



Protocolo Clínico Multidisciplinar: Diretrizes para a Vacinação HPV9 no Brasil

Autores

Alves, RRF
Borba, M
Cardial, MFT
Carvalho, JJM
Carvalho, JZM

Carvalho, NS
Chaves, JHB
Eleutério Jr., J
Fernandes, RC
Fialho, SCAV

Fonseca, VLM
Giraldo, PC
Gonçalves, MAG
Guimarães, ICCV
Kfoury, RA

Levi, M
Magno, VA
Manzione, TS
Martins, CMR
Matos, FM

Moreira, WKM
Nadal, SR
Neves, NA
Nunes, AAA
Rygaard, MCPV

Speck, NMG
Teles, HFM
Tso, FK
Valença, JEC
Yoneda, YA

1. Contexto Estratégico e Fundamentação Epidemiológica

A carga das doenças induzidas pelo **Papilomavírus Humano (HPV)** no Brasil constitui uma emergência de saúde pública persistente. Dados do **INCA (2026–2028)** projetam um cenário alarmante com a expectativa de **781 mil novos casos de câncer por ano**, incluindo **19.310 de câncer de colo de útero** e **17.190 diagnósticos anuais de câncer de cavidade oral**. O caráter crítico dessa epidemiologia é agravado pelo fato de que **o câncer de colo uterino ser a primeira causa de morte entre mulheres até os 35 anos** e **os cânceres de cabeça e pescoço ter 80% dos tumores detectados em estágios avançados**, resultando em prognósticos desfavoráveis. Neste contexto, o **I Fórum Nacional HPV ABPTGIC (27/02/2026)** estabeleceu um marco institucional imperativo, unificando as condutas de diversas especialidades para enfrentar o vírus de forma coordenada e baseada em evidências de alto nível. Com participação das **Sociedades Brasileiras de Imunização, de Urologia, Proctologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia**.

Este consenso estabelece a **vacina nonavalente (HPV9)** como o novo padrão-ouro preventivo, representando um salto qualitativo em relação às tecnologias anteriores. Ao ampliar o espectro de proteção, a HPV9 eleva a cobertura preventiva de 70% para aproximadamente **90% dos cânceres de colo de útero**.

- **Tipos de HPV cobertos:** 6, 11 (baixo risco), 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58 (alto risco).
- **Impacto Oncológico Multi-sítio:** Prevenção direta e robusta de cânceres de **colo de útero, vagina, vulva, orofaringe, canal anal e pênis**.
- **Redução de Morbidade Benigna:** Controle eficaz de condilomas genitais e da papilomatose respiratória.

A magnitude desses dados epidemiológicos impõe a necessidade de integrar a imunização não apenas como prevenção primária, mas como parte indissociável da condução clínica de doenças precursoras já estabelecidas.

2. Ginecologia: Vacinação Adjuvante no Tratamento de NIC 2/3

Este protocolo determina que a vacinação contra o HPV deve ser considerada como um **componente crítico no manejo de pacientes com lesões precursoras estabelecidas**. Em mulheres tratadas por Neoplasia Intraepitelial Cervical de graus 2 ou 3 (NIC 2/3), a vacina atua como uma estratégia adjuvante essencial para mitigar o risco de persistência viral e recidivas pós-procedimentos excisionais.

Evidências científicas demonstram que a vacinação perioperatória reduz drasticamente a probabilidade de novas intervenções cirúrgicas, conforme sistematizado abaixo:

Parâmetro Clínico ⁴	Estimativa Percentual
Risco basal de recorrência de NIC 2+ (pós-tratamento sem vacina)	5% a 10%
Redução do risco de recorrência (com vacinação adjuvante)	50% a 65%

Diretriz Operacional para Prática Ginecológica

1. **Público-alvo:** Todas as mulheres submetidas ao tratamento de NIC 2/3, **independentemente da idade**, abrangendo inclusive pacientes acima de 26 anos.
2. **Janela de Oportunidade:** O início deve ocorrer preferencialmente no **período perioperatório** (do pré-operatório até 12 meses após a conização ou exérese da zona de transformação).
3. **Esquema Vacinal:** Recomenda-se o esquema de **3 doses** (0, 1–2 e 6 meses). **Observação técnica:** Pacientes que já haviam iniciado o esquema vacinal anteriormente devem apenas **completar as doses pendentes**, sem necessidade de reinício.

É dever ético e técnico do médico assistente realizar a recomendação formal da vacina, garantindo que a paciente compreenda os benefícios da proteção contra novos genótipos.

3. Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço: Prevenção de Câncer de Orofaringe e Papilomatose

O perfil etiológico das neoplasias de orofaringe sofreu uma transição drástica, com o HPV-16 consolidando-se como o principal agente causal. Devido à **inexistência de métodos eficazes de rastreamento populacional** para esta região, a vacinação assume o papel de estratégia mestre para evitar o diagnóstico em estágios avançados.

O HPV-16 é responsável por **80% a 90% dos carcinomas espinocelulares de orofaringe** HPV-positivos. A vacina HPV9 reduz em aproximadamente **80% a proba-**

bilidade de infecção oral por este subtipo. Além disso, este protocolo estabelece o uso da vacina como **estratégia adjuvante para pacientes já diagnosticados com Papilomatose Respiratória Recorrente (PRR)**, causada pelos tipos 6 e 11, podendo ser administrada a partir dos **2 anos de idade**.

Em adultos com doença neoplásica, embora não haja efeito terapêutico sobre lesões estabelecidas, a vacinação pode ser considerada para proteção contra genótipos não adquiridos. Recomenda-se o esquema de três doses (0, 1-2 e 6 meses).

A abordagem clínica deve priorizar uma comunicação ativa e **não estigmatizante**, desvinculando a vacina de comportamentos sexuais e focando estritamente na prevenção do câncer, especialmente para o público masculino.

4. Coloproctologia: Integração entre Vacinação e Rastreamento Anal

Diante da crescente incidência das neoplasias anais, este consenso propõe uma estratégia integrada que combina imunização e vigilância rigorosa. A vacinação deve ser recomendada para todos os indivíduos em seguimento por **Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL) anal**, uma vez que previne novas infecções por tipos de HPV ainda não adquiridos, embora não trate lesões existentes. O impacto da vacinação na redução de recidivas permanece incerto e heterogêneo na literatura.

Estratificação de Risco para Organização do Cuidado

O manejo deve ser organizado conforme os seguintes níveis de vulnerabilidade:

- **Nível A (Vigilância Estruturada):** Indivíduos com histórico confirmado de **HSIL anal**.
- **Nível B (Alto Risco):** Pessoas vivendo com HIV; mulheres trans; indivíduos com práticas anorreceptivas e IST recorrentes; usuários de PrEP com múltiplos parceiros; **receptores de transplantes**; e pacientes com **neoplasias ou HSIL associadas ao HPV em outros sítios** (vulva ou colo uterino).
- **Nível C (Baixo Risco):** Indivíduos sem os fatores acima, mantendo-se a investigação baseada em sintomas clínicos.

É um imperativo técnico reforçar que **a vacinação não substitui o rastreamento**. O seguimento com citologia anal e/ou teste de DNA-HPV e **anuscopia de alta resolução** deve ser mantido de forma idêntica em vacinados e não vacinados, dada a persistência do risco em populações expostas.

5. Urologia e Saúde do Homem: Condutas no HPV Genital Masculino

A infecção masculina por HPV é altamente prevalente e majoritariamente **assintomática**, o que facilita a cadeia de transmissão sustentada em ambos os sexos. A vacinação é a ferramenta primordial para a quebra deste ciclo e para a redução da carga de condilomas e câncer de pênis.

Recomendações por Faixa Etária

- **9 a 14 anos:** Prioridade absoluta para vacinação de rotina (idealmente pré-exposição).
- **15 a 26 anos:** Recomendação de vacinação **sistemática** de resgate.
- **27 a 45 anos:** Decisão **individualizada**, baseada no risco de novas exposições e histórico de IST.

Guia de Manejo Clínico e Aconselhamento

- **Pacientes com Condiloma Ativo:** A vacinação deve ser indicada como adjuvante para prevenir reinfecções por outros tipos virais e provável redução de recidivas, embora não tenha efeito terapêutico curativo na lesão atual.
- **Imunocomprometidos:** Esquema obrigatório de **3 doses**, independentemente da idade.
- **Aconselhamento sobre Prevenção:** O médico deve informar que o **uso do preservativo reduz, mas não elimina completamente a transmissão do HPV**, tornando a vacina a camada de proteção mais eficaz.
- **Escolha Tecnológica:** O urologista deve apresentar a vacina **HPV9 (Rede Privada)** como a opção de maior espectro, mantendo a **HPV4 (SUS)** como a base da política pública nacional.

