas, sem

contudo expor uma análise crítica sobre os reais motivos que levam as pessoas a se utilizarem desse argumento.

A meu ver, a sugestão de que a fé e seus desdobramentos sociais através das religiões e suas práticas são impeditivos para a adesão da população às ações de saúde, configura-se como uma postura incompetente do Estado, no que diz respeito em agir de maneira inclusiva, construtiva e dialogada no cuidado integral em saúde, priorizando mais uma vez uma lógica biomédica, vertical, autoritária e repressora.

Compreender a importância que a religião tem na formação social dos indivíduos significa também descobrir as potencialidades que a aproximação do setor saúde pode atingir a partir da inclusão desse atributo, responsável por pautar o agir social em grande fração da população.

7.3 O ESPAÇO DA ESCOLA

Apesar das ações de imunização contra o HPV terem sido pensadas para ocorrer dentro dos muros das escolas públicas do país, intencionando ampliar o alcance dessa intervenção, não há menção sobre qualquer articulação entre unidades de saúde e escolas, no sentido da promoção de educação sexual destinada a jovens na faixa etária das campanhas ministeriais. Não foi possível também observar nenhuma proposição de como esse assunto deve ser abordado, seja por profissionais da saúde, educadores ou ambos. Assim como também não se colocam sugestões sobre em quais contextos o debate deveria ser realizado.

Dessa forma, o que é exposto resume-se a sugestões sobre possíveis potencialidades que pode haver a partir da articulação entre a utilização ativa do sistema educacional como aliado à promoção de saúde, junto à população, sem, no entanto, discorrer de forma propositiva a fim de operacionalizar tais intervenções.

A coordenadora do Programa Nacional de Imunizações, Carla Domingues, acredita que a escola é o ambiente ideal para orientar as adolescentes sobre a importância de garantir a proteção contra essa doença. 'Desde que foi lançada a campanha em 2014, o Ministério da Saúde aconselha e estimula a participação das escolas. É a melhor estratégia para proteger as meninas. Quando a escola exerce o papel de mediador, o processo de conscientização fica mais fácil. Afinal, é nesse ambiente que elas passam grande parte do dia e estão em contato com os amigos, recebem informações e são instruídas'. (BRASIL, 2016b).

Apesar de ações de imunização terem ocorrido dentro de escolas entre 2015 e 2016, o que se pode constatar é que não foi realizado nenhum tipo de trabalho no sentido de construção de conhecimento sobre o assunto nesses locais. A escola acabou por se tornar apenas uma

estrutura física inerte capaz de abrigar indivíduos que receberiam doses de imunobiológicos, sem a isso agregar nenhum valor educacional.

Além disso, o que de fato pode também ser apreciado foi uma mutação das ações ali ocorridas, perpetuando violências estruturais que ultrapassaram os muros das unidades de saúde e atingiram um lugar que deve ser considerado refúgio para os jovens.

7.3.1 A violência nas ações de saúde e a exclusão de crianças e adolescentes nos debates sobre a vacina contra HPV

Pessoalmente, ao participar de ação de imunização em uma escola pública do município, em 2016, pude constatar as condições autoritárias em que a intervenção se deu.

Meninas de 9 a 11 anos autorizadas pelos pais a vacinar, foram colocadas em fila única, no pátio da escola, em horário de recreio e supervisionadas por professores para não “fugirem” da vacina. O ato era realizado dentro de uma sala, onde entrava uma menina de cada vez e lá encontrava-se um homem (profissional de saúde) que aplicaria a injeção. Também estavam presentes na sala, duas alunas de graduação em Saúde Coletiva, tomando nota sobre a ocorrência dos eventos. Cada menina entrava sozinha, com sua carteira de vacinação na mão e encontrava um ambiente, com três adultos desconhecidos.

Ao perguntar a elas se sabiam o que iria ocorrer lá dentro, muitas me disseram que não. Grande parte entrava chorando, seja por medo do desconhecimento, seja pelo estresse da própria situação.

Me vi acolhendo, orientando e oferecendo colo para muitas delas. A expectativa do lado de fora da sala nas meninas que esperavam sua vez e o estado emocional instável das crianças que saíam da sala criou um ambiente caótico, violento e opressor àquelas crianças.

