REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO À VACINAÇÃO CONTRA O PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM MULHERES ADULTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO HUMAN PAPILLOMAVIRUS VACCINATION AMONG ADULT WOMEN IN PRIMARY CARE

Ciências da Saúde • 11/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794209800

Crislane Pereira de Freitas[1]

Fabíola Félix dos Santos[2]

Janilson da Silva Rodrigues[3]

Joyce Nayara Silva da Conceição[4]

Jiovania Barbosa Maklouf de Oliveira[5]

Francijara Araújo da Silva[6]

RESUMO

O papilomavírus humano (HPV) é o principal agente causal do câncer do colo do útero, cuja mortalidade recai sobretudo sobre mulheres adultas no Brasil, com destaque para a Região Norte. Embora a vacinação seja a principal estratégia de prevenção primária, a oferta de rotina no Sistema Único de Saúde (SUS) concentra-se em crianças, adolescentes e grupos prioritários. Este estudo objetivou analisar os fatores associados à adesão à vacinação contra o HPV entre mulheres adultas, com ênfase no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com busca de estudos publicados entre 2014 e 2025 nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS e SciELO, complementada pelo Google Acadêmico. Seis estudos compuseram a amostra. Os achados indicam baixa cobertura vacinal em contraste com baixa hesitação (5,97% em inquérito nacional). Os principais obstáculos foram o desconhecimento sobre o vírus e a vacina, a restrição etária da oferta gratuita, a ausência de recomendação profissional, o custo na rede privada e as desigualdades socioeconômicas. Entre universitárias, idade inferior a 21 anos e estrato socioeconômico mais elevado associaram-se a maior vacinação. Nenhum estudo avaliou especificamente mulheres adultas atendidas na APS, e a evidência é predominantemente transversal. Conclui-se que a baixa adesão parece decorrer mais de barreiras informacionais, econômicas e de acesso do que de recusa, o que atribui à APS um papel potencial na educação em saúde, na identificação de mulheres elegíveis e na articulação entre vacinação e rastreamento citopatológico.

Palavras-chave: HPV; Vacinação; Adesão vacinal; Atenção Primária à Saúde; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Human papillomavirus (HPV) is the primary causative agent of

cervical cancer, whose mortality burden falls mainly on adult women in Brazil, especially in the North region. Although vaccination is the main primary prevention strategy, routine provision within the Unified Health System (SUS) is focused on children, adolescents, and priority groups. This study aimed to analyze factors associated with HPV vaccination uptake among adult women, with emphasis on the Primary Health Care (PHC) setting. It is an integrative literature review of studies published between 2014 and 2025, searched in PubMed/MEDLINE, LILACS, and SciELO, complemented by Google Scholar. Six studies comprised the sample. Findings indicate low vaccination coverage despite low vaccine hesitancy (5.97% in a national survey). The main obstacles were lack of knowledge about the virus and the vaccine, age restrictions on free provision, absence of professional recommendation, cost in the private sector, and socioeconomic inequalities. Among university students, age under 21 and higher socioeconomic stratum were associated with greater vaccination. No study specifically assessed adult women in PHC, and the evidence is predominantly cross-sectional. It is concluded that low uptake appears to stem more from informational, economic, and access barriers than from refusal, which suggests a potential role for PHC in health education, identification of eligible women, and integration of vaccination with cytopathological screening.
Keywords: HPV; Vaccination; Vaccine uptake; Primary Health Care; Women's health.

1. INTRODUÇÃO

O papilomavírus humano (HPV) é considerado a infecção sexualmente transmissível mais frequente no mundo (Kombe Kombe *et al.,* 2021), representando um importante desafio para a saúde pública. Atualmente, são conhecidos mais de 200 tipos do

vírus, que apresentam diferentes níveis de risco à saúde. Enquanto alguns são classificados como de baixo risco e podem provocar verrugas genitais, outros possuem alto potencial oncogênico e estão relacionados ao desenvolvimento de cânceres no colo do útero, vulva, vagina, ânus, pênis, boca e garganta (INCA, 2026).

O câncer do colo do útero continua sendo um importante problema de saúde pública em todo o mundo, especialmente nos países com menores níveis de desenvolvimento. Em 2022, foram registrados aproximadamente 660 mil casos novos e 350 mil mortes pela doença (Bray *et al.,* 2024). No Brasil, esse tipo de câncer ocupa a terceira posição entre os mais incidentes na população feminina, com estimativa de 19.310 casos novos por ano no período de 2026 a 2028. Além disso, representa a quarta principal causa de morte por câncer entre as mulheres, tendo sido responsável por 7.209 óbitos em 2023 (INCA, 2026).

