

Protocolo clínico multidisciplinar: diretrizes para a vacinação HPV9 no Brasil

Multidisciplinary clinical protocol: guidelines for HPV9 vaccination in Brazil

André Alencar Araripe Nunes¹, Fátima Mendes de Matos², Julio José Máximo de Carvalho³, Júlio Zonzini Máximo de Carvalho³, Marcelo Borba⁴, Monica Levi⁵ , Sidnei Roberto Nadal⁶ , Cecilia Maria Roteli Martins⁷, Fernanda Kessering Tso⁷, Heliamara Ferreira Maia Teles⁷, Isabel Cristina Chulvis do Val Guimarães⁷, Jefferson Elias Cordeiro Valença⁷, José Eleutério Júnior⁷, José Humberto Belmino Chaves⁷, Manoel Afonso Guimarães Gonçalves⁷, Marcia Fuzaro Terra Cardial^{7*}, Maria Carolina Pessoa Valença Rygaard⁷ , Neila Maria de Góis Speck⁷ , Newton Sérgio de Carvalho⁷ , Nilma Antas Neves⁷ , Paulo César Giraldo⁷ , Renato Avila Kfoury⁵ , Rita Maira Zanini⁷ , Roni de Carvalho Fernandes³ , Rosane Ribeiro Figueiredo Alves⁷ , Susana Cristina Aidé Viviani Fialho⁷ , Thiago Silveira Manzione⁴ , Valentino Antonio Magno⁷ , Vera Lucia Mota da Fonseca⁷ , Wanuzia Keyla Miranda Moreira⁷ , Yoshiko Aihara Yoneda⁷

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 Instituto Nacional de Câncer (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 o câncer de colo uterino ser a primeira causa de morte entre mulheres até os 35 anos e de os cânceres de cabeça e pescoço terem 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. O evento contou com a participação das sociedades brasileiras de imunização, de urologia, de coloproctologia, de cirurgia de cabeça e pescoço, e de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial¹⁻¹¹.

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 útero¹⁻¹¹.

¹Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial – São Paulo (SP), Brasil.

²Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço – São Paulo (SP), Brasil.

³Sociedade Brasileira de Urologia – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Sociedade Brasileira de Coloproctologia – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Sociedade Brasileira de Imunizações – São Paulo (SP), Brasil.

⁶Sociedade Paranaense de Coloproctologia – Curitiba (PR), Brasil.

⁷Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia – São Paulo (SP), Brasil.

*Autora correspondente: marciaterracardial@uol.com.br

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

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

- Tipos de HPV cobertos: 6, 11 (baixo risco), 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58 (alto risco).
- Impacto oncológico multissítio: 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 também como parte indissociável da condução clínica de doenças precursoras já estabelecidas.

GINECOLOGIA: VACINAÇÃO ADJUVANTE NO TRATAMENTO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL GRAUS 2 E 3¹⁻¹¹

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 excisionais⁴.

Evidências científicas demonstram que a vacinação perioperatória reduz drasticamente a probabilidade de novas intervenções cirúrgicas, conforme sistematizado abaixo (Tabela 1):

DIRETRIZ OPERACIONAL PARA A 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 três 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 genótipos⁵⁻¹⁰.

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 avançados¹⁻¹¹.

O HPV-16 é responsável por 80-90% 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, causada pelos tipos 6 e 11, e pode ser administrada a partir dos 2 anos de idade¹⁻¹¹.

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 masculino¹⁻¹¹.

Tabela 1. Estimativas do risco basal de recorrência de NIC2+ e da redução do risco associada à vacinação adjuvante após tratamento excisional.

Parâmetro clínico	Estimativa (%)
Risco basal de recorrência de NIC2+ após tratamento excisional (sem vacinação adjuvante)	5-10
Redução relativa do risco de recorrência de NIC2+ com vacinação adjuvante	50-65

Fonte: Del Pino M et al. (2021)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 literatura⁵⁻¹⁰.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO¹⁻¹¹

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 o vírus da imunodeficiência humana (HIV); mulheres trans; indivíduos com práticas anorreceptivas e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) recorrentes; usuários de profilaxia pré-exposição (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 anoscopia de alta resolução deve ser mantido de forma idêntica em vacinados e não vacinados, dada a persistência do risco em populações expostas⁵⁻¹⁰.

UROLOGIA E SAÚDE DO HOMEM: CONDUTAS NO MANEJO DO 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 pênis⁵⁻¹⁰.

RECOMENDAÇÕES POR FAIXA ETÁRIA¹⁻¹¹

- 9–14 anos: prioridade absoluta para vacinação de rotina (idealmente pré-exposição).
- 15–26 anos: recomendação de vacinação sistemática de resgate.
- 27–45 anos: decisão individualizada, baseada no risco de novas exposições e histórico de IST.

GUIA DE MANEJO CLÍNICO E ACONSELHAMENTO¹⁻¹¹

- Pacientes com condiloma ativo: a vacinação deve ser indicada como adjuvante para prevenir reinfeções por outros tipos virais e provável redução de recidivas, embora não tenha efeito terapêutico curativo na lesão atual.
- Imunocomprometidos: o esquema obrigatório consiste em três 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 (Sistema Único de Saúde) como a base da política pública nacional.

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 anticâncer 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 duas doses para a faixa de 9–19 anos e três doses para 20–45 anos¹⁻¹¹.

POSICIONAMENTO TÉCNICO: HPV4 VERSUS HPV9

Embora a vacina quadrivalente (HPV4) seja a base do Sistema Único de Saúde, 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.

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 extra-ginecológicas 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 (SBIIm)
- 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: Marcia Fuzaro Terra Cardial - marciaterracardial@uol.com.br

Relatora: Neila Maria de Góis Speck - nezespeck@uol.com.br

Diretora Científica ABPTGI: Walquiria Quidas Salles Pereira Primo -

Secretária Geral: Adriana Bittencourt Campaner

REFERÊNCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Human Papillomavirus Vaccination: ACOG Practice Bulletin No. 206. Obstet Gynecol. 2019;134(4):e128-43.
2. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines: Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. J Low Gen Tract Dis. 2020;24(2):102-31. <https://doi.org/10.1097/Lgt.0000000000000525>
3. International Federation of Gynecology and Obstetrics. 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. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(4):1-187.
8. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendários de vacinação: adolescente e adulto – atualização vigente. São Paulo: SBIIm; 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. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 50 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.