



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE
Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Coordenação-Geral do Incorporação Científica e Imunizações
SRTVN Quadra 701 Conjunto C, S/N, na região Asa Norte, 6º andar – CEP: 70719-040
Brasília/DF, CEP: 70.304-000

ATA

Reunião pontual da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunizações , sub- grupo HPV

Data: 24 de fevereiro de 2026

Horário: 09h30 às 12h00

Local: Reunião virtual

Pauta: Segunda Reunião para inclusão de mulheres submetidas a intervenção cirúrgica por lesões de alto grau (NIC2/3 do colo uterino pós procedimento de Excisão Eletrocirúrgica em Alça (ou à frio no grupo prioritário para vacinação contra HPV .

PARTICIPANTES

Representantes das Sociedades Brasileiras de Imunizações (SBIIm), de Pediatria (SBP), de Infectologia (SBI), Federação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia (Febrasgo), Oncologia Clínica (SBOC), Comissão Nacional de Patologia Genital Inferior, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), Hospital AC CAMARGO, Grupo EVA, representantes do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI), Coordenação Geral de Atenção a Mulher (SAPS), Coordenação Geral de Atenção a Criança e Adolescente (SAPS), Departamento de Atenção ao Câncer (SAES) Projeto de Eliminação do Câncer Cérvico Uterino de Pernambuco, Departamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (SVSA), e Conasems.

Nomes dos participantes desta reunião: Ana Catarina Melo Ana Goretti Kalume Maranhão, Ana Karolina Marinho, Andrea Guimarães, Adriana Campaner, Carla Kobayashi, Cecilia Roteli, Claudete Oliveira, Claudete Daniele Simim, Eliana Wendland, Francielli Sutile, Flavia Miranda Correa, Jadher Percio, Jurema Telles, Isabella Nepomuceno, Itamar Claro, Karen Morejon, Lely Guzmán, Luisa Lina Villa, Leonardo Lourenço, Luiz Fernando Aires Jr, Marilia Carvalho, Monica de Moraes, Monica Levi, Petra Rangel, Renato Kfourri, Pedro Henrique Rosangela Treichel, Susana Cristina Aidé Fialho, Thayssa Victor Fonseca .

REUNIÃO

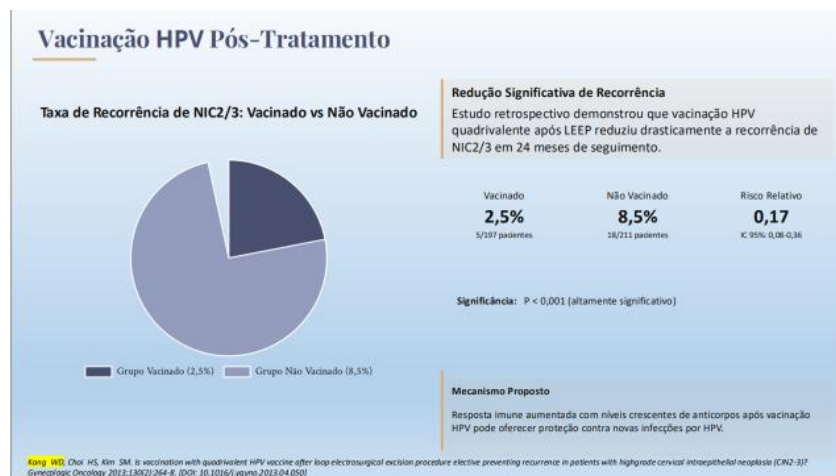
Abertura e objetivos da reunião

A reunião foi iniciada com os agradecimentos da Ana Catarina de Melo Araújo - Coordenadora-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI) do DPNI, aos participantes, por suas presenças, detalhou os encaminhamentos da reunião acontecida no final de dezembro de 2025, com as áreas do MS que tratam do Câncer de Colo do útero para uniformização das recomendações de vacinação contra HPV em mulheres com lesão de alto grau, onde ficou definida que os representantes do INCA levariam esse assunto para discussão da Câmara Técnica que está elaborando as Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero Parte II – Como avaliar, tratar e seguir mulheres identificadas no rastreamento do câncer do colo do útero, no que tange ao capítulo de Tratamento e Vigilância Pós-tratamento de Lesões Precursoras discussão. Recebeu-se