A ocorrência de situações violentas e repressoras como a descrita acima, mostraram-se propícias para o aparecimento de eventos associados ao estresse e foram atribuídos ao fato de que alguns indivíduos apresentaram sintomas logo após a aplicação do imunobiológico. Entre esses quadros, o que mais causa temor é o de perda de movimentos e sensibilidade especialmente em membros inferiores.

Luana Raiane Barros da Silva, de 12 anos, e Mariana Vitória Freitas da Costa, também de 12 anos, contaram como ficaram, há duas semanas, logo depois de tomar a vacina contra o HPV. Elas estudam em uma escola em São Paulo. Foi lá que elas receberam a vacina

Luana: Cerca de 20 minutos, por aí, e aí eu comecei a passar mal.

Entrevistador: E não conseguia caminhar, não conseguia andar nada?

Mariana: Não.

Luana: Eu comecei a sentir formigar e aí do nada as pernas pararam. Se eu ficasse em pé, nem adiantava, não dava, não dava

Passaram seis dias internadas. Elas não foram as únicas a passar mal. Outra jovem foi internada no hospital com os mesmos sintomas, e outras oito meninas também apresentaram problemas mais leves, como falta de sensibilidade nas pernas, dor de cabeça e tontura.

Mãe da Mariana Um desespero, um monte de criança chorando, se tremendo, dizendo que não estava sentindo as pernas

Mãe de Luana: Aí eu perguntei: ‘O que aconteceu?’ ‘Tomaram a vacina e começaram a cair’ (G1, 2014, p. 1).

O trecho da reportagem acima ilustra uma das ocorrências que causam insegurança na vacinação de crianças e adolescentes. Em casos parecidos, nos quais sintomas similares são observados, já é amplamente conhecido por profissionais de saúde – principalmente os que trabalham em salas de imunização – a “reação de ansiedade pós imunização”, na qual reações emocionais atreladas à estresse, medo e preocupação com a dor da vacina podem levar à apresentação de sintomas físicos agudos.

Ao trabalhar no setor de Imunização, pude presenciar a discussão de casos semelhantes, relacionados à vacina contra HPV e/ou a outros imunobiológicos também. O processo de vigilância de Eventos adversos pós vacinais (EAPV), são detalhadamente investigados e monitorados individualmente. Cada imunobiológico possui uma relação conhecida de sintomas passíveis de ocorrência, sendo alguns desses eventos esperados para imunobiológicos específicos. Por isso, a equipe de saúde é treinada e deve estar sensibilizada para identificar e diagnosticar a ocorrência dos mesmos, sendo apta a descartar aqueles que entendem como sintomas não relacionados à aplicação da vacina.

No processo de identificação de um EAPV, são discutidas as condições individuais em que a vacina foi aplicada, o estado geral de saúde do paciente, a relação de sintomas esperados para o imunobiológico e também o estado geral de percepção da pessoa frente ao ato de vacinar (busca-se saber se o paciente estava nervoso, com medo ou estressado), pois são fatores que poderiam descartar um EAPV e associar o aparecimento de sintomas à outras causas (biológicas, emocionais, ou erros de conduta de aplicação por profissionais de saúde).

Em adolescentes, e especialmente em relação à vacina contra o HPV, o estado emocional do paciente é sempre levado em consideração, uma vez que geralmente, a vacina é aplicada de maneira autoritária pelos pais, sem a devida orientação dos menores sobre o processo que está se desenvolvendo. Por conta da faixa etária e a capacidade cognitiva desses

indivíduos, este processo verticalizado, mostra-se estressante e causa ansiedade em muitos jovens.

O fenômeno grupal descrito no trecho da reportagem, pode ser observado em diversas ocasiões. Enfermeiras da área de imunização relataram ser frequente essa ocorrência principalmente quando as ações de imunização se davam em escolas, por conta do efeito grupal observado. Segundo depoimento:

“Quando uma desmaia, você já sabe que várias vão desmaiar” (Enfermeira de sala de vacina, 2016).

Atribuíram isso ao contexto em que as intervenções ocorriam e associavam ao perfil “histérico” de adolescentes do sexo feminino, referindo que em meninos o mesmo dificilmente era observado.

