

Vacinação contra o HPV e justiça reprodutiva no Brasil: desafios de gênero, desinformação e estratégias para ampliar a cobertura

HPV vaccination and reproductive justice in Brazil: gender challenges, misinformation and strategies to expand coverage

Joice Graciele Nielsson¹; Júlia de Oliveira Mariano²

DOI: [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2025\)59](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2025)59)

Fecha de envío: 31.10.2025

Fecha de aceptación: 10.12.2025

RESUMO:

O artigo analisa a baixa adesão à vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) no Brasil, apesar de sua eficácia e oferta gratuita, objetivando compreender este cenário e propor estratégias para ampliar a cobertura vacinal. O problema questiona quais fatores sociais, culturais e institucionais configuram um cenário de não efetivação da justiça reprodutiva, contribuindo para essa resistência e a hipótese é que a recusa esteja relacionada à desinformação, a crenças e valores culturais permeados por desigualdades de gênero e a falhas na articulação entre saúde e educação. A metodologia é qualitativa, exploratória e analítica, baseada em análise documental e revisão bibliográfica crítica de materiais institucionais e literatura acadêmica, com uso da análise de conteúdo. O estudo identifica o problema de não efetivação da justiça reprodutiva a partir de discursos moralizantes de gênero sobre a sexualidade feminina reforçando barreiras à imunização, associando a vacina a suposto incentivo à vida sexual precoce.

RESUMEN:

El artículo analiza la baja adherencia a la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en Brasil, a pesar de su efectividad y gratuidad, con el objetivo de comprender este escenario y proponer estrategias para ampliar la cobertura de vacunación. El problema cuestiona qué factores sociales, culturales e institucionales configuran un escenario de no implementación de la justicia reproductiva, contribuyendo a esta resistencia y la hipótesis es que la negativa está relacionada con desinformación, creencias y valores culturales per-

1 Doutora em Direito. Possui estágio Pós-doutoral em Direito pela Università degli Studi "G. d'Annunzio" - Chieti - Pescara. Professora do Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado em Direitos Humanos - da UNIJUI. E-mail: joyce.nielsson@unijui.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3808-1064>.

2 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da UNIJUI, bolsista PROSUC/CAPES. Graduada em Direito pelo CESCAGE e em História pela UENP. E-mail: julia_qtg@hotmail.com.

meados por desigualdades de gênero y fallas en la articulación entre salud y educación. La metodología es cualitativa, exploratoria y analítica, basada en el análisis documental y la revisión bibliográfica crítica de materiales institucionales y literatura académica, utilizando el análisis de contenido. El estudio identifica el problema de la no implementación de la justicia reproductiva basada en discursos moralizantes de género sobre la sexualidad femenina, reforzando las barreras a la inmunización, asociando la vacuna con un supuesto estímulo a la vida sexual temprana.

ABSTRACT

The article analyzes the low adherence to vaccination against human papillomavirus (HPV) in Brazil, despite its effectiveness and free provision, aiming to understand this scenario and propose strategies to expand vaccination coverage. The problem questions which social, cultural and institutional factors configure a scenario of non-implementation of reproductive justice, contributing to this resistance and the hypothesis is that the refusal is related to misinformation, beliefs and cultural values permeated by gender inequalities and failures in the articulation between health and education. The methodology is qualitative, exploratory and analytical, based on documentary analysis and critical bibliographic review of institutional materials and academic literature, using content analysis. The study identifies the problem of non-implementation of reproductive justice based on moralizing gender discourses about female sexuality, reinforcing barriers to immunization, associating the vaccine with supposed encouragement of early sexual life.

PALAVRAS-CHAVE: direitos humanos; vacinação para HPV; saúde pública; gênero; desinformação.

PALABRAS CLAVE: derechos humanos; vacunación contra el VPH; salud pública; género; desinformación.

KEY WORDS: human rights; HPV vaccination; public health; gender; disinforma

1. Introdução

A saúde da população passou a ser objeto de preocupação do Estado no século XVIII, período em que o Estado absolutista assumiu a responsabilidade pela saúde por meio de políticas sanitárias. Nesse contexto, a saúde começou a ser reconhecida como um direito do cidadão, especialmente após a Revolução Americana, em 1776 e a Revolução Francesa, em 1789.

No Brasil, essa preocupação se intensificou no século XIX, com a chegada da Família Real, em 1808, e as transformações provocadas pela Revolução industrial, que estimularam a urbanização principalmente na região Sudeste. Nesse período, ocorreram as primeiras experiências de vacinação no país. Já no século XX, o fortalecimento da saúde pública e a criação dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan impulsionaram a produção nacional de imunobiológicos, viabilizando campanhas de vacinação em larga escala.

Entretanto, foi a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde (MS), em 1973, que consolidou as políticas públicas de vacinação no país. O PNI é responsável por controlar, erradicar e eliminar doenças infectocontagiosas e imunopre-

veníveis e, entre os países em desenvolvimento, é considerado um dos mais completos, sendo pioneiro na implementação de algumas vacinas e demonstrando alta capacidade técnica e organizacional na área de imunização.

Entre as vacinas ofertadas pelo PNI está a vacina contra o papilomavirus humano (HPV), considerada a infecção sexualmente transmissível de maior incidência no mundo e associada à maioria dos casos de câncer do colo do útero. A vacinação é reconhecida como uma das estratégias mais eficazes na prevenção dessa e de outras doenças, especialmente quando aplicada antes do início da vida sexual. Apesar da ampla disponibilidade da vacina pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e das evidências científicas que atestam sua eficácia, seus níveis de cobertura vacinal ainda estão abaixo do recomendado. Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo analisar os fatores sociais, culturais e institucionais que influenciam a recusa à vacinação contra o HPV no Brasil, à luz das políticas públicas de saúde, das construções de gênero e das estratégias comunicacionais adotadas.