A distribuição da doença no país apresenta diferenças importantes entre as regiões, sendo a Região Norte a mais afetada, com as maiores taxas de incidência e mortalidade. Nessa região, o câncer do colo do útero ocupa o primeiro lugar entre as causas de morte por câncer na população feminina. No Amazonas, são estimados 620 casos novos por ano, correspondendo a uma taxa bruta de 28,57 casos por 100 mil mulheres. O estado também apresenta a segunda maior taxa ajustada de mortalidade do Brasil, com 13,47 óbitos por 100 mil mulheres, ficando atrás apenas do Acre (INCA, 2026). Em relação à faixa etária, a doença é pouco frequente antes dos 30 anos, enquanto a maior parte das mortes ocorre após os 45 anos, evidenciando seu impacto principalmente sobre as mulheres adultas (INCA, 2026).

A prevenção do câncer do colo do útero envolve diferentes medidas, entre as quais se destacam a vacinação contra o HPV, o rastreamento e o tratamento das lesões precursoras. A vacina é considerada uma das principais estratégias de prevenção, pois apresenta um perfil de segurança favorável e elevada eficácia na proteção contra os tipos do vírus associados ao desenvolvimento de câncer (Gupta; Glueck; Patel, 2017; Yousefi *et al.,* 2022).

Em 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou suas recomendações, passando a admitir esquemas de uma ou duas doses para pessoas de 9 a 20 anos e de duas doses para mulheres a partir dos 21 anos. Para pessoas imunocomprometidas, recomenda-se atenção especial ao esquema vacinal, enquanto a ampliação da vacinação para mulheres de faixas etárias mais elevadas pode ser considerada conforme as condições e possibilidades de cada país (WHO, 2022).

No Brasil, a vacinação contra o HPV passou a fazer parte do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 2014. Desde então, o público contemplado foi ampliado gradualmente, passando a incluir, em 2022, meninas e meninos de 9 a 14 anos (INCA, 2026). Em 2024, o Ministério da Saúde adotou o esquema de dose única para essa faixa etária, além de estabelecer estratégias para alcançar adolescentes que ainda não haviam sido vacinados (BRASIL, 2024).

A vacinação também é disponibilizada para grupos específicos, como pessoas imunocomprometidas, vítimas de violência sexual, indivíduos com papilomatose respiratória recorrente e usuários de profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (INCA, 2026). Apesar desses avanços, a oferta de rotina no Sistema Único de Saúde (SUS)

permanece concentrada em crianças e adolescentes, fazendo com que grande parte das mulheres adultas não esteja contemplada pela vacinação, exceto aquelas que se enquadram nos grupos prioritários.

Embora a vacina contra o HPV seja oferecida gratuitamente pelo SUS, a cobertura vacinal ainda não alcançou os níveis desejados. Entre as meninas de 9 a 14 anos, a cobertura da primeira dose passou de 87,08% em 2019 para 75,81% em 2022 (BRASIL, 2023a). Em 2024, houve uma recuperação, chegando a 83%, mas o percentual permaneceu abaixo da meta de 90%, alcançada por apenas oito unidades da federação (INCA, 2026). Entre os fatores que podem contribuir para esse cenário está a hesitação vacinal, caracterizada pelo adiamento ou pela recusa da vacinação, mesmo quando os serviços estão disponíveis (Macdonald; Sage Working Group On Vaccine Hesitancy, 2015).

Embora a vacinação contra o HPV represente um importante avanço na prevenção do câncer do colo do útero, seus efeitos sobre a redução da incidência da doença na população serão observados de forma mais ampla ao longo dos anos, à medida que as gerações vacinadas alcancem as faixas etárias de maior risco. Nesse cenário, o rastreamento e a identificação precoce de lesões precursoras permanecem fundamentais, especialmente para as mulheres que não foram vacinadas (INCA, 2026). Considerando que grande parte das mulheres adultas não está contemplada pela vacinação de rotina no SUS, torna-se necessário compreender os fatores que podem influenciar sua adesão à vacina.

Apesar da relevância do tema, as pesquisas sobre vacinação contra o HPV têm se concentrado principalmente em adolescentes e seus

responsáveis, sendo ainda limitada a produção científica voltada às mulheres adultas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS). Essa lacuna reforça a importância de investigar não apenas o conhecimento dessas mulheres sobre a vacina, mas também as dificuldades, percepções e condições que podem interferir na decisão de se vacinar.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar os fatores associados à adesão à vacinação contra o HPV entre mulheres adultas atendidas na Atenção Primária à Saúde, identificando os aspectos individuais, sociais e relacionados aos serviços de saúde que podem favorecer ou dificultar a vacinação.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse método permite reunir, analisar e sintetizar conhecimentos produzidos acerca dos fatores associados à adesão à vacinação contra o HPV em mulheres adultas no contexto da Atenção Primária à Saúde.

