



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE
Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Coordenação-Geral de 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: 18 de outubro de 2025

Horário: 09h30 às 12h00

Local: Reunião virtual

Pauta: Inclusão nos grupos prioritários da vacinação contra HPV de pessoas com NIC 2 e 3 pós-conização

PARTICIPANTES

Representantes das Sociedades Brasileiras de Imunizações (SBIIm), de Pediatria (SBP), de Infectologia (SBI), Federação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia (Febrasgo), Oncologia Clínica (SBOC), Colposcopia, Comissão Nacional de Patologia Genital Inferior, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, 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), CONASS, CONASEMS.

Nomes dos participantes desta reunião: Alessandro Chagas, Ana Goretti Kalume Maranhão, Ana Karolina Marinho, Andres Mello Lopez, Adriana Campaner , Carla Kobayashi, Claudete Oliveira, Francielli Sutile, Flavia Miranda Correa, Jadher Percio, Jurema Telles, Lely Guzmán, Luisa Lina Villa, Monica Levi, Nereu Henrique Mansano, Petra Santos Castro Rangel, Renato Kfourir, Rosana Richtmann , Romina Oliveira, Seiramameri Viola, Sirlene Pereira, Suzana Aide, .

REUNIÃO

Abertura e objetivos da reunião

A reunião foi iniciada com os agradecimentos de Ana Goretti, em nome de Ana Catarina de Melo Araújo, Coordenadora-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI) do DPNI, aos participantes, pela presença. Informou que a reunião seria gravada exclusivamente para fins de elaboração da ata, medida que foi consensuada por todos.

Na sequência, destacou a importância do tema da reunião, apresentou a pauta e a palestrante Adriana Campaner, representante da Febrasgo, da Comissão Nacional de

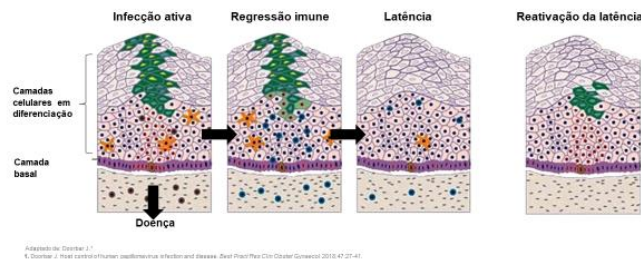
	Patologia Genital Inferior, da Sociedade Brasileira de Colposcopia e da Associação Brasileira de Patologia Genital e Colposcopia. Por fim, mencionou a possibilidade de iniciar discussões para a redução da idade mínima da vacinação contra o HPV para 2 anos, especificamente para vítimas de abuso sexual, considerando a realidade do país.
Apresentação	Vacinação contra HPV para pacientes com neoplasia intraepitelial cervical A palestrante apresentou uma atualização detalhada sobre o mecanismo de infecção do HPV na camada basal do epitélio, bem como a diferenciação entre lesões de baixo e alto risco. Abordou o fluxo e o manejo da neoplasia intraepitelial cervical (NIC) no MENACME, detalhando as indicações de tratamento conforme o grau da lesão: nos casos de NIC 1, recomenda-se apenas acompanhamento; em NIC 2 ou NIC 3, ou em lesões sugestivas de microinvasão, indica-se a realização de método excisional, a depender do tipo de zona de transformação (ZT). Nos casos em que o diagnóstico seja de doença invasiva, a paciente deve ser encaminhada para tratamento oncológico. Em mulheres jovens (≤ 25 anos), pode-se optar por terapia conservadora, considerando o futuro reprodutivo. Destacou que a taxa de recidiva de NIC 2/3 varia entre 5% e 25% nos primeiros dois anos após o tratamento. Os principais fatores de risco para recidiva incluem margens cirúrgicas comprometidas, persistência da infecção pelo HPV, idade superior a 50 anos, imunossupressão, bem como o tamanho e o grau da lesão. Apresentou estudo de base populacional realizado na Suécia, envolvendo 132.493 mulheres tratadas por NIC 3, no qual se observou risco aumentado de câncer cervical invasivo em comparação com a população geral, persistindo por mais de 25 anos após o tratamento. Mulheres com idade ≥ 50 anos apresentaram risco ainda mais elevado. Entre aquelas que desenvolveram câncer cervical, observou-se também maior probabilidade de ocorrência de outras neoplasias em diferentes sítios anatômicos. Foi apresentado ainda estudo conduzido na Holanda, cujos dados demonstraram que o risco de desenvolvimento de câncer permanece significativamente maior em pacientes com NIC 3, mesmo com acompanhamento prolongado de até 20 anos. A palestrante detalhou o conceito de conização, esclarecendo que o tratamento excisional tem como objetivo a remoção da zona de transformação anormal, eliminando a lesão e prevenindo a progressão para câncer invasivo. Ressaltou, contudo, que a persistência ou reinfecção pelo HPV, assim como a presença de doença residual, contribuem para o risco de recidiva. Enfatizou que mulheres submetidas ao tratamento de NIC de alto grau continuam a constituir uma população de alto risco para doença cervical recorrente (NIC e câncer invasor), além de apresentarem risco aumentado para lesões não cervicais, como as de