	<p>então comunicação formal do Diretor do Inca, Dr. Roberto Gil, que após essa apresentação, foi definido que seria da responsabilidade do DPNI, elaborar as recomendações da vacinação nessas mulheres, que seria incorporado nos seus materiais. Agradeceu o apoio do Presidente do INCA pelo comprometimento institucional e pela contribuição nesse processo, reafirmando a relevância do trabalho conjunto para o aprimoramento das políticas públicas.</p> <p>Na sequência, Ana Goretti falou sobre a importância de se discutir a pertinência da incorporação de mulheres portadoras de lesões intraepiteliais cervicais de alto grau (NIC 2 e 3), submetidas a procedimento excisional, no grupo prioritário para vacinação contra o HPV, visto os resultados positivos encontrados em trabalhos já realizados e pela equidade de atenção a mulheres atendidas pelo SUS, uma vez que essa recomendação já é realizada no atendimento privado. Em seguida, apresentou a palestrante Cecilia Roteli, representante da Febrasgo que faria uma breve apresentação do tema em debate. Informou que a reunião estava sendo gravada, para o preparo da ATA.</p>
<p>Apresentação</p>	<p>A palestrante apresentou um resumo do que foi mostrado na primeira reunião, reiterou a importância do câncer cérvico uterino como problema de saúde pública em todo o mundo e que é uma doença de evolução lenta e que pode ser prevenida. Detalhou a relação da infecção HPV com lesões precursoras do câncer do colo do útero. Detalhou a diferenciação entre lesões de baixo e alto risco, bem como o manejo do NIC 2 e 3, (NIC 1, apenas acompanhamento, e que lesões sugestiva de microinvasão, um método excisional deverá ser realizado dependendo do tipo de ZT, e que caso o diagnóstico seja de doença invasiva, a paciente deve ser encaminhada para tratamento oncológico). Observou que o tratamento excisional visa remover a zona de transformação anormal, eliminando a lesão e prevenindo a progressão para câncer invasivo. Jovens ≤ 25 anos pode-se optar pela terapia conservadora (ablação ou laser) pensando-se no futuro reprodutivo. Que embora a conização seja o tratamento de escolha, não é livre de complicações, especialmente quando realizado por profissionais não adequadamente capacitados. As principais complicações são hemorragias, infecção e estenose cervical, rotura prematura de placenta, parto prematuro e risco aumentado após múltiplos tratamentos. Falou que a taxa de recidiva de NIC2/3, varia de 5 a 25%, nos primeiros 2 anos do tratamento, com uma média de 17%, e que os fatores de risco para recidiva são margens comprometidas, persistência da infecção pelo HPV, idade acima de 50 anos, imunossupressão e o tamanho e grau da lesão. Destacou também que a persistência ou reinfecção por HPV, bem como a presença de doença residual contribuem para o risco de recidiva.</p> <p>Destacou que mulheres submetidas a tratamento de NIC de alto grau ainda constituem uma população de alto risco para subseqüente doença cervical recorrente (NIC e câncer invasor). Risco mais alto também para lesões não cervicais (vagina, vulva e ânus). E que o risco permanece ao longo do tempo (~25 anos).</p> <p>Em pacientes que tiveram uma infecção tratada, pode haver permanência do vírus inativado no epitélio e com o avançar da idade, mostrou resultados de estudos observacionais e revisões sistemáticas com vacinas bivalente, quadrivalentes e nonavalente que sugerem redução do risco de recorrência de lesões em mulheres vacinadas após tratamento.</p> <p>Mostrou diferentes estudos apresentando pontos positivos e falou de limitações metodológicas de alguns estudos disponíveis, incluindo heterogeneidade, tamanho amostral e ausência de ensaios clínicos robustos. Explicou que o fato da maioria dos estudos até agora serem de acompanhamento, estudo de casos e observacionais, não invalida as evidências consistentes oriundas desses estudos na redução da recorrência e na proteção contra outros tipos de HPV.</p> <p>Reforçou a importância da vacinação nessas mulheres, na prevenção de novas infecções, um reforço imunológico e redução da recorrência. E que o objetivo da vacinação não é</p>

tratar a lesão removida , mas sim prevenir futuras infecções e reduzir a taxa de recidiva da doença.

Ressaltou os resultados dos estudos sobre o impacto da vacinação contra HPV em mulheres com lesão de alto grau, que apresentaram dados de redução das recidivas com o uso da vacina HPV em comparação com quem usou placebo.



Falou das implicações clínicas e custo benefício da vacinação nas mulheres com lesão de alto grau, que essa vacinação pode reduzir significativamente a necessidade de procedimentos adicionais , diminuindo custos de vigilância e melhora da qualidade de vida. Reduz a morbidade com economia de custos . (ACOG Practice Advisory. Adjuvant HPV vaccination for patients undergoing treatment for cervical intraepithelial neoplasia.2023) Mostrou que alguns países já padronizaram o uso da vacina HPV nesse grupo de risco (mulheres com NIC2/3), como a Espanha, Irlanda e mais recentemente o Chile.

