



Acelerar a eliminação do câncer HPV induzido: qual o papel da colposcopia?

Marcia Fuzaro Terra Cardial¹

O câncer de colo de útero permanece como importante problema de saúde pública no Brasil, com incidência estimada em 17.010 casos/ano (2023–2025), representando 7% dos cânceres femininos. Enquanto a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 4 casos/100 mil mulheres/ano, nossas taxas de incidência variam, a depender da região do país, a saber: Norte, em até 31,71/100 mil; Nordeste, 17/100 mil; Centro-Oeste, 13,24/100 mil; e Sul/Sudeste, de 7,11 a 10,77/100 mil mulheres/ano¹.

Quanto à mortalidade, apesar de muitos esforços e campanhas, por décadas não se observa redução significativa e contrariamente se observa aumento na Região Norte¹.

As estratégias de prevenção são conhecidas como:

- Primária: vacinação HPV e uso de preservativos.
- Secundária: rastreamento.
- Terciária: tratamento dos pré-cânceres e cânceres.

A vacina HPV quadrivalente está disponível na rede pública gratuitamente para meninos e meninas de 9 a 19 anos, em dose única, e situações especiais até 45 anos, em três doses, em caso de imunocomprometimento (pacientes com HIV/AIDS, transplantados de órgão sólido ou medula e oncológicos), papilomatose laríngea, vítimas de abuso sexual ou usuárias de profilaxia pré-exposição (PrEP/HIV). Já a vacina nonavalente está disponível na rede privada para homens e mulheres de 9 a 45 anos¹.

Apesar de a vacina ser segura e estar disponível gratuitamente, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura vacinal ainda é insuficiente, bem como o rastreamento e o tratamento¹.

O rastreamento atual ainda não é organizado e tem o exame citopatológico como base, na maioria das regiões do país, com sensibilidade que varia entre 50 e 60%. Entretanto, o teste de DNA HPV com genotipagem foi aprovado em 2024 para implementação no SUS. A sensibilidade desse método é acima de 90%, e aguardamos estar disponível

em todo o país para aumentar a detecção em mulheres sob risco, afastando do rastreio as mulheres sem a causa do câncer de colo de útero¹⁻⁴.

Com um teste mais sensível, enfrentaremos outros desafios, como a necessidade de colposcopias em maior número e qualidade, bem como mais acesso ao tratamento de lesões precursoras, agilizando o tempo de espera. Para isso, a integração de governo, seguradoras de saúde e associações médicas, no sentido de assegurar espaço, material e médicos capacitados para as colposcopias, diretrizes e tratamentos resultantes dos exames de rastreio alterados¹⁻⁴.

As novas diretrizes para rastreamento estão sendo elaboradas por comitês técnicos do Ministério da Saúde do Brasil e das sociedades médicas com o objetivo de orientar as melhores condutas por meio de resultados do teste de HPV. Estão disponíveis desde agosto de 2025 as recomendações referentes ao rastreio com teste primário por PCR DNA-HPV oncogênico com genotipagem parcial ou estendida, que deve ser colhido por profissional de saúde ou autocoletado, a partir de 25 anos (a recomendação condicional é entre 25 e 29 anos, mas com forte evidência a partir dos 30 anos)¹⁻⁴.

As diretrizes reforçam que devemos orientar sobre os possíveis resultados previamente à coleta. Caso o teste seja negativo, o intervalo de coleta passa a ser a cada cinco anos para mulheres imunocompetentes e três anos para imunossuprimidas/HIV¹⁻⁴.

O fluxo pós-teste passa a ser o seguinte¹:

- HPV 16/18 positivo: encaminhamento direto para colposcopia.
- HPV oncogênico não 16/18: citologia reflexa. Caso a citologia esteja alterada ou insatisfatória, deve-se encaminhar para colposcopia e, se negativa, repetir o teste de HPV em 12 meses. Lembramos que, se o material foi obtido por autocoleta, não se permite a citologia reflexa, e a mulher deve retornar para coleta de citologia.

¹Presidente da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia – ABPTGIC (2024–2026)

*Autora correspondente: marciaterracardial@uol.com.br

Conflito de interesse: nada a declarar. Fonte de financiamento: não há.

Recebido em: 20/09/2025. Aprovado em: 03/11/2025

- Imunossuprimidas: rastreamento depois do início da atividade sexual e não o encerrar, pois essas pessoas têm maior chance de desenvolver lesões precursoras e câncer de colo do útero do que as demais.