Para tanto, o problema de pesquisa reside em responder quais fatores contribuem para a baixa adesão à vacinação contra o HPV no Brasil, mesmo diante da sua eficácia comprovada e da oferta gratuita pelo SUS. Como hipótese inicial, propõe-se que essa baixa adesão decorre principalmente da desinformação, de crenças e valores culturais associados a desigualdade de gênero e de falhas na articulação entre campanhas de saúde e educação, sendo possível revertê-la por meio de estratégias de comunicação, com participação das escolas, da comunidade e dos órgãos de saúde.

A presente pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e analítico, fundamentada na análise documental e bibliográfica. Essa escolha metodológica se justifica pela necessidade de compreender os sentidos sociais, culturais e institucionais atribuídos à vacinação contra o HPV no Brasil, especialmente diante da ausência, neste momento, de condições para a realização de entrevistas ou trabalho de campo. A pesquisa busca interpretar discursos e representações que circulam nos materiais produzidos por órgãos públicos, bem como refletir sobre as construções simbólicas associadas à saúde, à sexualidade e ao gênero, aspectos centrais para a análise da baixa adesão à vacina.

Nesse contexto, a pesquisa documental concentra-se na análise de fontes institucionais como campanhas de comunicação do Ministério da Saúde, diretrizes do PNI, portarias, protocolos e publicações oficiais disponíveis em plataformas governamentais. Paralelamente, realiza-se uma revisão bibliográfica crítica de literatura acadêmica nacional e internacional sobre políticas públicas de vacinação, saúde pública, comunicação em saúde, representações sociais e estudos de gênero. A articulação entre essas duas fontes permite não apenas contextualizar o problema de pesquisa, mas também identificar lacunas, tensões e contradições nos discursos oficiais e nas interpretações teóricas existentes.

Como técnica de análise, utiliza-se a análise de conteúdo, segundo a perspectiva de Laurence Bardin, aplicada tanto aos documentos institucionais quanto aos textos acadêmicos selecionados. Essa técnica permite a categorização e interpretação sistemática dos dados, facilitando a identificação de padrões discursivos, temas recorrentes e construções simbólicas presentes nos materiais analisados. A partir dessa estratégia, a pesquisa busca oferecer uma leitura crítica das narrativas sobre a vacinação contra o HPV, destacando os fatores históricos, culturais e de gênero que podem influenciar a adesão

vacinal, e propondo caminhos para qualificar as estratégias de comunicação e mobilização social em saúde.

Para tanto, o artigo está dividido em três seções. A primeira seção aborda o histórico das políticas de vacinação no Brasil e a construção das políticas de imunização. A segunda seção, aborda o contexto epidemiológico do HPV e discute os principais fatores que afetam a adesão à vacina, com destaque para questões de gênero e desinformação. A terceira seção propõe estratégias de intervenção para ampliar a cobertura vacinal. Por fim, na conclusão, é apresentada uma síntese dos resultados e recomendações para futuras políticas públicas.

II. Evolução histórica da vacinação no Brasil e a construção das políticas de imunização

A primeira evidência do uso de vacinas surgiu na China, no século X, contra a varíola. No entanto, o método utilizado à época era totalmente distinto do que conhecemos hoje. Os cientistas transformavam as cascas das feridas de varíola em um pó que continha o vírus inativado e o aplicavam nos ferimentos de indivíduos já contaminados. Essa técnica ficou conhecida como variolação (Dande, Júnior e Martinez, 2022).

O termo vacina advém do latim *vaccinae*, que significa “da vaca”, em razão da doença *variola vaccinae*, cujo significado é “varíola das vacas”. A utilização desse termo se deu porque o líquido retirado da vesícula das vacas foi utilizado para a criação das primeiras vacinas (Menezes *et al.*, 2022). A literatura aponta que o médico inglês Edward Jenner foi quem inventou a primeira vacina em 1798 contra varíola. Já no século XIX, Louis Pasteur desenvolveu a vacina contra a raiva (Reis, 2018).

No Brasil, a chegada da Família Real, em 1808, impulsionou o desenvolvimento econômico e político do Rio de Janeiro. Contudo, conforme relata Reis (2018, p. 24) “eram precárias as condições de higiene da população à época, aliada à susceptibilidade imunológica, péssimas condições de saneamento básico e intenso tráfego de pessoas devido à zona portuária”. Esse cenário favoreceu a eclosão de epidemias de febre amarela, tuberculose e malária. Nesse contexto, em 1832, a vacinação passou a ser obrigatória no município do Rio de Janeiro, por meio da lei conhecida como “Código de Posturas”, que previa multa a quem não se vacinasse. Apesar da sanção, a adesão foi baixa, devido à desconfiança sobre a eficácia das vacinas e ao medo de se imunizar (Menezes *et al.*, 2022).

Anos depois, visando controlar o número de casos de doenças e difundir a cultura de vacinação, em 1846 a imunização tornou-se obrigatória em todo o Brasil, por meio do Decreto Imperial nº 464 (Silva *et al.*, 2021). No estado de São Paulo, a vacinação tornou-se compulsória em 1891, e no Rio de Janeiro, em 1901 (Dande, Júnior e Martinez, 2022).

O crescimento de grandes centros urbanos a partir do século XIX, impactou negativamente a infraestrutura das cidades e, por consequência, a saúde pública. No final do século XIX e início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro experimentou um rápido crescimento populacional impulsionado pelo avanço industrial, transformando-se em um importante polo econômico (Wermuth, Nielsson, Tertuliano, 2021).

