ABPTGIC
Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

doi 10.29327/5986189

Protocolo Clínico Multidisciplinar: Diretrizes para a Vacinação HPV9 no Brasil

Autores

Alves, RRF
Barros, JA
Bicudo, MC
Borba, M
Campaner, AB
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
Jacyntho, CMA
Kfouri, RA
Levi, M
Magno, VA
Manzione, TS
Maranhão, AGK
Matos, FM
Matos, LL
Moreira, WKM
Nadal, SR
Neves, NA
Nunes, AAA
Pereira, AJA
Roteli-Martins, CM
Rygaard, MCPV
Speck, NMG
Teles, HFM
Tso, FK
Valença, JEC
Veasey, JV
Yoneda, YA
Zanine, RM



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.

doi.org/10.29327/5986189

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 probabilidade 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.

doi.org/10.29327/5986189

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 novas infecções por tipos virais incluídos na vacina e reduzir o risco de futuras doenças HPV-relacionadas, embora não tenha efeito terapêutico curativo sobre a lesão atual. A presença de condiloma, infecção prévia pelo HPV ou antecedente de doença HPV-relacionada não constitui, por si só, contraindicação à vacinação.
- **Imunocomprometidos:** Recomenda-se **esquema de 3 doses**, independentemente da idade de início da vacinação, observadas as recomendações específicas para cada faixa etária e condição clínica.
- **Aconselhamento sobre Prevenção:** O médico deve informar que o **uso correto e consistente de preservativos reduz, mas não elimina completamente a transmissão do HPV**, uma vez que o vírus pode infectar áreas não protegidas pelo preservativo. A vacinação constitui importante estratégia adicional de prevenção de novas infecções por HPV.
- **Vacinação do Parceiro Sexual:** Recomenda-se que o **parceiro sexual de mulheres com diagnóstico de lesão pré-cancerosa ou câncer HPV-relacionado da região genital seja avaliado quanto ao histórico vacinal e à indicação da vacinação contra o HPV**, particularmente quando não houver vacinação prévia ou esta estiver incompleta. Essa abordagem deve ser entendida como estratégia de prevenção individual e de saúde do casal, e não como tratamento da infecção pelo HPV já existente. Os parceiros sexuais frequentemente compartilham a infecção pelo HPV, não sendo possível determinar, na maioria dos casos, quando ou de quem ocorreu a transmissão.

doi.org/10.29327/5986189

- **Prevenção de Doenças HPV-Relacionadas em Outros Sítios:** A inclusão do parceiro na estratégia de vacinação amplia a abordagem preventiva para além das doenças anogenitais, considerando que determinados tipos de HPV também estão associados a **cânceres de orofaringe**, particularmente aqueles que acometem as tonsilas e a base da língua. A vacinação previne novas infecções pelos tipos vacinais relacionados a essas doenças e, portanto, apresenta plausibilidade biológica para contribuir para a prevenção futura de cânceres HPV-relacionados da orofaringe. Entretanto, deve-se esclarecer que a vacina **não trata infecção oral ou orofaríngea já estabelecida**, e que a redução de incidência de câncer de orofaringe após vacinação ainda constitui um desfecho de acompanhamento de longo prazo.
- **Aconselhamento do Casal:** O diagnóstico de HPV, pré-câncer ou câncer HPV-relacionado em um dos parceiros **não deve ser interpretado como evidência de infidelidade ou de transmissão recente**, uma vez que a infecção pode permanecer clinicamente silenciosa por longo período e os parceiros frequentemente compartilham os mesmos tipos virais. O aconselhamento deve enfatizar prevenção, vacinação e acompanhamento clínico apropriado, evitando atribuição de origem ou momento da infecção.
- **Escolha Tecnológica:** O médico deve apresentar a **vacina HPV9 (Rede Privada)** como opção de maior cobertura de tipos de HPV, enquanto a **HPV4 (SUS)** permanece como importante componente da política pública nacional, conforme as indicações e os critérios vigentes do Programa Nacional de Imunizações.