A reflexão que proponho aqui, ao explicitar a ocorrência desse tipo de evento se dá em um primeiro momento a partir do questionamento da dita “sensibilização” desses profissionais de saúde. Entendo-os como capacitados para identificar e validar a importância do estado emocional de indivíduos, como fator motivador à ocorrência de quadros sintomáticos. Ao mesmo tempo, parecem não reconhecer a disparidade no tratamento ofertado, inclinado a reproduzir estereótipos de gênero que inferiorizam mulheres.

Como segundo ponto, questiono o real entendimento dos profissionais de saúde acerca da imunização contra o HPV. A partir da análise dos posicionamentos encontrados nos documentos selecionados para este trabalho, ficou explícita a intenção por parte desses em proteger exclusivamente o “corpo físico”²² desses jovens, sem levar em consideração a construção conjunta do bem estar desse indivíduo. Assim, preocupa-me a falta de capacitação e sensibilização desses profissionais em atuar de maneira integral junto a essa população, restringindo a saúde à ausência de doença e não objetivando o alcance de um bem estar mais amplo.

Como terceiro ponto, entendo como essencial atentar ao fato de que tanto os profissionais da saúde, como profissionais de educação não atuaram de forma integrada. Ou seja, reitero a necessidade de integração dos setores saúde e educação na prática do ser-cuidar. O entendimento de que os setores precisam operacionalizar intervenções complementares e em conjunto a meu ver é a única forma de se obter resultados consistentes e duradouros, junto aos jovens e às famílias.

²² Aqui utilizo essa expressão ao me referir a uma concepção de corpo, adotada no modelo biomédico, o qual prioriza as possíveis implicações bioquímicas que microorganismos podem causar.

Em consonância a essa lógica, a escola deve ser a extensão da unidade de saúde dentro dos territórios, sendo responsável por consolidar, promover, monitorar e multiplicar o conhecimento. O acompanhamento da rotina dos jovens e a materialização de desigualdades e possíveis ocorrências que afetam a saúde da população, encontram na escola, espaço para serem abordados, debatidos e construídas soluções. Assim, esse torna-se um espaço estratégico na formação de cidadãos capacitados a criticar e modificar situações de desequilíbrio.

A interpretação que faço da forma como a escola aparece retratada nos documentos estudados a coloca em um papel de grande disseminadora e mantenedora das ideias obsoletas em relação às identidades pessoais e ação de mulheres e homens, bem como falha em cumprir seu papel de protetora do melhor interesse dos jovens, uma vez que se abstém da discussão, formação e construção de espaços sobre educação em sexualidade e gênero.

O Brasil é reconhecido por seus bons programas de vacinação. Derrapa na imunização contra HPV por algumas razões particulares: uma mistura de desinformação, medo – que afeta adolescente, pais e médicos – e por uma dificuldade, já admitida pelo governo brasileiro, de dialogar com um público jovem, tradicionalmente difícil de vacinar. (CISCATI, 2017, p. 1).

Além disso, gostaria de pontuar que foi possível observar que as ações ocorridas encontravam-se centradas no desejo e convicção de controle dos pais sob o corpo dos filhos – a partir da argumentação fundamentada no poder familiar - , sem ter sido possível observar nenhuma publicação ou comentário à respeito da consulta aos jovens, consentimento, ou mesmo a preocupação em desenvolver ações educativas em relação à imunização como forma de prevenção de doenças graves, estando eles marginalizados da discussão.

[...] encontrei o entendimento de que, de alguma forma, a sociedade não rompeu com uma visão das crianças e adolescentes como objetos dos interesses e desmandos dos adultos. Persiste certo ‘ranço menorista’, baseado na lógica da criança coitada, ou da criança perigosa, vítima ou algoz, não sujeito de direitos. (LEITE, 2012, p. 93).

Soma-se a isso a dificuldade de professores-educadores validarem as crianças e adolescentes como detentores de autonomia e capazes de escolher e decidir sobre certas perspectivas individuais. A premissa de colocar crianças e adolescentes, em papel de vulnerabilidade e incapazes de se proteger e responder por si, abre espaço para a invisibilidade quase completa de suas considerações sobre determinados assuntos. Colocando-os em papel de sujeitos à aprovação de indivíduos outros, considerados socialmente aptos a decidir e determinar aquilo que deve ser feito.