Naquele período, a zona portuária do Rio de Janeiro registrava intenso tráfego de pessoas. Esse aumento populacional, somado a um sistema viário precário herdado do período colonial, que dificultava o escoamento do café e à ocorrência de epidemias, levou

o Brasil a sofrer pressão internacional para adotar medidas capazes de minimizar esses problemas. As epidemias também afastavam o interesse dos imigrantes, mão-de-obra fundamental após a abolição da escravidão em 1888. Assim, o governo passou a adotar uma série de medidas para conter surtos de peste bubônica, febre amarela e varíola, que assolavam a população e desestimulavam a imigração (Moutinho, 2020).

Nesse cenário, Rodrigues Alves assumiu a presidência da república em 1902 e nomeou Pereira Passos como prefeito da cidade do Rio de Janeiro, com o compromisso de realizar reformas de saneamento na cidade e melhorar seu porto, pois:

[...] na época em que a mesma era conhecida como o “túmulo dos estrangeiros” tamanha era a quantidade de pessoas que morriam por causa das epidemias. A cidade era tão temida que as agências de viagem anunciavam como uma vantagem aos passageiros quando os navios faziam viagens diretamente para Buenos Aires sem passar pelo Rio de Janeiro (Moutinho, 2020: 3).

Visando consolidar o projeto de urbanização e saneamento, Rodrigues Alves elaborou o Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904, conhecido como “código de torturas”, por seu teor arbitrário (Silva *et al.*, 2021). Esse decreto regulamentava a atuação das polícias sanitárias nos domicílios, a interdição e desocupação de prédios, bem como a demolição de casas e de cortiços, sob alegação sanitária. Contudo, tais medidas marginalizaram a população pobre e deram início à formação das favelas (Nogueira *et al.*, 2021). Conforme já mencionado, o surto populacional e a precariedade sanitária foram fatores determinantes para o aumento de doenças, como é o caso da varíola. E é nesse momento que a figura de Oswaldo Cruz surge no cenário nacional (Nogueira, *et al.*, 2021).

Oswaldo Cruz foi um médico sanitarista brasileiro considerado pioneiro da saúde pública no país e responsável pela consolidação da ciência no Brasil, sendo um dos principais nomes ligados à criação dos Institutos Soroterápicos em São Paulo e no Rio de Janeiro (Scliar, 2005). Silva *et al.* (2021) ressaltam que o primeiro grande feito do sanitarista ocorreu em 1899, quando realizou estudos no Porto de Santos para investigar casos de peste. Após a confirmação da doença, o governo brasileiro decidiu fabricar soros no país, diante da baixa eficácia dos produtos importados e da dependência da Europa.

A fundação do Instituto Serumtherápico de Manguinhos (atual Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz) e do Instituto Serumtherápico do Estado de São Paulo (atual Instituto Butantan), foi decisiva para a autonomia sanitária do país, permitindo a produção própria de vacinas e respostas rápidas a emergências. Além disso, essas instituições estruturaram cadeias de pesquisa, fabricação e controle de qualidade, formaram quadros técnicos e deram resposta rápida a emergências (da peste e febre amarela às campanhas de imunização do calendário atual). O legado de Fiocruz e Butantan sustenta até hoje a capacidade brasileira de incorporar novas vacinas ao PNI e de conduzir campanhas de grande porte com produção nacional.

Conforme Scliar (2005), no combate à peste bubônica, febre amarela e varíola, Oswaldo Cruz implementou medidas de extermínio dos vetores, como mosquitos e ratos, além de instituir a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola. O autor ressalta ainda que para que uma pessoa conseguir emprego era necessário um atestado de vacinação, o qual era fornecido por médicos particulares, que cobraram por esse atestado. Já Nogueira *et al.*

(2021) destacam que essa obrigatoriedade estava associada a diversas exigências sociais, como a apresentação do comprovante de vacinação para casar, viajar, hospedar-se, matricular-se em escolas e até mesmo para ingressar no mercado de trabalho.

A obrigatoriedade da vacina e suas sanções causaram revolta na população, influenciados pelos positivistas que viam na obrigatoriedade uma afronta a liberdade individual ou nas palavras de Teixeira Mendes “um despotismo sanitário” (Scliar, 2005). A resistência da população também estava relacionada a boatos sobre os componentes da vacina e o receio de efeitos colaterais e, no caso das mulheres, pelo pudor em expor partes do corpo durante a aplicação (Moutinho, 2020). Avançando na tentativa de imunizar a população, em 31 de outubro de 1904 o Congresso brasileiro aprovou a lei que tornava obrigatória a vacinação. A partir daí “as brigadas sanitárias foram autorizadas a entrar nas casas e vacinar as pessoas à força” (Menezes *et al.*, 2022: 8).

Diante da resistência da população às medidas sanitárias impostas por Oswaldo Cruz e posteriormente pela aprovação da supracitada lei, no dia 10 de novembro de 1904 eclodiu um dos maiores movimentos populares no Brasil, conhecida como Revolta da Vacina. Durante cerca de uma semana, a cidade viveu um cenário de guerra, onde os manifestantes ergueram barricadas, atacaram bondes, edifícios públicos e enfrentaram as tropas do governo. O conflito deixou um número indeterminado de mortos e feridos, sendo que dezenas de prisioneiros foram deportados para regiões distantes (Scliar, 2005).