6. Estratégias de Gestão: Ampliação da Cobertura e Combate à Hesitação

O sucesso da imunização no Brasil depende de estratégias agressivas contra a hesitação vacinal. Este protocolo determina que o médico adote uma **abordagem prescritiva e assertiva**, tratando a vacina como uma intervenção anti-câncer de rotina, e não como uma opção facultativa.

Estratégias Operacionais

- **Setor Público e Vulnerabilidade:** Foco na **vacinação extramuros** (escolas e unidades móveis) e linguagem adaptada para populações negras, indígenas, LGBT-QIA+ e comunidades periféricas.
- **Esquemas Vacinais (HPV9):** No setor privado, deve-se observar rigorosamente o esquema de **2 doses para a faixa de 9–19 anos e 3 doses para a faixa de 20–45 anos**.

Posicionamento Técnico: HPV4 vs. HPV9

Embora a vacina Quadrivalente (SUS) seja a base da saúde pública, a **Nonavalente (HPV9)** oferece proteção incremental contra cinco tipos oncogênicos adicionais (**31, 33, 45, 52 e 58**). A transição programática para a HPV9 no setor público é uma meta estratégica que deve ser buscada conforme a viabilidade econômica, garantindo sempre a sustentabilidade e a equidade do sistema.

7. Conclusão e Considerações Finais

A vacinação contra o HPV é uma intervenção de **extrema segurança e eficácia comprovada**. A transição para a vacina HPV9 e sua aplicação em contextos adjuvantes representam a fronteira final na eliminação do câncer de colo do útero e na redução drástica das neoplasias extraginecológicas no Brasil.

A **integração multidisciplinar** é o único caminho para superar as lacunas de cobertura e os diagnósticos tardios. Este protocolo clínico possui a validação institucional das sociedades signatárias, que reafirmam seu compromisso com a excelência clínica e a saúde pública nacional:

- Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC)
- Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm)
- Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)
- Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP)
- Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBCCP)
- Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF)

Coordenadora:

Relatora:

Diretora Científica ABPTGIC:

Secretária Geral:

Marcia Fuzaro Terra Cardial

Neila Maria de Góis Speck

Walquiria Quida Salles Pereira Primo

Adriana Bittencourt Campaner

Assinam este documento

Andre Alencar Araripe Nunes • ABORL-CCF

Cecília Maria Roteli Martins

Fatima Mendes de Matos • SBCCP

Fernanda Kesselring Tso

Heliamara Ferreira Maia Teles

Isabel Cristina Chulvis do Val Guimarães

Jefferson Elias Cordeiro Valença

José Eleutério Júnior

José Humberto Belmino Chaves

Julio José Máximo de Carvalho • SBU

Júlio Zonzini Máximo de Carvalho • SBU

Manoel Afonso Guimarães Gonçalves

Marcelo Borba • SBCP

Marcia Fuzaro Terra Cardial

Maria Carolina Pessoa Valença Rygaard

Mônica Levi • SBIm

Neila Maria de Góis Speck

Newton Sérgio de Carvalho

Nilma Antas Neves

Paulo César Giraldo

Renato Avila Kfourir • SBIm

Roni de Carvalho Fernandes • SBU

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

Sidnei Roberto Nadal • SPCP

Susana Cristina Aidé Viviani Fialho

Thiago Silveira Manzione • SBCP

Valentino Antonio Magno

Vera Lucia Mota da Fonseca

Wanuzia Keyla Miranda Moreira

Yoshiko Aihara Yoneda

REFERÊNCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Human Papillomavirus Vaccination. ACOG Practice Bulletin No. 206. Obstet Gynecol. 2019;134(4):e128–43.
2. ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines: Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. 2019 ASCCP Guidelines. J Lower Gen Tract Dis. 2020;24(2):102–31.
3. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). FIGO Statement on HPV Vaccination and Cervical Cancer Prevention. Int J Gynaecol Obstet. 2021;152(2):281–2.
4. Del Pino M, Alemany L, Quint W, Clavel C, Ordi J, Tous S, et al. Efficacy of HPV Vaccination on Women Undergoing Excisional Treatment for High-Grade Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cancers (Basel). 2021;13(17):4448.
5. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022. Wkly Epidemiol Rec. 2022;97(50):645–72.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). ACIP shared clinical decision-making recommendations for HPV vaccination (27–45 years). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019;68(32):698–702.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1–187.
8. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendários de vacinação: adolescente e adulto – atualização vigente. São Paulo: SBIm; 2024.
9. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020.
10. Centers for Disease Control and Prevention. HPV vaccination recommendations. Atlanta: CDC; 2023.
11. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Imunizações: 50 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.