2.2. Período e Estratégia de Busca

Foram considerados estudos publicados entre 2014 e 2025. A escolha desse período teve como referência a incorporação da vacina contra o HPV ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil, em 2014, bem como a ampliação das políticas e estratégias de vacinação ao longo dos anos seguintes. Esse recorte temporal permite reunir evidências produzidas em diferentes momentos da implementação da vacinação, contribuindo para a compreensão dos fatores relacionados à adesão entre mulheres adultas.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), além do Google Acadêmico como fonte complementar. Para a elaboração das estratégias de busca, foram utilizados descritores controlados, consultados nos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), associados a termos livres relacionados ao tema. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, com adaptações conforme as características e os recursos de pesquisa de cada base.

As estratégias contemplaram termos relacionados à vacinação contra o HPV, adesão, aceitação, hesitação vacinal, cobertura vacinal e população feminina. Na PubMed, foram acrescentados termos referentes ao Brasil e ao Sistema Único de Saúde (SUS), buscando identificar estudos relacionados ao contexto nacional. Na SciELO, a estratégia também incluiu condições clínicas e situações de vulnerabilidade relacionadas à indicação da vacina em grupos específicos. No Google Acadêmico, foi utilizada uma combinação mais direcionada à vacinação contra o HPV entre mulheres e à adesão no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Pubmed: ("Papillomavirus Vaccines"[MeSH] OR "HPV vaccin*"[tiab] OR "human papillomavirus vaccin*"[tiab]) AND ("Patient Acceptance of Health Care"[MeSH] OR "Vaccination Hesitancy"[MeSH] OR "Vaccination Refusal"[MeSH] OR "Vaccination Coverage"[MeSH] OR "vaccine uptake"[tiab] OR "vaccine acceptance"[tiab] OR "vaccine hesitancy"[tiab] OR adherence[tiab] OR "vaccination status"[tiab] OR "vaccination completion"[tiab] OR "catch-up"[tiab]) AND (Women[MeSH] OR women[tiab] OR woman[tiab] OR female*[tiab]

OR "young adult*"[tiab]) AND (Brazil[MeSH] OR Brazil*[tiab] OR Brazil[ad] OR "Unified Health System"[tiab] OR "Sistema Único de Saúde"[tiab]).

Lilacs: (tw:("vacinas contra papillomavirus" OR "vacina HPV" OR "vacina contra HPV" OR "vacina contra o papilomavírus humano" OR "vacina papilomavírus" OR "vacuna contra VPH")) AND (tw:("aceitação pelo paciente de cuidados de saúde" OR "cobertura vacinal" OR "hesitação vacinal" OR "recusa de vacinação" OR adesão OR aceitação OR "esquema vacinal" OR "situação vacinal" OR "resgate vacinal" OR "vacinação de resgate")) AND (tw:(mulheres OR mulher OR feminino OR "mulheres adultas" OR "adulto jovem")).

Scielo: (HPV OR papilomavírus) AND (vacina* OR vacinação) AND (adesão OR cobertura OR aceitação OR hesitação OR resgate) AND (mulheres OR feminino) AND (HIV OR transplant* OR câncer OR PrEP OR "violência sexual" OR imunossuprimid* OR vulnerabilidade).

Google acadêmico: “vacina HPV” AND “mulheres” AND “adesão” AND “atenção primária” AND “SUS”.

2.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

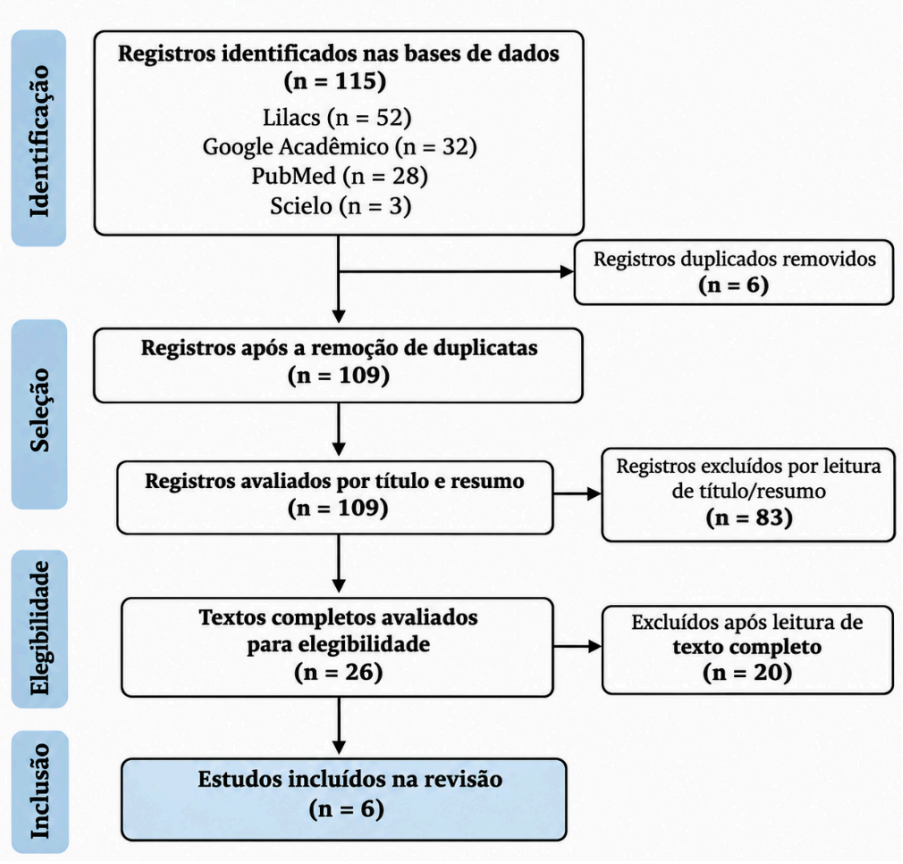
Foram incluídos artigos científicos originais; revisões; sem restrição quanto ao idioma; estudos com texto completo disponível; pesquisas que abordam fatores relacionados à adesão, aceitação, cobertura vacinal ou hesitação vacinal contra o HPV.