No entanto, a revolta não ocorreu apenas como resposta a imposição da vacina, as pessoas que haviam sido expulsas do centro do Rio de Janeiro já estavam descontentes com o governo, e se vendo diante da vacinação compulsória se rebelaram. Além disso “a campanha de vacinação ser um projeto diretamente ligado à presidência da República, e de sua responsabilidade, a oposição política ao governo utilizou-se da situação como meio de se rebelar contra Rodrigues Alves (Nogueira *et al.*, 2021: 3). Nesse mesmo sentido:

[...] 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 (Reis, 2018: 25).

Em razão do conflito, o governo suspendeu temporariamente a obrigatoriedade, o que levou a um novo surto de febre amarela, com mais de 10 mil casos em 1908 (Scliar, 2005). A revolta revelou a necessidade de educação em saúde pública e de um diálogo mais democrático entre Estado e população, pois embora o discurso adotado a época fosse de realizar uma modernização no Rio de Janeiro, por meio de saneamento básico e melhores condições de moradia e saúde da população, na prática o que se constatou foi uma atitude autoritária higienista, à medida que milhares de pessoas foram despejadas de suas casas, resultando em uma marginalização em locais periféricos (Reis, 2018).

Décadas depois, em 1973, foi criado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), política pública de saúde voltado ao controle, eliminação ou erradicação de doenças imunopreveníveis, por meio de estratégias de vacinação descentralizadas. Graças ao PNI, a varíola foi erradicada na década de 1970, a poliomielite eliminada das Américas nos anos 1980 e o sarampo controlado.

No início, o calendário vacinal incluía apenas quatro vacinas; atualmente disponibiliza 47 imunobiológicos para todas as faixas etárias (Brasil, 2005). Dentre as vacinas disponibilizadas pelo PNI está a vacina contra o papilomavirus humano (HPV), uma das infecções sexualmente transmissíveis mais frequentes no mundo. Contudo, apesar das graves consequências causadas pelo HPV, como o câncer de colo de útero, ainda há resistência de famílias em vacinar as meninas contra o vírus, sendo que os motivos para esse negacionismo serão abordados na seção seguinte.

III. Vacina contra o HPV e os desafios de gênero na adesão vacinal

A infecção pelo papilomavirus (HPV) atinge principalmente mulheres sexualmente ativas. A contaminação por esse vírus possui íntima relação com o câncer de colo de útero, quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo. Além do câncer de colo do útero, o HPV está associado a cânceres da cavidade oral, da orofaringe e anorretal, bem como lesões benignas, como as verrugas genitais. Sendo que o método mais eficaz para prevenir esse vírus é a vacinação (Santiago *et al.*, 2021). Embora não altere o curso de uma doença já instalada, a vacina contra o HPV apresenta eficácia de aproximadamente 98% na prevenção contra os principais tipos virais, quando administrada antes do início da vida sexual dos adolescentes, momento em que há maiores chances de se obter uma boa resposta imunológica (Santiago *et al.*, 2021).

O primeiro país a disponibilizar gratuitamente a vacina foi a Austrália em 2006, priorizando o público feminino de 12 a 26 anos e alcançando cerca de 70% de cobertura vacinal (Carvalho, 2019). No Brasil, o PNI introduziu a vacina contra o HPV em 2014, inicialmente para meninas de 11 a 13 anos. Em 2015, a faixa etária foi ampliada para meninas de 09 a 13 anos e, em 2017, para 09 a 15 anos. Contudo, as metas estabelecidas para cobertura vacinal, especialmente em relação à segunda dose, não foram atingidas. Em 2014, por exemplo, 87% dos municípios brasileiros alcançaram a meta na primeira dose, mas apenas 32% deles atingiram a meta na segunda (Moura; Codeço; Luz, 2021).

Vieira (2022) observa que a análise estatal sobre a não adesão vacinal costuma ser meramente numérica, sem considerar fatores sociais e condições materiais da população:

Na prática, há muitas formas de recusar a vacina – elas podem ser apresentadas pelas justificativas mais discutidas (como movimento antivacina e negacionismo contemporâneo) até dimensões menos apontadas (como inacessibilidade territorial ou desinformação) (Vieira, 2022: 54).

De acordo com Carvalho (2019), a baixa cobertura vacinal se agrava quando a eficácia da vacina exige mais de uma dose ou reforço, como no caso da vacina contra o HPV. Já Moura, Codeço e Luz (2021: 03), apontam fatores como “o baixo nível educacional, baixa renda, residência em zona rural, baixo acesso à informação e aos serviços de saúde e barreiras interpostas por dogmas religiosos”. Os autores destacam ainda que:

A mídia social tem importante papel na disseminação das informações e é uma das maneiras de divulgar recomendações de saúde. Mas destaca-se que a falta de informações e/ou as informações falsas sobre a vacina HPV ampliam a dificuldade de adesão a vacinação (Moura, Codeço, Luz, 2021: 03).

A desinformação causa impactos ainda mais significativos quando o público-alvo é for-

mado por crianças e adolescentes, pois “na ausência de conhecimento apropriado, alguns responsáveis legais não vacinam em função do medo do evento adverso pós-vacinação, o que prejudica as coberturas vacinais” (Carvalho, 2019: 62).

Vasques-Ferreira e Varão (2021) mostram como essas informações falsas se articulam com valores morais e crenças religiosas, gerando medo e desconfiança em relação às políticas públicas de saúde. Entre os boatos mais comuns sobre a vacina do HPV, destacam-se alegações de que ela poderia causar infertilidade, doenças neurológicas ou incentivar comportamentos sexuais considerados imorais. Essa desinformação compromete diretamente os esforços de prevenção, colocando em risco a saúde pública e a vida de milhares de adolescentes.

Reconhecendo o papel central da comunicação, o Ministério da Saúde criou, em 2018, o canal “Saúde sem Fake News” para receber denúncias e esclarecer dúvidas sobre temas de saúde públicas (Vasques-Ferreira; Varão, 2021). Contudo, o canal foi desativado em 2021 por não conseguir atender à enorme demanda de mensagens.