vagina, vulva e ânus, sendo esse risco persistente ao longo do tempo, por aproximadamente 25 anos.

Por fim, explicou a evolução natural da infecção pelo HPV.

A Evolução da Infecção pelo HPV¹

INFECÇÃO ATIVA ⇒ ELIMINAÇÃO ⇒ LATÊNCIA? ⇒ REATIVAÇÃO¹



Em pacientes que tiveram uma infecção tratada, pode haver permanência do vírus em estado latente no epitélio, e, com o avanço da idade ou em situações que cursam com imunossupressão, pode ocorrer reativação viral, impactando o risco de recidivas.

A palestrante ressaltou os resultados de estudos que avaliaram o impacto da vacinação contra o HPV em mulheres com lesões de alto grau, os quais demonstraram redução das recidivas nas mulheres vacinadas em comparação àquelas que receberam placebo. Apresentou ainda estudo de base populacional que evidenciou remissão completa do HPV em até 72,4% das mulheres vacinadas, versus 45,7% no grupo controle (não vacinadas), indicando que a vacinação contribui para a diminuição da recidiva e do risco de progressão da doença.

Foram apresentados também estudos cujos resultados não demonstraram benefício significativo com o uso da vacina contra o HPV.

Destacou que alguns países já padronizaram o uso da vacina contra o HPV nesse grupo de risco, especificamente em mulheres com NIC 2/3, incluindo Espanha, Irlanda e, mais recentemente, Chile.

1. Discussão

Foi solicitado à representante do INCA que informasse o número total de pacientes com NIC 2/3 submetidas a procedimentos de conização, uma vez que o representante Itamar, do INCA, havia informado anteriormente a estimativa de cerca de 17 mil casos de NIC 3. A representante comprometeu-se a levantar e encaminhar esses dados.

Ela elogiou a apresentação de Adriana Campaner, mas manifestou dúvidas em relação aos estudos apresentados. Destacou que uma revisão da Cochrane, ao analisar separadamente os estudos disponíveis, concluiu que as evidências provenientes de ensaios clínicos são muito frágeis, enquanto os desfechos dos estudos observacionais

ainda são considerados imaturos, pouco direcionados ao tema e demandam investigações mais robustas. Informou que, na avaliação do Grupo responsável pela elaboração das Diretrizes de Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Ministério da Saúde, especificamente no capítulo referente ao seguimento pós-tratamento, decidiu-se aguardar evidências mais consistentes antes de recomendar a vacinação contra o HPV nesse contexto. Assim, esse grupo não recomenda a vacinação no momento. Acrescentou que o documento será submetido à consulta pública, juntamente com os demais capítulos, e ressaltou que seria problemático o Ministério da Saúde adotar orientações divergentes sobre o tema.