Foram excluídos estudos duplicados; editoriais; cartas ao editor; resumos de eventos científicos; publicações sem acesso ao texto completo; e estudos que não apresentassem relação direta com os objetivos da pesquisa.

2.4. Seleção dos Estudos

Foi realizada a leitura dos títulos e resumos das publicações identificadas nas bases de dados. Posteriormente, os estudos potencialmente elegíveis foram lidos na íntegra para confirmação da inclusão na amostra final da revisão. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, os estudos selecionados foram incluídos na revisão (**Figura 1**).

Figura 1. Fluxograma dos artigos incluídos.



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os estudos selecionados foram organizados no **Quadro 1,** que apresenta as principais características das publicações, incluindo título, autores, ano de publicação, base de dados, delineamento metodológico,

resultados e síntese das conclusões. Essa organização permite uma visão geral das evidências encontradas e facilita a comparação dos achados entre os estudos.

Quadro 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão.

N	Título	Autores	Ano/Base de dados	Delineamento	Resultados
1	A critical evaluation of the status of HPV vaccination in São	MARTINS T. R *et al.*	2024/ Pubmed	Estudo descritivo, exploratório e retrospectivo.	Exam citopat gico méd anual 1.898.3 com

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: https://revistatopicos.com.br/artigos/fatores-associados-a-adesao-a-vacinacao-contra-o-papilomavirus-humano-em-mulheres-adultas-na-atencao-primaria?noblockage

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

3.1. Papilomavírus Humano (HPV) E Seu Impacto para a Saúde da Mulher

O HPV é considerado a infecção sexualmente transmissível mais prevalente no mundo, apresentando transmissibilidade superior à de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como o herpes genital e o HIV (BRASIL, 2021). A infecção atinge sobretudo adolescentes e adultos jovens sexualmente ativos, uma vez que o pico de aquisição do vírus, tanto em mulheres quanto em homens,

ocorre logo após o início da vida sexual (WHO, 2019). Na maioria dos casos a infecção é assintomática e regride espontaneamente. A persistência de tipos de alto risco, porém, está associada a lesões precursoras e ao câncer de colo do útero, sobretudo pelos genótipos 16 e 18 (Faria Neto *et al.,* 2022; Oliveira *et al.,* 2021).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o terceiro mais incidente entre as mulheres brasileiras, atrás de mama e de cólon e reto. Foram estimados 19.310 casos novos por ano no triênio 2026-2028, o que representa taxa bruta de 17,59 por 100 mil mulheres. A doença é a segunda mais incidente nas regiões Norte (22,79 por 100 mil) e Nordeste (20,76 por 100 mil) e ocupa a quinta posição na Sudeste (14,06 por 100 mil) (INCA, 2026).

Em 2023, ocorreram 7.209 óbitos, com taxa de mortalidade ajustada de 4,79 por 100 mil mulheres. O câncer do colo do útero é a quarta causa de morte por câncer em mulheres no país (5,94% dos óbitos) e a primeira na Região Norte, onde representa 14,70% dos óbitos por câncer em mulheres e a taxa ajustada é de 9,47 por 100 mil, mais de duas vezes a da Região Sudeste (3,56 por 100 mil) (INCA, 2026). O INCA descreve a doença como rara em mulheres com menos de 30 anos, com mortalidade que cresce a partir da quarta década de vida e que historicamente se concentra, em cerca de 70%, entre mulheres com mais de 45 anos (INCA, 2026). Esse perfil etário mostra que o ônus recai sobre mulheres adultas, público desta pesquisa.