[...] ainda há, mesmo entre os educadores, uma "duvidazinha" se o adolescente é realmente capaz. Os adolescentes são tidos como 'os vacilões'. 'Existe ainda uma dúvida se realmente se pode acreditar neles, apostar que não vão vacilar'. A percepção dos adolescentes como 'vacilões' me acompanhou e se tornou base para um conjunto de reflexões, pois essas concepções se refletem nas políticas, programas e projetos desenvolvidos. Inclusive reflexões ligadas à ideia de proteção integral, que é outra premissa do novo marco legal. Pois, de que proteção se está falando no campo de garantia de direitos de crianças e adolescentes? Do cuidado que estimula o desenvolvimento do outro, ou do controle das ações do outro, no qual não confiamos muito? Em nome da necessidade de proteção, muito controle tem se produzido e se generalizado como legítimo. (LEITE, 2012, p. 93).

A conclusão que pude tirar foi de que o desvirtuamento do papel da escola mostrou-se como prejudicial para o público das campanhas de imunização, uma vez que o mesmo foi privado de um espaço voltado para o conhecimento. Entendo que ainda que exista uma má utilização desse espaço, ocupá-lo enquanto estratégia de alcance à população é indispensável na construção de indivíduos autônomos e críticos sobre seu próprio corpo e bem-estar.

A meu ver, a escola enquanto instituição formadora de cidadãos encontra-se em um limbo, caracterizado pela dualidade *autonomia versus tutela* sobre jovens, cuja responsabilidade de formação acadêmica e social não é competentemente operacionalizada pelo Estado. Assim, a instituição ocupa um lugar de mediadora de conflitos existentes entre a sociedade civil – de pais e responsáveis que demandam uma formação pautada em seus hábitos e culturas – e o bem-estar desses jovens.

Portanto, é imperativo que a política de educação assuma essa pauta, reivindicando a responsabilidade e colocando esse público como protagonista nos debates e construções de intervenções. A escuta e acolhimento ao jovem, por parte de instituições governamentais, é fundamental. Falta a quebra de uma lógica verticalizadora nas ações de saúde e a instituição de estratégias horizontais mais participativas.

A partir de 2016, com a mudança e consolidação permanente das ações de vacinação ocorrendo exclusivamente dentro de unidades de saúde, pode-se observar um decréscimo na adesão às campanhas. Apesar do caráter precário em que as intervenções ocorriam, Rosana Richtmann (2018), médica do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, em acordo com a posição de diversos especialistas, em depoimento à rede BBC declara que enquanto a vacinação não voltar para dentro da escola, não haverá aumento da cobertura vacinal, corroborando a necessidade de investimento no debate e planejamento sobre ações de saúde que tenham apoio do setor de educação (BBC, 2018).

Existe também barreiras, em relação à desconfiança de pais e responsáveis sobre a própria composição do imunobiológico. Essas expõem temores associados à escassez ou falta de informações sobre a segurança do composto, bem como os eventos que podem sucedê-lo.

7.4 DESCONFIANÇA DOS PAIS SOBRE A VACINA CONTRA HPV

A desconfiança dos discursos utilizados pelo governo, e a falta de credibilidade junto à uma grande parcela da população mostrou-se como motivo para o questionamento sobre as intervenções de saúde propostas contra o HPV. Muitos responsáveis citam que há um “discurso hipersexualizador” para crianças e adolescentes, fomentado pelo estado a partir da educação sexual, e que isso vai de encontro aos valores familiares, fato esse que os leva a entender a imunização contra o HPV como um meio de propaganda de imoralidades.