As representantes da Febrasgo elogiaram a apresentação e manifestaram posicionamento favorável à incorporação da vacinação, fundamentado na realidade da prática clínica. Reconheceram que os resultados disponíveis ainda são iniciais e que nem sempre refletem plenamente o mundo real. Destacaram que a Espanha, desde 2018, incorporou a vacinação para mulheres com lesões de alto grau e já apresenta evidências de redução da recidiva dessas lesões. Ressaltaram que, apesar das limitações dos estudos, posicionam-se fortemente a favor da introdução da vacinação, associada à implementação de estudos de acompanhamento pós-tratamento e pós-vacinação.

Apontaram ainda a questão da equidade, uma vez que mulheres atendidas na rede privada já têm acesso à vacinação, enquanto aquelas atendidas pelo SUS não teriam a mesma oportunidade. Outra representante enfatizou a importância da inclusão da vacinação nesse grupo, mesmo diante de evidências ainda não robustas, argumentando que a prática clínica tem demonstrado impacto positivo. Comparou essa situação à incorporação da vacinação para portadores de Papilomatose Respiratória Recorrente, que se baseou majoritariamente em estudos observacionais, com nível de evidência semelhante ao apresentado nos estudos discutidos. Destacou também que a adesão das mulheres com NIC 2/3 seria elevada, uma vez que já convivem com o risco da doença.

Em relação à posição do subgrupo responsável pelas diretrizes do câncer do Ministério da Saúde, que não recomenda a vacinação contra o HPV, considerou a decisão excessivamente restritiva, especialmente por envolver profissionais dos setores público e privado. Como profissional atuante em ambos os sistemas, ressaltou que essa divergência pode gerar conflitos na prática assistencial, comprometendo a equidade e a qualidade do cuidado.

A representante da SBI manifestou-se inteiramente favorável à incorporação, apresentando alguns condicionantes. Destacou que a vacina contra o HPV é preventiva, não tendo como objetivo curar a lesão existente, mas sim reduzir o risco de recorrência, efeito que observou nos estudos apresentados. Ressaltou ainda que, considerando que o risco é maior em mulheres mais velhas e que a indicação atual da vacina se limita até os 45 anos, deveria ser rediscutido o limite etário superior para uso da vacina, caso a decisão seja pela incorporação para mulheres com NIC 2/3. Acredita que a adesão das mulheres seria elevada, uma vez que já vivenciaram o impacto da lesão. Foi defendida a indicação da vacina para mulheres não previamente vacinadas, com discussão tanto do limite superior de idade quanto do momento ideal da vacinação, sugerindo-se que esta ocorra antes da conização. Questionou-se ainda que, considerando que o PNI já incorporou diversas outras indicações, deveria ser avaliada a inclusão também desse

grupo de mulheres com NIC 2/3.

A representante da OPAS chamou atenção para os grupos já incorporados no PNI, cujas coberturas vacinais ainda não atingiram os níveis ideais, especialmente em razão da baixa adesão ao resgate de adolescentes até 19 anos e à vacinação dos meninos. Ressaltou que a vacina é preventiva e destacou a necessidade de avaliar o quantitativo de doses disponíveis, a transição para a vacina nonavalente e, nesse contexto, defendeu que o foco deveria permanecer nos grupos já elencados, com o desenvolvimento de estratégias para ampliar o uso, em vez de expandir novas indicações.

O representante da SBP afirmou que, se as evidências fossem tão claras, a reunião talvez não fosse necessária, uma vez que a vacinação já é recomendada para mulheres até 45 anos, inclusive na presença de NIC, e que isso não traria problemas logísticos adicionais. No entanto, ressaltou que o Ministério da Saúde não pode adotar decisões conflitantes sobre o mesmo tema, e que a afirmação de que “o Brasil é o primeiro a implantar novas tecnologias” pode ser positiva ou negativa, devendo ser analisada com parcimônia. Não vê contraindicações para a incorporação, mas enfatizou a necessidade de unificação das decisões internas, a fim de evitar descrédito institucional. Manifestou-se favorável à incorporação.