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, LGBTQIA+ 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.

doi.org/10.29327/5986189

7. Medicina do Trabalho - HPV e Saúde Ocupacional: Guia de Recomendações para Prevenção e Vigilância

- **Governança em Saúde Ocupacional:** O HPV e os cânceres a ele relacionados devem ser incorporados ao planejamento anual de saúde ocupacional, com integração entre **PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos), PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), campanhas oficiais de vacinação, rastreamento e indicadores de absenteísmo**. A Medicina do Trabalho deve atuar como articuladora entre empresa, trabalhador, serviços assistenciais e saúde suplementar.

- **Vacinação como Estratégia Institucional:** As empresas devem promover **informação ativa sobre vacinação contra o HPV, elegibilidade e segurança**, facilitando o acesso por meio de campanhas internas, encaminhamento ao SUS ou à saúde suplementar e parcerias assistenciais. A vacinação deve ser estimulada sem constrangimento e com preservação da confidencialidade individual.

- **Profissionais de Saúde com Exposição Ocupacional:** Trabalhadores envolvidos em procedimentos que geram **fumaça cirúrgica**, como eletrocirurgia, laser, eletrocauterização e LEEP, devem ser considerados grupo de atenção especial. Recomenda-se a adoção de protocolos de **controle da fumaça cirúrgica, proteção respiratória adequada, treinamento sobre aerossóis biológicos e auditoria das medidas de biossegurança**.

- **Rastreamento e Diagnóstico Precoce:** A Medicina do Trabalho deve facilitar o acesso ao rastreamento recomendado para **mulheres e pessoas com colo do útero de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual**, priorizando o teste molecular para DNA-HPV oncogênico onde disponível e a citologia conforme as diretrizes locais. Os exames ocupacionais periódicos podem constituir oportunidade para **orientação, identificação de barreiras e encaminhamento**, sem substituir a assistência médica individual ou o SUS.

- **Direito à Informação e Acesso:** As empresas devem disponibilizar informações sobre as **campanhas oficiais de vacinação contra o HPV e sobre a prevenção dos cânceres relacionados**, além de orientar ativamente sobre o acesso aos serviços diagnósticos e sobre o direito de ausência para realização de exames preventivos, conforme a legislação trabalhista vigente.

- **Confidencialidade e Não Discriminação:** O aconselhamento sobre HPV deve utilizar **linguagem médica, não moralizante e não estigmatizante**, preservando o sigilo, a autonomia e o consentimento informado. Informações individuais sobre vacinação, infecção, rastreamento ou diagnóstico não devem ser utilizadas para discriminação ocupacional.

- **Populações e Situações Prioritárias:** Devem ser identificados trabalhadores elegíveis à vacinação segundo as normas vigentes e grupos com **exposição ocupacional específica**, especialmente profissionais que manipulam lesões relacionadas ao HPV ou trabalham em ambientes com geração de fumaça cirúrgica e os trabalhadores(as) do sexo.

doi.org/10.29327/5986189

- **Acompanhamento e Indicadores:** Recomenda-se o monitoramento institucional de **cobertura educativa, adesão às campanhas, ações de vacinação, encaminhamentos, barreiras de acesso e afastamentos relacionados aos cânceres HPV-associados**, sempre sem exposição de dados pessoais ou sensíveis dos trabalhadores.
- **Reabilitação e Retorno ao Trabalho:** Nos trabalhadores com câncer relacionado ao HPV, a Medicina do Trabalho deve participar do **acompanhamento da reabilitação, retorno ao trabalho e eventual readaptação funcional**, garantindo sigilo médico e enfrentamento do estigma associado à doença.

Princípio norteador: A prevenção do HPV no ambiente de trabalho deve ser compreendida como uma estratégia de **prevenção oncológica, proteção da saúde, redução de barreiras de acesso e preservação da capacidade laboral**, integrando vacinação, rastreamento, biossegurança e vigilância à saúde do trabalhador.