Trata-se de uma doença evitável. A Estratégia Global da OMS para a eliminação do câncer do colo do útero, lançada em 2020 e assinada pelo Brasil, estabelece como metas 90% das meninas totalmente

vacinadas até os 15 anos, 70% das mulheres rastreadas com teste de alto desempenho aos 35 e aos 45 anos e 90% das mulheres com lesão cervical tratadas (BRASIL, 2024). No Brasil, o rastreamento é feito por exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos, e o teste de DNA-HPV já foi incorporado ao SUS, com implantação em municípios de 12 unidades da federação e expansão prevista para todo o país até 2026 (INCA, 2026). A cobertura do exame, porém, é desigual e vem caindo. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 81,3% das mulheres de 25 a 64 anos haviam feito o exame nos três anos anteriores (IBGE, 2021; INCA, 2026). No Vigitel, a cobertura nas capitais chegou em 2023 ao menor valor da série (76,8%), com 69,1% entre mulheres de 25 a 34 anos (INCA, 2026). Em São Paulo, Martins et al. (2024) observaram oscilação no número de exames entre 2013 e 2022, com queda acentuada em 2020, e aumento dos óbitos por câncer cervical, de 833 em 2013 para mais de mil após 2020. Os autores atribuem esse quadro à baixa adesão às oportunidades de prevenção, mas reconhecem que dados de mortalidade são limitados para avaliar o efeito de um programa vacinal recente.

Esse cenário é particularmente relevante para mulheres adultas. A vacinação contra o HPV está disponível no SUS desde 2014 e foi ampliada de forma gradual: começou com meninas de 11 a 13 anos, passou a abranger meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos a partir de 2017 e meninos e meninas de 9 a 14 anos em 2022. Para o INCA, o efeito da vacinação sobre a incidência e a mortalidade só aparecerá quando as coortes vacinadas alcançarem a idade de início do rastreamento. Por isso, as mulheres não vacinadas têm maior risco e dependem exclusivamente da detecção precoce (INCA, 2026).

Por fim, o conhecimento da população sobre o tema é limitado. Em usuários de cinco unidades básicas e duas policlínicas do SUS em Campinas, cerca de 40% tinham ouvido falar do HPV, 28,9% mencionaram informações adequadas e apenas 8,6% conheciam as vacinas (Osis; Duarte; Sousa, 2014). A mídia foi a principal fonte de informação, e os serviços de saúde foram citados com frequência bem menor, o que reforça o papel da atenção primária na educação em saúde, objeto desta pesquisa.

3.2. Vacinação Contra o HPV: Eficácia, Segurança e Oferta no SUS

A vacinação é a principal medida de prevenção primária do câncer do colo do útero (Soares *et al.,* 2025). Após mais de duas décadas de uso em diversos países, os resultados indicam alto potencial de prevenir infecções persistentes e lesões precursoras, sobretudo pelos tipos 16 e 18 (Martins *et al.,* 2024). A experiência da Austrália, que combinou alta cobertura vacinal e rastreamento, projeta a eliminação do câncer cervical como problema de saúde pública em cerca de 20 anos (Martins *et al.,* 2024).

A vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) constitui uma das principais estratégias de prevenção das infecções causadas por tipos virais oncogênicos e das doenças associadas, especialmente o câncer do colo do útero. Segundo a OMS, as vacinas disponíveis apresentam elevada imunogenicidade e eficácia na prevenção de infecções persistentes e lesões precursoras do câncer cervical. Além disso, evidências científicas demonstram que a vacinação pode proporcionar proteção significativa mesmo com esquemas reduzidos de doses, especialmente quando realizada antes da exposição ao vírus (WHO, 2022). Ainda assim, a segurança segue

como motivo de não vacinação, citado por 10% dos entrevistados (Soares *et al.,* 2025).

A vacina quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18) foi incorporada ao SUS pela Portaria nº 54/2013 e iniciada em 2014, para meninas de 11 a 13 anos (Carnut; Mariel, 2023). A vacina nonavalente, que inclui os tipos 31, 33, 45, 52 e 58, está disponível apenas na rede privada (Faria Neto *et al.,* 2022; Santos; Dias, 2018). Em abril de 2024, a Nota Técnica nº 41/2024 do Ministério da Saúde adotou a dose única da vacina HPV no Calendário Nacional para pessoas de 9 a 14 anos, orientou o resgate de adolescentes não vacinados até 19 anos e incluiu pessoas com papilomatose respiratória recorrente como grupo prioritário (BRASIL, 2024). A decisão fundamentou-se em posicionamento favorável da OPAS à dose única (BRASIL, 2024). Para pessoas imunossuprimidas (vivendo com HIV, transplantadas e oncológicas) e vítimas de violência sexual de 15 a 45 anos, mantém-se o esquema de três doses (Soares *et al.,* 2025; BRASIL, 2023b). O resgate de adolescentes e jovens de 15 a 19 anos foi prorrogado pelo Ministério da Saúde até 31 de dezembro de 2026 (BRASIL, 2026). Isso significa que a maioria das mulheres adultas está fora da oferta de rotina e, quando deseja se vacinar, depende da rede privada (Oliveira *et al.,* 2021).