Segundo Melo et al. (2025), a resistência à vacina se intensificou durante a pandemia de COVID-19, período em que houve massiva disseminação de notícias falsas sobre eficácia e os efeitos colaterais da vacina. Corroborando com esse entendimento, Wermuth, Nielsson e Tertuliano (2021), apontam que, durante a pandemia, as *fake news* passaram a ser usadas como instrumento de desinformação, agravando o descrédito na ciência e no conhecimento formal no país.

Embora o temor pelos efeitos colaterais seja um dos principais motivos alegados por famílias e jovens para resistirem à vacinação contra o HPV, questões de gênero também exercem papel determinantes para essa decisão. Carvalho (2019), observa que desde a introdução da vacina, uma preocupação recorrente entre famílias é a possibilidade de mudança no comportamento sexual das meninas vacinadas, sob a crença de que poderiam se sentir incentivadas a iniciar a vida sexual mais cedo.

Essa resistência reflete construções tradicionais de gênero, que associam a sexualidade feminina à vulnerabilidade moral e à necessidade de controle familiar. Para Vieira (2022), a controvérsia inicial sobre a vacina decorreu, em parte, do fato de ela ter sido inicialmente direcionada apenas ao sexo feminino, o que remetia à ideia de as meninas poderiam já estar sexualmente ativas ou prestes a isso, necessitando de maior proteção. Tal visão reforça a desigualdade de gênero e estereótipos sobre sexualidade feminina. Nessa mesma perspectiva, Reis (2018), aponta que:

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 (Reis, 2018,: 46).

A associação entre vacinação e permissividade sexual não possui sustentação científica, mas carrega grande peso simbólico nas decisões parentais. Historicamente, o corpo da mulher tem sido alvo de controle social. Michelle Perrot (1998) lembra que, na Idade Mé-

dia, os corpos femininos não lhes pertenciam; no âmbito conjugal, estavam sob domínio do marido, refletindo a ordem patriarcal.

Na mesma linha, Federici (2017: 307) acrescenta que as caças às bruxas, a partir do século XV, estiveram ligadas a uma nova ordem patriarcal, na qual “os corpos das mulheres, seu trabalho, seus poderes sexuais e reprodutivos foram colocados sob o controle do Estado e transformados em recursos econômico”. A autora adverte ainda que, na sociedade capitalista o corpo das mulheres é o principal terreno de sua exploração e resistência sendo forçado pelo estado e pelos homens “a funcionar como um meio para a reprodução e a acumulação de trabalho. Neste sentido, é bem merecida a importância que adquiriu o corpo, em todos os seus aspectos — maternidade, parto, sexualidade” (Federici, 2017: 307).

Partindo dessa premissa, o útero assume uma função simbólica e utilitarista que condiciona à mulher a sua capacidade reprodutiva. Por essa razão “políticas higienistas, controlistas e populacionais se interessam, vigorosamente, pelo corpo da mulher” (Vieira, 2022, p. 23). Na mesma linha, Nielsson (2020) afirma que, no contexto latino-americano e brasileiro, o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos tem ganhado relevância, sendo o sexo controlado pelo Estado com o objetivo de reprodução, configurando-se em moldes heteronormativos e legitimados pelo matrimônio. Para a autora, “o que se vislumbra é um *continuum* na tentativa biopatriarcalista de controlar o poder reprodutivo das mulheres, e com isso, de seus corpos, amplamente vinculado ao projeto biopolítico de controle das massas” (Nielsson, 2020: 10). Sob a mesma ótica, Segato (2014) destaca que o corpo feminino se amolda perfeitamente à ideia de biopoder, pois é constantemente investido de significados territoriais e reprodutivos.

É neste contexto que a abordagem das implicações de gênero na baixa cobertura vacinal contra o HPV pode ser pensada, para além de uma questão de saúde reprodutiva, a partir do paradigma da justiça reprodutiva, “uma perspectiva teórica capaz de dar suporte à interseccionalidade necessária para análise da vivência dos direitos reprodutivos e da garantia do acesso à saúde sexual e reprodutiva” (Nielsson, 2025, p. 10), levando-se em consideração os contextos sociais e desigualdades estruturais que permeiam escolhas reprodutivas individuais. A justiça reprodutiva enfrenta como os diferentes regimes de opressão impactam a saúde sexual e reprodutiva e prioriza a organização coletiva para demandar direitos e políticas fundamentais ao exercício livre e autônomo da sexualidade (Ross, 2006).

Nessa perspectiva, a ideia de justiça é bem mais ampla que a de direito, pela inclusão das intersecções ou imbricações sociais de meninas e mulheres em suas inúmeras diversidades. Dessa forma, a Justiça Reprodutiva refere-se aos recursos econômicos, sociais e políticos para que as mulheres possam tomar decisões saudáveis sobre os seus corpos, suas sexualidades e suas reproduções, não de uma maneira apenas individual, mas levando em conta suas famílias, comunidades e a estrutura social (opressiva sob diferentes aspectos) em que estão inseridas (Asian Communities For Reproductive Justice, 2005).

Nesse contexto, uma vez considerando-se a baixa cobertura vacinal a partir da ótica da justiça reprodutiva, é imprescindível que o Estado brasileiro elabore estratégias articuladas para enfrentar o negacionismo vacinal, potencializado pela disseminação de desinformação, bem como para formular políticas públicas voltadas à desconstrução

da ordem patriarcal que ainda influencia as relações de gênero, permeadas ainda por outras formas de desigualdades estruturais, como desigualdade racial, de classe e de sexualidade. Tal temática será aprofundada na seção seguinte.