Dentre as principais preocupações expostas em relação à vacina contra o HPV, destacam-se:

- Risco de toxicidade do imunobiológico – muitos indivíduos acreditam que existam substâncias, entre os componentes da vacina contra o HPV, cuja apresentação esteja em conformação tóxica (como por exemplo, mercúrio, chumbo e alumínio), podendo levar à ocorrência de eventos graves e/ou irreversíveis. Além disso, há a crença de que tais substâncias, na forma como estão apresentadas no imunobiológico, seriam responsáveis por graves lesões em órgãos como rins, fígado, intestinos e cérebro.
- O interesse exclusivamente mercadológico das indústrias farmacêuticas – atribui-se a indústria farmacêutica uma faceta perversa no que diz respeito à produção de vacinas. Os indivíduos demonstram confiança em teorias da conspiração sobre a validade das vacinas, bem como a manipulação da imprensa sobre mortes de pesquisadores em represálias à poderosos da indústria, pela divulgação de resultados contrários aqueles que corroboram a eficácia dos imunobiológicos.

Na internet, especialmente nas redes sociais como o Facebook, as pessoas se sentem protegidas pelo anonimato e pela distância física para emitir opiniões e tecer comentários dos mais diversos conteúdos. A partir do que foi observado nos grupos fechados nas redes sociais, pode-se inferir que nesses espaços são divulgadas experiências individuais, filmes e matérias veiculadas por mídias digitais. Também são expostas “dicas” para burlar a justiça brasileira, para casos em que pais que não vacinaram seus filhos e foram denunciados à justiça consigam escapar dos acionamentos legais. Além disso, são partilhadas orientações sobre falsificação da caderneta vacinal obrigatória de menores de idade, como recurso para evitar represálias de órgãos responsáveis.

Notícias falsas compartilhadas rapidamente fomentam a sensação de insegurança entre pais e responsáveis e toma proporções gigantescas capazes de afetar a adesão à campanha de imunização.

Só permitiria a vacinação se tivesse certeza total de que nada ocorreria. No posto não há condições de socorrerem alguém. Vou conversar com minha médica ginecologista e esperar um tempo. Se não surgir nenhum caso negativo, posso até voltar atrás. Várias amiguinhas dela também não vão tomar. (GUARASEMIN; PROSIN, 2015).

Apesar de já ser hábito desmentir o conteúdo falso através de notas e/ou declarações oficiais, órgãos como a ONU, OPAS, MS vem evoluindo na divulgação de material visual de fácil entendimento, intencionando atingir públicos cada vez mais diversos. O objetivo é “competir” com mídias que tem um apelo enorme nessa era digital.

Mães entendem que, em termos de saúde pública, um possível caso de efeito colateral grave diante de centenas de aplicações da vacina tem pouca importância em termos de saúde pública. Mas quando essa minoria inclui uma filha, que poderia ter evitado o câncer de colo de útero com exames regulares de Papanicolau e o tratamento adequado de eventuais lesões, termos como "estatisticamente irrelevante" deixam de fazer sentido. (GUARASEMIN; PROSIN, 2015).

O que pude perceber a partir da análise do material, foi que apesar da identificação da existência desse tipo de conteúdo, o combate ao mesmo ainda se mostra tímido e não consegue alcançar seu propósito.

Em relação aos motivos que impedem esse cenário, não me coloco aqui a conjecturar sobre, pois entendo essa análise como complexa e multifatorial, sendo necessário um aprofundamento maior sobre temas que não me debrucei.

De toda forma, em relação à desconfiança dos adultos sobre a vacina contra HPV, entendo que influências globais que remetem ao movimento antivacinação, suscitado pelo já exposto estudo de Andrew Wakefield e a publicação de conteúdos em periódicos de grande relevância no meio acadêmico, atuam como propulsores desse levantamento de hipóteses por pais e responsáveis.

Entendo essa desconfiança também, não como um fator isolado, mas contribuinte na construção da argumentação de pais e responsáveis que escolhem pela não imunização de seus filhos.

Em minhas observações, tais desconfianças nunca foram justificativas primárias, mas talvez sejam as mais racionalizadas entre as pessoas. O que quero dizer é que as dimensões religiosas, preconceituosas e morais, são entendidas de maneira diferente das desconfianças

pautadas em “argumentos científicos”. Em geral, os indivíduos entendem as primeiras como inerentes ao ser humano, e não construções sociais, enquanto a argumentação científica serve como fundamento pautado numa racionalidade, aceita como verdade absoluta, socialmente.

É como se a argumentação pautada na fé, nas moralidades e no sexo biológico pudessem ser julgadas socialmente, enquanto a validação da lógica científica, não pudesse em sua essência ser questionada.