O controle do câncer do colo do útero combina prevenção primária (vacinação e educação para o uso de preservativos), prevenção secundária (rastreamento de lesões precursoras), tratamento e cuidados paliativos (Carnut; Mariel, 2023). A cobertura vacinal segue abaixo da meta. Em 2024, foi de 83,0% entre as meninas e 67,4% entre os meninos de 9 a 14 anos, contra a meta de 90%. Apenas oito unidades da federação atingiram a meta entre as meninas, e a

Região Nordeste teve a menor cobertura média (77,3% entre as meninas) (INCA, 2026).

O rastreamento citopatológico é indicado para mulheres de 25 a 64 anos, uma vez a cada três anos após dois exames anuais consecutivos normais (INCA, 2026). Segundo a PNS 2019, 6,1% das mulheres dessa faixa nunca haviam feito o exame, e a cobertura foi de 72% entre as sem instrução ou com fundamental incompleto e de 90% entre as com ensino superior completo (IBGE, 2021; INCA, 2023). Como a vacina só terá efeito populacional quando as coortes vacinadas chegarem à idade do rastreamento, o INCA ressalta que o rastreamento permanece essencial, porque as mulheres não vacinadas dependem exclusivamente da detecção precoce (INCA, 2026). Por isso, vacina e exame preventivo são complementares.

3.3. Atenção Primária à Saúde e Seu Papel na Promoção da Imunização no Contexto Brasileiro

A APS tem grande capilaridade no país. Segundo a PNS 2019, 60,0% dos domicílios (44,0 milhões) estavam cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família, aumento de 6,7 pontos percentuais em relação a 2013. Entre os domicílios cadastrados há um ano ou mais, 23,8% nunca receberam visita de agente comunitário de saúde ou de membro da equipe, e apenas 38,4% receberam visita mensal (IBGE, 2020). Esse cenário indica amplo alcance, mas com contato desigual das equipes com a população. Como a maior parte dos brasileiros não tem plano de saúde (IBGE, 2020), a rede pública é o principal caminho para ações de prevenção.

No caso da vacina HPV, a recomendação do Ministério da Saúde é que a vacinação nas escolas seja promovida para alcançar altas

coberturas e melhor adesão entre os mais jovens (BRASIL, 2024). Esse canal se destina a adolescentes. Para mulheres adultas, o contato com a APS tende a ser o principal espaço de oferta e de informação.

A revisão integrativa de Carnut e Mariel (2023) identificou nove estratégias estudadas para melhorar a adesão à vacina HPV no SUS: participação comunitária, promoção da saúde em geral, prevenção combinada, assistência farmacêutica, desenvolvimento nacional, estratégias intersetoriais, estratégia Saúde da Família e Programa Saúde na Escola, além de uma estratégia de comunicação. Os autores concluem que nenhuma é necessariamente mais efetiva que as demais, que a ação combinada é a mais promissora e que a participação comunitária é a mais estudada. Concluem também que a participação comunitária e a atuação dos profissionais de saúde podem determinar o cumprimento das metas e que o papel do município é fundamental. A evidência disponível, no entanto, é escassa e de baixo nível (níveis 4 e 5).

O papel dos profissionais e dos serviços aparece também em estudos primários. Em Campinas, usuários de unidades básicas citaram a mídia como fonte de informação sobre o HPV duas vezes mais do que os serviços de saúde, e a diferença foi ainda maior para as vacinas (Osis; Duarte; Sousa, 2014). No estudo nacional de Soares et al. (2025), os profissionais de saúde foram a principal fonte de informação em saúde, sobretudo entre os maiores de 60 anos (45%), e 13% dos que não se vacinaram apontaram falta de acesso, de oferta ou de recomendação. Os autores concluem que a falta de conhecimento, a dificuldade de acesso e a ausência de prescrição pelos profissionais são os principais obstáculos à adesão. Um paralelo vem do rastreamento: entre as mulheres de 25 a 64 anos

que nunca fizeram o exame preventivo, 14,8% disseram não ter sido orientadas a fazê-lo e 7,3% apontaram serviço distante, demorado ou com horário incompatível (IBGE, 2021; INCA, 2023).

3.4. Fatores Associados à Adesão à Vacinação Contra o HPV: Evidências da Literatura Brasileira

Entre 1.510 universitárias da área da saúde com 18 anos ou mais, em Goiás, 31,3% receberam duas ou mais doses, 11,0% uma dose e 57,6% não foram vacinadas (Oliveira *et al.,* 2021). Em São Paulo, o número de primeiras doses registradas caiu 74,2% entre 2014 e a média dos anos seguintes (Martins *et al.,* 2024). Em âmbito nacional, a prevalência de resistência à vacina foi de 5,97% em 2.010 entrevistados com 16 anos ou mais (Soares *et al.,* 2025). Esse contraste entre cobertura baixa e hesitação baixa sugere que o problema não se explica, principalmente, por recusa explícita.