IV. Estratégias e políticas para ampliar a cobertura vacinal contra o HPV

Desde o surgimento das vacinas, sempre houve desconfiança quanto à sua eficácia, em grande parte devido ao desconhecimento da população, que gera temor principalmente em relação aos efeitos colaterais, cenário que pôde ser constatado durante a pandemia de COVID-19. Além disso, o entendimento sobre questões de saúde pública é, muitas vezes, utilizado como um campo de manipulação social por elites (Reis, 2018).

No Brasil, após a institucionalização do Programa Nacional de Imunização (PNI), a forma como a população passou a encarar a vacina começou a mudar. Graças a estratégias bem-sucedidas doenças foram erradicadas no país. Um exemplo marcante foi a campanha de vacinação contra a poliomielite, realizada na década de 1980, que contou com a criação do personagem Zé Gotinha para sensibilizar o público infantil (Koehler e Santos, 2017). Visando ampliar a cobertura vacinal, além das campanhas de vacinação, outras estratégias também podem ser utilizadas, considerando as características do território e da população. Entre as estratégias básicas de vacinação estão: a vacinação de rotina realizada na unidade de saúde, vacinação de bloqueio e vacinação extramuros (Koehler e Santos, 2017).

Em relação à vacina contra o HPV, as campanhas de vacinação se mostram como a estratégia mais eficaz, uma vez que ações de intensa mobilização da comunidade, principalmente por meio de veículos de comunicação de massa e da ampliação do número de postos, permitem maior acesso da população à imunização. Uma medida que poderia ser novamente adotada é a vacinação contra o HPV nas escolas. No primeiro ano de implantação da vacina, a primeira dose foi ministrada em escolas públicas e privadas, alcançando cobertura próxima a 100%. Entretanto, a segunda dose, aplicada nas unidades de saúde, teve adesão de cerca de 62,29% da população (Reis, 2018).

Conforme relatado anteriormente, os veículos de comunicação desempenham papel crucial na divulgação de campanhas de saúde. Um estudo realizado em 2014 apontou que, naquela época, a televisão possuía maior eficácia no compartilhamento de informações e na adesão da população a essas campanhas (Carvalho, 2019).

Atualmente, além de rádio e TV, as mídias digitais são fundamentais para disseminar informações a milhares de pessoas em poucos segundos. Nesse sentido, torna-se essencial utilizar essas ferramentas para a veicular mais informações sobre as vacinas, esclarecendo sua segurança e eficácia à população. Mais do que isso, é preciso conscientizar a população sobre a proteção da saúde coletiva. Como observa Reis (2018, p. 34) “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”. Esse modelo propõe que os pais tenham liberdade no cuidado com os filhos, assumindo a responsabilidade pelos riscos decorrentes da não vacinação.

No caso da vacina contra HPV, Carvalho (2019) argumenta que, a comprovação de sua eficácia se dá por meio de pesquisas científicas que, em geral, são divulgadas apenas no meio clínico e acadêmico. Para que haja maior disseminação dessas informações, tais

estudos devem ser traduzidos para uma linguagem mais acessível à população em geral, especialmente considerando seus contextos sociais e desigualdades estruturais nas quais estão inseridas.

Ademais, é essencial, através do paradigma da justiça reprodutiva, que as campanhas realizadas pela mídia foquem nas questões de gênero, desconstruindo a associação entre vacina e sexualidade precoce. Uma alternativa é a utilização de figuras femininas (médicas, pesquisadoras, influenciadoras) que transmitam a importância da imunização e reforcem o empoderamento feminino.

A sexualidade na adolescência ainda é um tabu em diversos contextos familiares. Nesse cenário, as escolas exercem papel central na educação em sexualidade e saúde pública. Palestras com profissionais de saúde e campanhas de conscientização podem atingir grande número de jovens em idade escolar e promover a prevenção, o diagnóstico e o tratamento contra o HPV. Além disso, é importante inserir conteúdos de educação em sexualidade nos currículos escolares, abordando a prevenção do câncer de colo de útero e os direitos sexuais.

Nesse sentido, Reis (2018) adverte que, embora vacinação contra o HPV tenha sido pensada para ocorrer nas escolas, não houve uma articulação efetiva entre unidades de saúde e instituições de ensino para promover a educação sexual destinada a jovens da faixa etária-alvo das campanhas ministeriais. A capacitação dos profissionais da rede de ensino para abordar o tema de forma adequada ainda é incipiente.

Dados do Ministério da Saúde indicam que, entre 2022 e 2023, as doses aplicadas da vacina HPV aumentaram 42%. No público feminino, o aumento foi de 16%, enquanto no masculino chegou a 70%. Segundo o diretor do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, Eder Gatti, esses avanços são resultados dos programas de vacinação nas escolas, pois muitos meninos e meninas não vão às unidades de saúde. Por isso, torna-se necessário fortalecer a vacinação no ambiente escolar (Brasil, 2024).

Em 2024, a cobertura da primeira dose da vacina contra o HPV no Brasil alcançou cerca de 82,3 % entre meninas e 66,7 % entre meninos na faixa etária de 9 a 14 anos, conforme reportado pelo Instituto Butantan, embora a meta definida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) seja de 90 % da população elegível (Butantan, 2025). Visando reforçar a estratégia de vacinação contra HPV, em março de 2025 o Ministério da Saúde promoveu um webinar com o objetivo de mobilizar estados e municípios para vacinar jovens de 15 a 19 anos. Uma das medidas anunciadas foi a introdução da vacina contra o HPV em dose única no Brasil, conforme a Nota Técnica nº 41 de 2024 do Ministério da Saúde. Assim, em abril de 2025, o SUS passou a disponibilizar a dose única da vacina para jovens de 9 a 19 anos, como parte de uma estratégia para resgatar adolescentes que ainda não haviam sido vacinados (Brasil, 2025).