Assim, trouxe esse tópico, como a consolidação da argumentação que venho propondo ao longo desse trabalho, de como a ciência tem seu lugar de privilégio na construção de discursos sobre a saúde.

Em todas as vezes que pais, responsáveis, educadores, profissionais de saúde, se sentiam inseguros sobre sua própria ignorância, seja acerca do HPV, da vacina, preconceitos, moralidades ou o que quer que fosse, a ciência era invocada como argumento definidor de posicionamento, seja para o lado da adesão, ou não.

8 CONCLUSÃO

Em suma, o que se pode observar foi que a vulnerabilidade, por conta da faixa etária, as moralidades e os estigmas associados à discussão sobre IST foram fatores responsáveis pela repressão de debates entre os principais interessados na temática, os jovens. Assim, quando dedico esse trabalho à exposição de discursos sobre o debate público acerca da imunização contra o HPV, o lugar de fala acabou sendo de uma sociedade adulta, fora da faixa etária para a qual a vacina foi preconizada.

Entendo que esse “silêncio” - observado pela falta de espaço de protagonismo sobre um procedimento realizado em corpos de indivíduos menores de idade – em todos os materiais levantados e observados, talvez seja o maior indicador de que o planejamento e implantação da política objetivava somente a dimensão biomédica do cuidado, sem validar a importância da inclusão de perspectivas sociais no alcance da saúde.

No decorrer deste trabalho pude identificar três nós críticos principais. O primeiro diz respeito a não transposição de moralidades e a inexistência da discussão sobre sexualidades de adolescentes e crianças, de forma transparente, honesta e natural. O segundo diz respeito ao não alcance e validação desses indivíduos como sujeitos de direito e protagonistas, autônomos e empoderados sobre seus próprios corpos. O terceiro, talvez o mais grave, se dá a partir da não identificação de componentes sociais como raça/cor, gênero, perfil socio-econômico, religião etc. na construção do cuidado e bem-estar.

Como potencialidade, aponto a singularidade do ambiente escolar como essencial na estruturação da figura da criança e adolescente e da expressão de sua cidadania.

Como Sanitarista acredito que a maior contribuição dessa discussão seja a possibilidade de expor a relação íntima entre as ciências sociais e humanas e as ciências biomédicas, como inter-relacionais e necessárias na produção de cuidado à população. O atravessamento das questões relativas às desigualdades de gênero atravessam todas as categorias de análise e prejudicam o cuidado integral em saúde.

REFERÊNCIAS

- BARBIERI, Carolina Luísa Alves. **Cuidado Infantil e (não) vacinação no contexto de famílias de camadas médias em São Paulo /SP**. 2014. 224 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02122014-164155/pt-br.php>. Acesso em: 24 out. 2018
- BEZERRA, Natália Almeida. **Quando a vacina entra na escola**. 2017. 223 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia social) - Instituto de ciências sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/23731>. Acesso em: 22 nov. 2018
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 62-SEI/2017-CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. 2017a. Orienta os serviços de vacinação para a otimização do uso da Vacina HPV Quadrivalente, com ampliação temporária da faixa etária. Disponível em: www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/08/NOTA-INFORMATIVA-Nº-62.pdf. Acesso em: 28 set 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 311, de 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. 2016a. Informa as mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2017. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/nota-informativa-311.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Portaria nº 54, de 18 de novembro de 2013. Torna pública a decisão incorporar a vacina quadrivalente contra HPV na prevenção do câncer de colo do útero no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 nov. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2013/prt0054_18_11_2013.html. Acesso em: 28 set. 2018.
- BRASIL. Portaria nº 1.498, de 19 de julho de 2013. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 105, 20 jul. 2013c. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/sismob2/pdf/programa-imunizacao/PORTARIA-1498-DE-19-DE-JULHO-DE-2013.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.
- BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Lei Federal. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-66, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 24 out. 2018

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 29 ago. 2018.

BRASIL. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 10731, 13 ago.1976. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78231-12-agosto-1976-427054-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 27 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 out. 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6259.htm. Acesso em: 27 set. 2018.