O esquema utilizado nesses países são de 3 doses (0-2- 6 meses). Que a Espanha recomenda a vacinação logo após o tratamento excisional, LEEP ou laser e pode ser iniciada ainda no pós operatório, recomendação universal , independente da faixa etária. No Chile a primeira dose da vacinação é feita no dia da intervenção, a segunda 1 mes após a primeira dose e a terceira 3 meses após a segunda dose. Com seguimento de 24 meses. E citou que os estudos mostram que o maior benefício é encontrado quando a vacinação é realizada no mesmo ano da intervenção.

Destacou que não há dúvidas que a adesão desse grupo de mulheres seria muito elevado, visto que elas já estão convivendo com o risco. A opção preferencial nesses países é a nonavalente.

1-Discussão

Foi citado que existe trabalhos com diferentes tempos da vacinação, que alguns deles mostram que ao ser feito antes da conização, aumentaria a capacidade de proteção, mas sugere que na recomendação se usaria a **qualquer momento**, para não perder a oportunidade dessa vacinação, lembrando que no momento do diagnóstico, ela estará mais propensa a aderir a vacinação. Foi colocado que além da importancia da vacinação como estratégia adjuvante, também propiciará uma maior compreensão da importancia da vacinação dos seus filhos. Foi também perguntado se essa vacinação abrangeria as mulheres mais jovens que fizeram ablação ou laser.

Questionada os resultados de proteção cruzada para outros tipos de vacina que não seja a nonavalente e sugerido que no caso da quadrivalente a vacinação deveria ser oferecida

apenas para mulheres testadas com o tipo de HPV 16 e 18.

Foi respondido que embora o ideal seria dado a vacina de acordo com o HPV presente, mas, quando se trata de uma política pública, a testagem se torna inviável, não esquecendo que a maior parte desses HPV, é o HPV 16, contido na vacina quadrivalente. A responsável pela compra e distribuição de insumos do DPNI, explicou que a introdução da vacina HPV nonavalente no DPNI já está sendo discutida no Ministério da Saúde (DPNI, e SCTIE), e essa incorporação não está num futuro tão distante. Que a PDP da quadrivalente, está sendo finalizada, para que se possa evoluir para uma vacina com maior valência. Que há disponibilidade da nonavalente por parte dos produtores, aguardando os trâmites necessários dentro do Ministério da Saúde para se adotar uma vacina com mais valência.

Foi colocado que tendo vacina disponível, essa vacinação é uma estratégia importante, visto que, a redução da circulação do HPV 16 e 18 e a redução da recorrência, reduzirá o número de tratamento e da necessidade da testagem. Que a realidade na ponta, é que as mulheres solicitam com frequência a vacinação, inclusive algumas delas fazendo empréstimos para obter essa vacina. Destacou-se que o câncer de colo de útero é um símbolo de doença de inequidade, afeta as mais pobres, pretas e com baixa escolaridade. Foi também relatada a importância **dessa vacinação está em todas as unidades de vacinação, e não somente nos CRIES e RIES**, para não limitar o acesso, necessitando para tanto, apenas **a prescrição médica e a indicação do CID**.

Foi recomendado a elaboração de **um protocolo para o seguimento** dessas mulheres e **avaliação futura do impacto da vacinação, bem como uma comunicação adequada do fluxo dessa vacinação. E que a operacionalização dessa vacinação tem que ser articulada com CONASS e Conasems**, uma vigilância epidemiológica robusta e sistema de informação adequado para a monitoramento da estratégia, que deve ser atrelado a implantação dessa vacinação. Foi informado que segundo informação dada pelo INCA na reunião anterior, os números de Exéreses da Zona de Transformação (EZT) de cerca de 31 mil pessoas, com predominância de EZT Tipo 3, em relação ao registro de laudos histopatológicos compatíveis com neoplasia intraepitelial cervical (NIC) graus 2 e 3 está em torno de 10 mil, pois há subregistro nos sistemas de informação

Após as discussões foi consenso dos presentes na reunião a **recomendação da incorporação das mulheres com lesão de alto grau e conização como grupo prioritário**.

ENCAMINHAMENTOS

- Público alvo- Mulheres tratadas por lesão intraepitelial cervical de alto grau (NIC 2+)
- A recomendação da vacinação será universal independente da idade da mulher, no mesmo ano em que foi feito o procedimento.
- A vacinação poderá ser realizada em qualquer unidade básica de saúde, mediante a apresentação de prescrição médica e da indicação do CID.
- A vacinação será realizada no período perioperatório ou até um ano após o tratamento da lesão, como estratégia adjuvante para redução de recorrência e prevenção de nova infecção.
- o esquema de vacinação será sempre de 3 doses (0 -2-6 meses)
- A implementação dessa vacinação deverá ser acompanhada de seguimento clínico estruturado para avaliação posterior do impacto e da organização dos cuidados.

As recomendações dessa reunião serão levadas para análise do Diretor do DPNI, que levará para análise do GTVS e que a posteriori levará para anuência da Secretaria da SVSA e do Ministro da Saúde.