A adoção do esquema de dose única da vacina contra o papilomavírus humano (HPV) passou a ser recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) após revisão sistemática das evidências científicas. O Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE) concluiu, em 2022, que uma única dose da vacina confere proteção comparável à de duas doses para meninas de 9 a 14 anos e mulheres de 15 a 20 anos, sendo indicado esquema de duas ou três doses apenas para imunocomprometidos,

como pessoas vivendo com HIV (*World Health Organization*, 2022). Essa mudança visa ampliar a cobertura vacinal, facilitar a logística de aplicação e reduzir custos, sem comprometer a eficácia protetora.

Em consonância com as recomendações realizadas pela OMS, o Grupo Consultivo Técnico (GAT) sobre doenças imunopreveníveis da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), recomendou em um relatório de 2023, que os países e territórios das Américas utilizassem o esquema de dose única da vacina contra o HPV, que no Brasil, conforme já mencionado, foi implementada pelo Ministério da Saúde em 2025.

V. Considerações Finais

A trajetória da vacinação no Brasil demonstra que políticas públicas consistentes, como o PNI, têm capacidade de erradicar doenças graves e consolidar uma cultura de imunização. Entretanto, a persistente resistência à vacina contra o HPV revela que barreiras culturais, religiosas e de gênero ainda impactam negativamente a saúde pública, sobretudo no que se refere à imunização das meninas. Essas resistências estão frequentemente ancoradas em valores conservadores e em uma percepção moralizante da sexualidade feminina, na qual o corpo da menina é visto como patrimônio da família e da comunidade, devendo ser resguardado, enquanto a sexualidade masculina tende a ser naturalizada.

Esse cenário reflete uma lógica de vigilância moral que associa, de forma equivocada, a vacinação ao incentivo à vida sexual precoce, reforçando desigualdades de gênero e perpetuando estereótipos. Apesar dos esforços do PNI, persistem lacunas na cobertura vacinal, agravadas pela disseminação de desinformação e de teorias conspiratórias que questionam a segurança da vacina. Superar essas barreiras exige uma abordagem inter-setorial que una saúde, educação e comunicação, considerando não apenas os dados epidemiológicos, mas também os significados simbólicos que influenciam as decisões familiares.

Para avançar, torna-se imprescindível combater a desinformação com campanhas claras, acessíveis e culturalmente sensíveis, promover a educação sexual de forma emancipatória e reforçar a vacinação no ambiente escolar. Políticas públicas integradas e inclusivas, que dialoguem com a diversidade social e de gênero, são essenciais para que as famílias compreendam a imunização como um ato de cuidado e prevenção, e não de estímulo à sexualidade. Somente com ações articuladas e sensíveis às desigualdades estruturais será possível atingir as metas de cobertura vacinal, reduzir as disparidades de gênero e garantir o direito à saúde como um bem coletivo e inegociável.

Além disso, como a resistência vacinal contra o HPV não se limita a uma questão individual de escolha, mas reflete processos históricos e estruturais que envolvem desigualdade de gênero, fragilidade das políticas de educação em saúde e insuficiência de estratégias comunicacionais, as políticas públicas que pretendam ampliar a cobertura vacinal devem considerar não apenas a oferta do imunizante, mas também a criação de ambientes sociais e institucionais capazes de acolher dúvidas, reduzir estigmas e desconstruir mitos enraizados no imaginário coletivo. Isso implica fortalecer a formação continuada de profissionais da saúde e da educação, para que atuem como mediadores qualificados entre ciência e sociedade.

Por fim, a experiência brasileira com a vacinação contra o HPV revela que o sucesso das

políticas de imunização depende de um esforço coletivo, sustentado pela integração entre Esta-do, comunidade e famílias. É necessário que o direito à saúde seja garantido não apenas em sua dimensão formal, mas também em sua efetivação cotidiana, promovendo igualdade de gênero, confiança na ciência e responsabilidade social. Somente assim será possível consolidar uma cul-tura de prevenção que não se restrinja à erradicação de doenças, mas que contribua para a construção de uma sociedade mais consciente de seus direitos.

Referências

- Asian Communities for Reproductive justice. *A New Vision for advancing our movement for reproductive health, reproductive rights and reproductive justice*. 2005. Disponível em: <http://strongfamiliesmovement.org/assets/docs/ACRJ-A-New-Vision.pdf>.
- Brasil (2003). Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Imunizações 30 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/li-vro_30_anos_pni.pdf.
- Brasil (2025) Ministério da Saúde. Ministério da Saúde reforça estratégia de vacinação contra HPV. *Portal Gov.br*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/ministerio-da-saude-reforca-estrategia-de-vacinacao-contr-hpv>.
- Brasil (2023). Ministério da Saúde. Taxa de HPV na genital atinge 54,4% das mulheres e 41,6% dos homens no Brasil, diz estudo. *Portal Gov.br*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/taxa-de-hpv-na-genital-atinge-54-4-das-mulheres-e-41-6-dos-homens-no-brasil-diz-estudo>.
- Brasil (2024). Ministério da Saúde. Brasil está perto de alcançar meta de vacinação contra o vírus do HPV. *Agência Saúde*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/assuntos/noticias/2024/dezembro/brasil-esta-perto-de-alcancar-meta-de-vacinacao-contr-o-vi-rus-do-hpv>.
- Butantan Instituto. HPV. São Paulo: *Instituto Butantan*, 2025. Disponível em: <https://butantan.gov.br/hpv>.
- Carvalho, LSF de (2019). *Significados atribuídos à vacinação contra o HPV por responsáveis legais de meninas*. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/11174>.
- Dande, GMS; Silva Júnior, SI; Martinez, MR. (2022). Histórico da vacinação no Brasil e o atual cenário em decorrência da pandemia da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 11, p. 1–8. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e11346.2022>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11346>.
- Federici, S. (2017). *Calibã e a bruxa*: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante.
- Koehler, MC; Santos, E. P. (2017). O calendário de vacinação brasileiro e as estratégias para imunização da população. In: SILVA, M. N.; FLAUZINO, R. F. (org.). *Rede de frio*: gestão, especificidades e atividades [online]. Rio de Janeiro: CDEAD/ENSP/EPSJV/Editora Fiocruz, ISBN: 978-65-5708-096-2. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080962.0004>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/9qkyp>.
- Melo, MS. (2025). Acesso, cobertura e abandono da vacinação contra o papiloma-vírus humano no Distrito Federal: estudo de série temporal, 2013-2023. *Epidemiolo-*