CAIRUS, Henrique F. Ares, águas e lugares. *In*: CAIRUS, Henrique F.; RIBEIRO JÚNIOR, Wilson A. **Textos hipocráticos**: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 91-129. (Coleção História e Saúde). Disponível em: <http://books.scielo.org/id/9n2wg>. Acesso em: 27 set. 2018.

CARRARA, Sergio *et al.* **Curso de especialização em gênero e sexualidade**. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2010. v. 2. Unidade I, p.12-43 e Unidade II, p. 45-69.

CARVALHO, Carolina Abreu; OLIVEIRA PINHO, Judith Rafaelle; GARCIA, Paola Trindade. **Epidemiologia**: conceitos e aplicabilidade no Sistema Único de Saúde. São Luís: EDUFMA, 2017. 96 p. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_epidemiologia01.pdf. Acesso em: 18 ago. 2018.

CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS – CBCD. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. 10. ed. versão 2008. v. 1. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 24 set. 2018.

DALLARI, Sueli Gadolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. Os princípios constitucionais do direito à saúde. *In*: DALLARI, Sueli Gadolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010. cap. 2, p. 64-76.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. 301 p.

LIMA, Telma Cristiane Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **A Revista Katálysis**, v. 10, n. esp, p. 37-45, abr. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802007000300004>. Acesso em: 18 ago. 2018.

LOWY, Ilana. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 1, n. 1, p. 7-18, out. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a03v01n1.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

LYRA FILHO, Roberto. Direito e lei. In: LYRA FILHO, Roberto. **O que é direito**. 11. ed. São Paulo: Brasiliense, 2017. cap. 1, p. 3-6.

MEDRONHO, Roberto de Andrade *et al.* (org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685 p.

MINAYO, Maria Cecília Souza. O desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. cap. 1, p. 9-30.

OMRAN, Abdel R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731-757, dez. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/>. Acesso em: 18 ago. 2018.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, Ilse Maria (org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006. cap. 3, p. 76-97.

SANTANA, Thiago Martins; GONÇALVES, Cainan Pisco. **Ensino superior à distância no Brasil**. 2017. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Tecnológica em Gestão da Tecnologia da Informação) - Escola Superior Da Tecnologia Da Informação, INFNET, Rio de Janeiro, 2017.

SANTOS, Amanda Bartolomeu. **A incorporação da vacina HPV no SUS: práticas de estado, conhecimentos científicos e produção de diferença sexual nos documentos da implantação da política de saúde**. 2017. 122 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/170421>. Acesso em: 22 nov. 2018.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul. 1990. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoe realidade/article/view/71721>. Acesso em: 29 out. 2018.

ZELENOVSKY, Maria Antônia Ferraz. O Tribunal de Contas da União e os Conselhos de Saúde: possibilidades de cooperação nas ações de controle: Saúde como direito fundamental. In: COSTA, Alexandre Bernardino *et al.* (org.). **O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: Unb, 2009. v. 4, cap. 2, p. 336-337.

ANEXOS

ANEXO A – DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha: Vacinação HPV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/vacinahpv/>. Acesso em: 21 nov. 2018.

BRASIL. Governo Federal. **Brasil é referência mundial em produção de vacinas**. Brasília: Governo Federal, 2017b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/09/brasil-e-referencia-mundial-em-producao-de-vacinas>. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3. ed. Brasília: Ascom, 2001. 72 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/manu_normas_vac.pdf. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o programa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/sobre-o-programa>. Acesso em: 24 out. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011. cap. 1, p. 21-22. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf. Acesso em: 18 ago. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estadramento**. Rio de Janeiro: INCA, 2018a. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54. Acesso em: 18 ago. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017. 126 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **HPV e câncer**: Perguntas mais frequentes. Rio de Janeiro: INCA, 2018b. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/hpv-cancer-perguntas-mais-frequentes. Acesso em: 18 ago. 2018.

ANEXO B – DOCUMENTOS DE MÍDIA

BRASIL. Vacinar contra o HPV na escola é uma estratégia de sucesso. **Blog da Saúde**, 2016b. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/51186-vacinar-contr-o-hpv-na-escola-e-uma-estrategia-de-sucesso>. Acesso em: 29 out. 2018.