Entre as universitárias, ter menos de 21 anos e pertencer ao estrato socioeconômico A associaram-se a ter recebido duas ou mais doses, e a idade e o estrato foram as únicas variáveis que permaneceram no modelo final. Os autores atribuem o achado de idade à maior exposição das coortes mais jovens às campanhas de vacinação (Oliveira *et al.,* 2021). No estudo nacional, a resistência foi maior entre homens e residentes da Região Sul, e idade, escolaridade, raça, classe social e área de residência não tiveram associação significativa. Os autores consideraram o achado da Região Sul inesperado (Soares *et al.,* 2025). A mini-revisão de Faria Neto et al. (2022), que incluiu cinco estudos da Região Centro-Oeste, conclui que há grande dificuldade de adesão à segunda dose da vacina, atribuída principalmente às desigualdades sociais e à falta de informação.

Em usuários do SUS em Campinas, escolaridade superior a oito anos e sexo feminino associaram-se a ter ouvido falar do HPV e das vacinas e a ter conhecimento adequado, e maior idade associou-se a ter ouvido falar das vacinas (Osis; Duarte; Sousa, 2014). Hábitos de vida e comportamento sexual não se associaram à vacinação entre as universitárias (Oliveira *et al.,* 2021). Um gradiente semelhante aparece no rastreamento: quanto maior o nível de instrução, maior a proporção de mulheres que fizeram o exame preventivo (IBGE, 2021; INCA, 2026).

Em Campinas, apenas 8,6% dos usuários conheciam as vacinas. Depois de informados de sua existência, cerca de 94% disseram que se vacinariam, ou vacinariam filhos adolescentes, se ela estivesse disponível na rede pública, e nenhuma variável se associou à intenção de vacinação (Osis; Duarte; Sousa, 2014). No estudo nacional, a falta de conhecimento sobre a existência da vacina foi o motivo mais citado de não vacinação, junto com estar fora da faixa etária (22% cada) (Soares *et al.,* 2025). Para o exame preventivo, 45,1% das mulheres que nunca o fizeram consideravam-no desnecessário e 13,1% relataram vergonha (IBGE, 2021; INCA, 2023). Esse dado não trata da vacina, mas indica que percepção de necessidade e constrangimento também influenciam ações preventivas em saúde da mulher.

Oliveira et al. (2021) apontam que as universitárias não vacinadas precisariam se imunizar na rede privada e que o alto custo é uma possível barreira, mesmo em estratos socioeconômicos favorecidos. No estudo nacional, 13% citaram ausência de acesso, de oferta ou de recomendação (Soares *et al.,* 2025). Essa resposta é, em parte, estrutural, porque reflete as regras de elegibilidade do SUS (INCA, 2026) e não uma atitude individual. Soares et al. (2025) classificaram

como aderentes as pessoas que se declararam fora da faixa etária de vacinação, o que limita a aplicação dos resultados a mulheres adultas.

No estudo nacional, os motivos de hesitação incluíram preocupação com segurança (10%), dúvida sobre a eficácia (7%), religião ou crenças tradicionais (4%) e desconfiança da indústria farmacêutica (4%). A pandemia de covid-19 não alterou a opinião de 88% dos entrevistados sobre vacinas (Soares et al., 2025). A revisão de Carnut e Mariel (2023) trata a atuação de grupos antivacina e a disseminação de informações errôneas como tema relevante, mas ressalta a escassez de evidências.

Os estudos analisados sugerem que, para mulheres adultas no SUS, informação, acesso e custo parecem pesar mais do que a recusa. Os estudos são majoritariamente transversais e com amostras específicas: universitárias da saúde, usuários de unidades de saúde de uma cidade antes da incorporação da vacina (Osis; Duarte; Sousa, 2014) e a população geral. O estudo nacional foi financiado pelo fabricante da vacina (Soares *et al.,* 2025). Nenhum investiga especificamente mulheres adultas elegíveis na atenção primária do SUS.

4. CONCLUSÃO

Os estudos analisados indicam que a baixa cobertura vacinal contra o HPV entre mulheres adultas no Brasil está mais associada a barreiras informacionais, econômicas e de acesso do que à recusa da vacina. A segurança e a eficácia da vacina ainda foram citadas por uma minoria como motivo de não vacinação, o que justifica o esclarecimento contínuo. O desconhecimento sobre o HPV e sobre a

vacina foi o obstáculo mais consistente entre os estudos. Quanto aos fatores sociodemográficos, os resultados não são uniformes: entre universitárias, idade inferior a 21 anos e estrato socioeconômico mais elevado associaram-se a maior vacinação, enquanto no inquérito nacional escolaridade, classe social e área de residência não tiveram associação significativa.