gia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 34, e20240006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20240006>.

- Menezes, BS et al (2022). O percurso da imunização e sua contribuição para a sociedade: história, avanços e desafios da vacina no Brasil. *Revista Ciência e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 39-61. Disponível em: <https://publicacoes.uniesp.edu.br/index.php/3/article/view/16>.
- Moura, LL; Codeco, CT; Luz, PM (2021). Cobertura da vacina papilomavírus humano (HPV) no Brasil: heterogeneidade espacial e entre coortes etárias. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, e210001. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210001>.
- Moutinho, FFB (2020). Conflitos da sociedade brasileira com as normas sanitárias: um paralelo entre a revolta da vacina e a pandemia de Covid-19. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, ed. esp. Covid-19, p. 60-71, jun. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia0054379>.
- Nogueira, RAB et al. (2021). A Revolta da Vacina e seus impactos. *Cientific@ Multidisciplinary Journal*, v. 8, n. 2, p. 1-10. DOI: <https://doi.org/10.37951/2358-260X.2021v8i2.5914>. Disponível em: <https://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/cientifica/article/view/5914>.
- Nielsson, JG (2020). Corpo reprodutivo e biopolítica: a hystera homo sacer. *Revista Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 880-910. DOI: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/40921>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/MC5VRnhpJrWSpFDk8GxsyNn/?format=html&lang=pt>.
- Nielsson, J. G. (2025). Direitos humanos, justiça reprodutiva e mortalidade materna no Brasil 20 anos depois da morte de Alyne Pimentel. *Revista Direito E Práxis*, 16(1), 1–28. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaceaju/article/view/78389>.
- Paho Technical Advisory Group recommends countries of the Americas to use single-dose HPV vaccine schedule. PAHO. Washington, D.C., 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/5-9-2023-paho-technical-advisory-group-recommends-countries-americas-use-single-dose-hpv>.
- Perrot, M. (2025). *As mulheres ou os silêncios da história*. Bauru: Edusc, 2025.
- Reis, MNM. (2018). *Controvérsias no debate público sobre a vacina contra HPV no Brasil*. 2018. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/23931>.
- Ross, Loretta et al. Understanding Reproductive Justice: Transforming the Pro-Choice Movement. 2006. Disponível em: https://www.law.berkeley.edu/phpprograms/centers/crrj/zotero/loadfile.php?entity_key=6NK5BUG9.
- Santiago, FO et al. (2021). Fatores associados à não adesão e à evasão à vacinação contra o HPV entre escolares de 9 a 14 anos da cidade de Ipatinga-MG. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 33, n. 1, p. 06-13, Disponível em: <http://www.mastere-ditora.com.br/bjscr>.
- Segato, RL. (2014). Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. *Revista Sociedad e Estado*, v. 29, n. 2, p. 341-363, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/XSfjZV5K7f9HkTy5SLTp7jw/?format=html&lang=es>. Acesso em: 12 ago. 2025.
- Scliar, M. (2005). *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. 2. ed. São Paulo: Senac São Paulo.
- Vasques-Ferreira, F; Varão, R. (2021). *Fake news* e HPV: relações entre comunicação e informação para prevenção da doença e promoção da saúde de meninos e meninas. *Revista Polis*, Santiago, v. 24, n. 110, p. 173-183. DOI: <https://doi.org/10.26807/rp.v25i110.1741>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/359954702_FAKE_NEWS_E_HPV_relacoes_entre_comunicacao_e_informacao_para_prevencao_da_doenca_e_pro

mocao_da_saude_de_meninos_e_meninas.

- Vieira, JR (2022). *Concepções de profissionais de saúde sobre a vacinação contra o papilomavírus humano no município de Nova Iguaçu/RJ*. 2022. 111 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica. Disponível em: <https://www.bdt.duerj.br:8443/bitstream/1/18008/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Juliana%20Rodrigues%20Vieira%20-%202022%20-%20Completa.pdf>.
- Wermuth, MAD; Nielsson, JG; Tertuliano, GC (2021). “O Brasil ainda é um imenso hospital”: movimentos higienistas e antivacina no Brasil – da incipiente República à contemporaneidade. *Revista Acadêmica da Faculdade de Direito do Recife*, v. 93, n. 1, p. 350-370. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/ACADEMICA/article/view/249745>.
- World Health Organization (2022). Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, conclusions and recommendations. Geneva: WHO. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/11-04-2022-one-dose-human-papillomavirus-%28hpv%29-vaccine-offers-solid-protection-against-cervical-cancer>.