BBC. HPV: por que vacinação de adolescentes contra vírus de transmissão sexual que causa câncer não avança no Brasil. **G1, Bem Estar**, 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2018/07/18/hpv-por-que-vacinacao-de-adolescentes-contr-virus-de-transmissao-sexual-que-causa-cancer-nao-avanca-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 29 out. 2018.

CISCATI, Rafael. O que deu errado com a vacina contra HPV? **Revista Época**, 2017. Disponível em: <https://epoca.globo.com/saude/check-up/noticia/2017/08/o-que-deu-errado-com-vacina-contr-hpv.html>. Acesso em: 24 out. 2018.

CUNHA, Fabíola. Por que vacinar os filhos contra o vírus do HPV? **R7, Nada Frágil**, 2018. Disponível em: <https://nadafragil.com.br/por-que-vacinar-contr-o-virus-do-hpv/>. Acesso em: 29 out. 2018.

FANTÁSTICO. Governo e os médicos garantem: a vacina contra HPV é segura. **G1**, 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/09/governo-e-os-medicos-garantem-vacina-contr-hpv-e-segura.html>. Acesso em: 29 out. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Bio-Manguinhos. **Em nome dos filhos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/noticias/1523-em-nome-dos-filhos?tmpl=component&print=1&page=>. Acesso em: 24 out. 2018.

GUARASEMIN, Cármen; PROSIN, Tatiana. Pais compartilham receio e críticas contra a vacina do HPV no Facebook. **UOL**, 2015. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1gSnwsGZNG6IMvgMjG0cCDHp3JM4xB13l/view>. Acesso em: 29 out. 2018.

IDOETA, Paula Adamo. A história que deu origem ao mito da ligação entre vacinas e autismo. **BBC News Brasil**. 2017. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-40663622>. Acesso em: 14 out. 2018.

MÃES evangélicas boicotam vacinação de filhas contra HPV. **Pragmatismo Político**, 2014. Disponível em: <https://www.pragmatismopolitico.com.br/2014/03/maes-evangelicas-boicotam-vacinacao-de-filhas-contr-hpv.html>. Acesso em: 29 out. 2018

NERINDER, Paula N. Vacina contra o vírus HPV a partir dos 9 anos de idade. **Santa Catarina 24h**, c2018. Disponível em: <http://www.santacatarina24horas.com/editorias/saude/11112-vacina-contr-o-virus-hpv-a-partir-dos-9-anos-de-idade.html>. Acesso em: 29 out. 2018.

SUS passa a oferecer vacina de HPV para meninas de 9 a 11 anos. **G1, Bem estar**, 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/03/sus-passa-oferecer-vacina-de-hpv-para-meninas-de-9-11-anos.html>. Acesso em: 29 out. 2018.

VACINA para meninas: polêmica. **O DIA**, 2014. Disponível em: https://odia.ig.com.br/_conteudo/noticia/mundoeciencia/2014-03-09/vacina-para-meninas-polemica.html. Acesso em: 29 out. 2018.

ANEXO C – DOCUMENTOS ACADÊMICOS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancerfacts & figures 2017**. Atlanta: American Cancer Society, 2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

BARBIERI, Carolina Luisa Alves; COUTO, Márcia Thereza; AITH, Fernando Mussa Abujamra. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. e00173315, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00173315.pdf>. Acesso em: 14 out. 2018.

BEREZIN, Mabel; EADS, Alicia. Risk is for the rich? Childhood vaccination resistance and a Culture of Health. **Social Science & Medicine**, v. 165, p. 233-245, set. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795361630363X>. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HPV: sintomas, causas, prevenção e tratamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hpv>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CHEHUEN NETO, José Antonio *et al.* Atitudes dos pais diante da vacinação de suas filhas contra o HPV na prevenção do câncer de colo do útero. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 248-251, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-248.pdf>. Acesso em: 24 out. 2018.

FERLAY, J. *et al.* **Cancer incidence and mortality worldwide**. Lyon, France: IARC, 2013. (IARC Cancer Base, 11). Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em: 24 out. 2018.

IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Autonomia individual vs. proteção coletiva: a não-vacinação infantil entre camadas de maior renda/escolaridade como desafio para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00012717.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

LEITE, Vanessa. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. **Psicologia Clínica**, v. 24, n. 1, p. 89-103, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v24n1/07.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.