Como a oferta gratuita de rotina se limita a adolescentes e a grupos prioritários (pessoas imunossuprimidas, usuárias de PrEP, com papilomatose respiratória recorrente e vítimas de violência sexual), a maioria das mulheres adultas depende da rede privada, onde o custo representa uma possível barreira. Nesse cenário, a APS pode contribuir de forma estratégica, sobretudo pela capilaridade da Estratégia Saúde da Família. Como implicações para a prática, e não como resultados diretos dos estudos incluídos, destacam-se: a verificação do cartão vacinal e a educação em saúde nas consultas ginecológicas, no planejamento reprodutivo e na coleta do exame preventivo, com protagonismo da enfermagem; a identificação das mulheres elegíveis nos grupos prioritários; a orientação clara sobre os critérios de elegibilidade; e a articulação entre vacinação, rastreamento citopatológico e implantação do teste de DNA-HPV.

Essa integração é necessária porque o efeito da vacinação de adolescentes sobre a incidência será gradual, e as mulheres adultas não vacinadas continuam dependendo da detecção precoce, especialmente em regiões de alta mortalidade, como o Norte do país. Esta revisão tem limitações. A amostra foi pequena (seis estudos), predominantemente transversal e heterogênea quanto à população, e um dos estudos foi financiado pelo fabricante da vacina. Nenhum estudo investigou especificamente mulheres adultas atendidas na APS do SUS, o que limita a generalização dos

achados a esse grupo. Recomendam-se pesquisas primárias nesse público e estudos que avaliem a efetividade de intervenções educativas e de estratégias de captação nos serviços de atenção básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Jovens de 15 a 19 anos podem se vacinar contra o HPV até dezembro.** Gov.br, Brasília, DF, 3 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV).** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. esp. 1, e2020790, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Queda da cobertura vacinal contra o HPV representa risco de aumento de casos de cânceres evitáveis no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 21 fev. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS: atualização das recomendações da vacinação contra HPV no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vítimas de violência sexual serão vacinadas contra o HPV.** Gov.br, Brasília, DF, 21 ago. 2023b.

BRAY, F. *et al*. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries**. CA: A Cancer Journal for Clinicians,** v. 74, n. 3, p. 229–263, 2024.

CARNUT, L.; MARIEL, B. Da participação comunitária aos grupos anti-vacina: uma revisão integrativa sobre as estratégias de adesão à vacinação contra o HPV no SUS. **Journal of Management & Primary Health Care,** [s. l.], v. 15, e010, 2023.

FARIA NETO, A. M. *et al*. Cobertura vacinal e prevalência genotípica do HPV no centro oeste brasileiro. **RESU – Revista Educação em Saúde,** v. 10, supl. 1, p. 227-234, 2022.

GUPTA, G.; GLUECK, R.; PATEL, P. R. HPV vaccines: global perspectives. Human Vaccines & Immunotherapeutics, v. 13, n. 6, p. 1–4, 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: ciclos de vida: Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Controle do câncer do colo do útero no Brasil: dados e números 2026.** Rio de Janeiro: INCA, 2026

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Dados e números sobre câncer do colo do útero: relatório anual 2023.** Rio de Janeiro: INCA, 2023.

KOMBE KOMBE, A. J. *et al*. Epidemiology and burden of human papillomavirus and related diseases, molecular pathogenesis, and

vaccine evaluation. **Front Public Health,** v. 8, 552028, 2021.

MACDONALD, N. E.; SAGE WORKING GROUP ON VACCINE HESITANCY. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. **Vaccine,** v. 33, n. 34, p. 4161-4164, 2015. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036.

MARTINS, T. R. *et al*. A critical evaluation of the status of HPV vaccination in São Paulo State, Brazil. **Clinics,** v. 79, 100526, 2024.

OLIVEIRA, P. S. *et al*. Cobertura vacinal contra o papiloma vírus humano (HPV) e fatores associados em acadêmicas de uma universidade do sudoeste goiano. **Revista de Saúde Pública,** v. 55, artigo 65, 2021.

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

SANTOS J. G. C.; DIAS J. M. G. Vacinação pública contra o papilomavírus humano no Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais,** v. 28, e-1982, 2018.

SOARES, L. M. C. *et al*. Factors associated with HPV vaccine hesitancy: a nationally representative cross-sectional study. **Vaccine,** v. 59, 127278, 2025.

WHO, World Health Organization. **Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer.** Genebra: WHO, 2019.

WHO, World Health Organization. **Human papillomavirus vaccines: WHO position paper (2022 update).** Genebra: WHO, 2022.

YOUSEFI, Z. *et al*. An update on human papilloma virus vaccines: history, types, protection, and efficacy. **Frontiers in Immunology,** v. 12, artigo 805695, 2022.

---

[1] Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Fametro. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[2] Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Fametro. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[3] Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Fametro. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Fametro. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[5] Professora Tutora do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Fametro. Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[6] Professora do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Fametro. Doutora em Genética, Conservação e Biologia Evolutiva pelo INPA/AM.