8. Dermatologia e HPV: Guia de Recomendações para Diagnóstico, Tratamento e Vacinação

- **Papel da Dermatologia:** O dermatologista ocupa posição estratégica no diagnóstico e tratamento das manifestações cutâneas e anogenitais relacionadas ao HPV, incluindo **condilomas anogenitais, verrugas vulgares, plantares e periungueais**, além da identificação de lesões suspeitas e de pacientes que necessitem de abordagem multidisciplinar.
- **Vacinação como Prevenção:** A consulta dermatológica deve ser considerada uma oportunidade para **verificar a situação vacinal, recomendar a vacinação conforme o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e as indicações vigentes e orientar o paciente** sobre os benefícios da imunização. A vacinação previne infecções e doenças relacionadas aos tipos de HPV contemplados pelas vacinas, incluindo condilomas e neoplasias associadas a esses tipos.
- **Limites da Vacinação:** Deve-se esclarecer que as vacinas contra o HPV são **profiláticas e não possuem indicação como tratamento de infecções ou lesões já estabelecidas**. A vacinação não substitui o diagnóstico clínico, o tratamento das lesões existentes ou o seguimento dermatológico.
- **Verrugas Cutâneas Comuns:** Os tipos de HPV responsáveis pela maioria das **verrugas vulgares, plantares e periungueais** não estão contemplados nas principais vacinas contra o HPV. Portanto, os benefícios comprovados da vacinação na prevenção de condilomas e cânceres relacionados ao HPV **não devem ser extrapolados para a prevenção ou tratamento das verrugas cutâneas comuns**.
- **Vacinação Intramuscular e Verrugas:** Embora existam estudos avaliando possível efeito terapêutico da vacinação intramuscular sobre verrugas cutâneas recalcitrantes, os resultados são heterogêneos e **não sustentam, atualmente, a indicação da vacina como tratamento de verrugas cutâneas comuns**. A vacinação deve ser realizada por sua finalidade profilática.

doi.org/10.29327/5986189

- **Uso Intralesional da Vacina:** A aplicação intralesional da vacina contra o HPV em verrugas cutâneas apresenta resultados experimentais, porém **não possui indicação para uso rotineiro**. A ausência de padronização, as limitações metodológicas dos estudos e a ausência de aprovação para essa finalidade justificam que essa abordagem permaneça restrita à investigação clínica.
- **Conduta nas Lesões Estabelecidas:** Pacientes com verrugas ou condilomas devem receber **tratamento dermatológico individualizado**, de acordo com a localização, extensão, características clínicas e condições do paciente. A vacinação pode ser indicada concomitantemente quando houver indicação preventiva, mas não deve ser apresentada como tratamento da lesão existente.
- **Aconselhamento ao Paciente:** O dermatologista deve comunicar de forma clara os **benefícios e limites da vacinação**, evitando criar expectativa de cura de lesões já estabelecidas. A adequada diferenciação entre prevenção e tratamento fortalece a confiança na vacinação e contribui para a prevenção de condilomas e cânceres associados aos tipos de HPV contemplados.

9. Quadro-resumo – vacinação contra HPV no PNI – HPV4

Grupo	Idade	Esquema HPV4
Rotina – meninas e meninos	9 a 14 anos	1 dose
Resgate temporário	15 a 19 anos	1 dose, até 31/12/2026
Vítimas de violência sexual	2 a 8 anos	1 dose (novo)
Vítimas de violência sexual	9 a 14 anos	2 doses – 0 e 6 meses
Vítimas de violência sexual	15 a 45 anos	3 doses – 0, 2 e 6 meses
Imunodeprimidos	9 a 45 anos	3 doses – 0, 2 e 6 meses
Usuários de PrEP para HIV	15 a 45 anos	3 doses – 0, 2 e 6 meses
Papilomatose respiratória recorrente	≥ 2 anos	3 doses – 0, 2 e 6 meses
NIC 2/3 ou AIS tratados	Qualquer idade	3 doses – 0, 2 e 6 meses