A colposcopia deve ser indicada para mulheres com teste de HPV oncogênico positivo (especialmente tipos 16/18) ou citologia alterada e tem papel primordial na redução do risco de progressão para câncer invasivo. Por meio dela, realizamos:

- Avaliação diagnóstica das lesões cervicais.
- Definição da gravidade e da extensão das lesões.
- Orientação e localização de biópsias nas áreas de maior gravidade.
- Direcionamento do tratamento adequado.

Desafios e qualidade na colposcopia¹⁻⁴:

- Alta taxa de colposcopias desnecessárias observada em estudos internacionais (até 90%).
- Fatores contribuintes: falta de experiência, medo de negligência, infraestrutura inadequada, equipamentos de baixa qualidade, desconfiança em laboratórios e resultados citológicos inadequados.
- Recomendam-se, no mínimo, duas biópsias direcionadas, em casos indicados; as biópsias aleatórias não são recomendadas para pacientes de baixo risco.
- Treinamento contínuo dos profissionais e padronização dos laudos são essenciais para aumentar a sensibilidade e a especificidade do exame.

A Associação Americana de Patologia Cervical (ASCCP, 2019) baseia-se em cálculo matemático e estabelece a mulher de maior ou menor risco para câncer cervical uterino, considerando o histórico, a alteração do teste de HPV e citologia e a adesão ao seguimento. Além disso, utiliza a linha de corte de 4% para definir a conduta em seguimento, encaminhamento para colposcopia e/ou tratamento acelerado, a saber⁵:

- Risco entre 25 e 59%: possibilidade de colposcopia é aceitável ou tratamento acelerado.
- Risco acima de 60%: tratamento acelerado é recomendado.

Em nosso país, não utilizamos esses cálculos até o momento, mas queremos reforçar e celebrar a importância dos novos acontecimentos para combater o câncer.

Por outro lado, a Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC),

desde sua formação, em 1958, tem como um dos objetivos primordiais a prevenção do câncer, a formação e o treinamento adequado dos médicos ginecologistas em PTGI e colposcopia e, neste momento, sente-se chamada a incrementar sua missão de entregar ao mercado profissionais médicos de excelência para rastreamento, colposcopia e tratamento de lesões precursoras. Para isso, a educação médica continuada e a padronização do laudo colposcópico, publicada na edição anterior, visando uniformizar a comunicação entre o médico que realizou o exame e o que o solicitou, é um caminho para orientar e melhorar as condutas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

A eliminação do câncer de colo uterino significa reduzir as taxas de incidência e mortalidade para menos de 4%, o que requer integrar vacinação, rastreamento organizado com teste de maior sensibilidade, colposcopia qualificada e acesso ao tratamento das lesões precursoras, objetivo que está alinhado à OMS: vacinar 90% das meninas, rastrear 70% das mulheres aos 35 e aos 45 anos com teste HPV e tratar de 90% das lesões precursoras.

As estratégias aceleradoras da erradicação do câncer de colo de útero incluem ampliação da cobertura vacinal, aumento da adesão ao rastreamento e inclusão de populações sub-rastreadas.

As inovações, como colposcopia digital, inteligência artificial e telecolposcopia, podem contribuir para reduzir as desigualdades regionais e melhorar o acesso, porém nada substitui o profissional de excelência, que toma as decisões acertadas com base na anamnese, no exame físico minucioso e no tratamento habilidoso. Essa avaliação médica da mulher ainda é o alicerce da medicina de excelência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Rastreamento do cancer do colo do útero (diretriz brasileira) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [acessado em 18 maio 2025]. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/r/rastreamento-cancer-do-colo-do-uterio/view#:~:text=Rastreamento%20%2D%20C%3A2ncer%20do%20Colo%20do%20C%3Atero.pdf>
2. Marshall A, Pareja R, Ruzindana K, Bhatla N, Wilailak S; FIGO Committee on Women's Cancer. FIGO position statement on the effectiveness and safety of the HPV vaccine. *Int J Gynaecol Obstet.* 2025;171(2):545-9. <https://doi.org/10.1002/ijgo.70506>
3. Purandare CN. Cervical cancer elimination. 90:70:90. Together we can. *J Obstet Gynaecol India.* 2024;74(4):292-4. <https://doi.org/10.1007/s13224-024-02052-x>

4. Gunes AC, Ozgul N, Turkyılmaz M, Kara F, Unlu F, Ayhan A, et al. Evaluation of colposcopy after the addition of human papillomavirus testing to the Turkish cervical cancer screening program. *Cancer Med.* 2023;12(24):21751-60. <https://doi.org/10.1002/cam4.6740>
5. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):102-31. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000525>

