

Recomendação técnica: ampliação da cobertura vacinal contra o papilomavírus humano (HPV4 e HPV9) no Brasil

Technical recommendation: expanding human papillomavirus (HPV4 and HPV9) vaccination coverage in Brazil

Monica Levi¹ , Nilma Antas Neves² , Renato Avila Kfour³ ,
Susana Cristina Aidé Viviani Fialho^{4*} , Valentino Antônio Magno⁵ 

QUAIS ESTRATÉGIAS PODEM SER ADOTADAS PARA AUMENTAR A COBERTURA VACINAL DE HPV9 NA FAIXA ETÁRIA PRIORITÁRIA (9–14 ANOS) E NA POPULAÇÃO VULNERÁVEL NO BRASIL?

A SBIIm recomenda a adoção de estratégias integradas entre o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o setor privado, com foco na ampliação do acesso, comunicação qualificada e redução de barreiras^{1–4}.

No âmbito do PNI, devem ser fortalecidas campanhas educativas em escolas, com envolvimento das equipes de saúde, sensibilização de pais e responsáveis e uso coordenado de mídias tradicionais e digitais. A vacinação extramuros (escolas, unidades móveis, áreas rurais e periferias urbanas), a integração com consultas de rotina e ações da Estratégia Saúde da Família, além do monitoramento contínuo da cobertura com uso de lembretes eletrônicos, são medidas prioritárias^{1–4}.

Para populações vulneráveis — incluindo adolescentes com acesso irregular ao sistema de saúde, populações negras, indígenas, LGBTQIA+, imunocomprometidas e moradores de áreas remotas — recomenda-se identificação ativa, linguagem adequada ao letramento em saúde, ampliação de horários e facilitação do acesso em Unidades Básicas de

Saúde (UBS), Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e clínicas. Parcerias com escolas, lideranças comunitárias e organizações locais devem ser estimuladas^{1–4}.

No setor privado, recomenda-se educação continuada dos profissionais de saúde sobre os benefícios da HPV9, recomendação médica assertiva e verificação sistemática do status vacinal em todas as consultas, com acompanhamento da completude do esquema^{1–4}.

DEVE-SE PRIORIZAR A VACINA NONAVALENTE (HPV9) EM PROGRAMAS PÚBLICOS OU MANTER O FOCO NA QUADRIVALENTE?

A vacina nonavalente amplia a proteção ao incluir cinco tipos oncogênicos adicionais (31, 33, 45, 52 e 58), associados a parcela relevante adicional de cânceres e lesões cervicais de alto grau. Entretanto, os tipos 16 e 18 — contemplados pela vacina quadrivalente — permanecem responsáveis pela maioria dos cânceres relacionados ao HPV^{1–3}.

A ABPTGIC e a SBIIm consideram que a decisão programática deve equilibrar benefício incremental,

¹Sociedade Brasileira de Imunizações – São Paulo (SP), Brasil.

²Universidade Federal da Bahia – Bahia (DF), Brasil.

³Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense – Niterói (RJ), Brasil.

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

*Autor correspondente: susanaaide4@gmail.com

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

Recebido em: 01/03/2026. Aprovado em: 26/04/2026.

sustentabilidade orçamentária e garantia de altas coberturas. A ampliação da HPV9 em programas públicos pode ser estrategicamente considerada quando houver viabilidade econômica e manutenção da cobertura populacional. A prioridade sanitária deve ser a garantia de vacinação universal, equitativa e com altas taxas de adesão.

COMO ABORDAR A HESITAÇÃO VACINAL E A DESINFORMAÇÃO SOBRE A HPV9? COMO ATINGIR O INDIVÍDUO VULNERÁVEL?

A ABPTGIC e a SBIIm orientam que o enfrentamento da hesitação vacinal seja conduzido por meio de recomendação médica clara e prescritiva, comunicação simples e baseada em evidências e escuta qualificada. A vacina deve ser apresentada como medida essencial de prevenção de câncer, integrada rotineiramente ao cuidado preventivo⁴.

É fundamental identificar dúvidas específicas, responder de forma empática e corrigir desinformação com dados objetivos, sem confronto, oferecendo oportunidades de acesso a materiais educativos e fontes confiáveis de informação. A checagem ativa do *status* vacinal em toda consulta deve ser incorporada à prática clínica⁴.

Para atingir indivíduos vulneráveis, recomenda-se identificação ativa de grupos com maior risco ou menor

acesso aos serviços de saúde, redução de barreiras práticas, integração da vacinação às consultas de rotina e articulação interprofissional com escolas e campanhas institucionais. A ampliação da cobertura vacinal depende de atuação técnica consistente, comunicação qualificada e responsabilidade coletiva na prevenção das doenças associadas ao HPV¹⁻⁴.

CONCLUSÃO

A ABPTGIC e a SBIIm reafirmam que a vacinação contra o HPV constitui estratégia segura, eficaz e indispensável para a redução da incidência de cânceres relacionados ao vírus. A ampliação sustentada da cobertura vacinal, com especial atenção às populações prioritárias e vulneráveis, é medida central de saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022. Wkly Epidemiol Rec. 2022;97(50):645-72.
2. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020.
3. Centers for Disease Control and Prevention. HPV vaccination recommendations. Atlanta: CDC; 2023.
4. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Imunizações: 50 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.