10. Recomendações SBIm 2026/2027 para vacina HPV9

Grupo	Faixa etária	Esquema HPV9 – SBIm	Observações
Meninas e meninos não vacinados	9-19 anos	2 doses – 0 e 6 meses	SBIm prefere HPV9 sempre que possível
Não vacinados	≥20 anos	3 doses – 0, 2 e 6 meses	Até 45 anos, conforme licenciamento
Imunocomprometidos	9-45 anos	3 doses – 0, 2 e 6 meses	Independentemente da idade de início
Vítimas de violência sexual	9-19 anos	2 doses – 0 e 6 meses	Esquema conforme idade

doi.org/10.29327/5986189

Grupo	Faixa etária	Esquema HPV9 – SBIm	Observações
Vítimas de violência sexual	≥20 anos	3 doses – 0, 2 e 6 meses	Conforme recomendação SBIm
Papilomatose respiratória recorrente	Qualquer idade	3 doses – 0, 2 e 6 meses	A SBIm considera indicação especialmente importante
Pessoas previamente vacinadas com HPV4	9-19 anos	Revacinação com HPV9: 2 doses – 0 e 6 meses	Intervalo para iniciar depende do número de doses anteriores
Pessoas previamente vacinadas com HPV4	≥20 anos	HPV9: 3 doses – 0, 2 e 6 meses	Intervalos específicos conforme histórico vacinal

11. 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)**
- **Associação Paulista de Medicina do Trabalho (APMT)**
- **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)**
- **Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD)**
- **Grupo Brasileiro de Câncer de Cabeça e Pescoço (GBCP)**

doi.org/10.29327/5986189

Coordenadora:	Marcia Fuzaro Terra Cardial
Relatora:	Neila Maria de Góis Speck
Diretora Científica ABPTGIC:	Walquiria Quida Salles Pereira Primo
Secretária Geral:	Adriana Bittencourt Campaner

ASSINAM ESTE DOCUMENTO

Andre Alencar Araripe Nunes - ABORL-CCF
Cecilia Maria Roteli Martins
Fatima Mendes de Matos - SBCCP
Fernanda Kessering 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
Monica Levi - SBIm
Neila Maria de Góis Speck
Newton Sérgio de Carvalho
Nilma Antas Neves
Paulo César Giraldo
Renato Avila Kfouri - 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

Incluídos no 2° Fórum

Adriana Jardim Arias Pereira - APMT
John Verrinder Veasey – SBD
Rita Maira Zanine – ABPTGIC
Adriana Bittencourt Campaner – ABPTGIC
Leandro Luongo Matos – SBCCP
Claudia Marcia de Azevedo Jacyntho
Maria Claudia Bicudo – SBU
Ana Goretti Kalume Maranhão - MS
Jefferson Alfredo Barros - SBD

SOCIEDADES PARCEIRAS

doi.org/10.29327/5986189

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.
12. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 1: disposições gerais e gerenciamento de riscos ocupacionais. Brasília, DF: MTE, 2026c. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-1. Acesso em: 21 set. 2026.
13. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 7: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Brasília, DF: MTE, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-7-nr-7. Acesso em: 21 set. 2026.
14. Kost Y, et al. Vaccination against human papillomavirus is not associated with resolution of verruca vulgaris in immunocompetent 9- to 21-year-olds. J Am Acad Dermatol. 2022;87(1):250-252. DOI/URL
15. Nofal A, et al. Intralesional versus intramuscular bivalent human papillomavirus vaccine in the treatment of recalcitrant common warts. J Am Acad Dermatol. 2020;82(1):94-100. DOI/URL
16. Shin JU, et al. Nonavalent human papillomavirus vaccine for the treatment of multiple recalcitrant warts: an open-label study. J Am Acad Dermatol. 2022;86(4):940-941. DOI/URL
17. Bar-Ilan E, et al. Intralesional human papillomavirus vaccine for the treatment of recalcitrant cutaneous warts. J Dermatol. 2023;50(11):1373-1380. DOI/URL
18. Fawzy M, et al. Intralesional bivalent and quadrivalent human papillomavirus vaccines did not significantly enhance the response of multiple anogenital warts when co-administered with intralesional Candida antigen immunotherapy. Arch Dermatol Res. 2023. DOI/URL
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Instrução Normativa que instrui o Calendário Nacional de Vacinação – 2026. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2026.pdf Acesso em: 28 set. 2026.

doi.org/10.29327/5986189