Ana Goretti esclareceu que o papel do DPNI é discutir as demandas que chegam ao Departamento, destacando que essa incorporação vem sendo solicitada por algumas sociedades científicas, inclusive no contexto de demandas judiciais. Concordou com a necessidade de haver uma orientação única no âmbito do Ministério da Saúde, razão pela qual foram convidadas todas as áreas envolvidas. Informou que existem estoques suficientes da vacina HPV quadrivalente e que esta reunião representa a primeira discussão formal sobre o tema. Ressaltou ainda que não adianta ampliar indicações se isso não resultar em impacto real na cobertura vacinal.

A representante da SBIm afirmou acompanhar esses estudos há longo tempo e destacou que a incorporação da vacinação para mulheres com NIC 2/3 não interferiria na vacinação dos demais grupos prioritários, por se tratarem de estratégias distintas. Informou que Uruguai, Chile e Argentina já adotaram essa incorporação. Reconheceu que as evidências ainda não são totalmente robustas e conclusivas, mas relatou que, se estivesse na condição de paciente com NIC 2/3, optaria pela vacinação. Destacou que essa prática já ocorre na rede privada, onde ginecologistas atendem número expressivo de mulheres que buscam a vacina. Concordou com a importância de avaliar as coberturas dos grupos especiais já incorporados e se colocou à disposição para propor estratégias de ampliação da cobertura vacinal. Manifestou-se favorável à incorporação.

O representante do Conasems chamou atenção para a existência de decisões conflitantes, situação que precisa ser resolvida previamente. Apontou ainda as dificuldades de adesão a esquemas vacinais com mais de uma dose, aspecto que deve ser considerado no processo decisório. Ressaltou que essas questões precisam ser equacionadas antes do encaminhamento do tema ao GTVS.

A representante do INCA apresentou estimativa de cerca de 31 mil casos de NIC 2/3, com predominância de NIC 3, e informou que o registro anual de lesões precursoras

gira em torno de 10 mil casos. Avaliou que, no momento, uma decisão negativa seria mais razoável do que uma decisão compartilhada. Ressaltou que as decisões do SUS dizem respeito ao sistema público, mas afirmou que o INCA está aberto à discussão e não se posicionará contrariamente à maioria. Destacou que o processo de incorporação segue protocolo específico, que deve ser rigorosamente observado, e alertou que a vacinação desse grupo poderia implicar a priorização de recursos em detrimento de outros grupos considerados mais vulneráveis, como populações quilombolas. Assim, enfatizou que a decisão deve ser cuidadosamente avaliada, considerando que outros grupos poderiam se beneficiar de forma mais significativa.

O representante do CONASS afirmou que, embora a maioria concorde com a incorporação, esta contradiz a orientação apresentada pelo INCA. Assim, antes do encaminhamento do tema ao GTVS, será necessário um processo interno de harmonização no âmbito do Ministério da Saúde.

Ana Karolina destacou que, diante das contradições entre as recomendações, considera precoce a tomada de decisão no âmbito desta Câmara, sendo necessário mais tempo para discussão interna no Ministério, com vistas a uma resolução harmônica. Ressaltou, contudo, que isso não invalida a discussão realizada nem o amadurecimento do tema, enfatizando que as decisões do CTAI têm sido construídas de forma consensual.

A representante do INCA esclareceu que a posição apresentada não é uma resolução institucional do INCA, mas sim o entendimento de um grupo composto por gestores, sociedades científicas, pesquisadores e universidades, responsável pela elaboração das diretrizes.

Luiza Linna agradeceu a oportunidade de participar, pela primeira vez, de uma reunião do CTAI, destacando a importância de conhecer a metodologia de tomada de decisão do PNI, baseada em instituições de referência, especialistas qualificados e análise criteriosa das evidências. Manifestou satisfação ao observar o cuidado empregado nas decisões. Ressaltou que, no momento, não há evidências suficientemente robustas para a inclusão da vacinação nesse grupo, e que uma decisão nesse sentido poderia ser questionada no futuro. Assim, considerou que aguardar mais dados e ampliar as discussões é uma decisão adequada, ressaltando a importância de considerar os aspectos biológicos das recomendações.

A representante da SBOC elogiou a seriedade das discussões, reconheceu a fragilidade das evidências disponíveis e destacou a necessidade de avaliar outras recorrências relacionadas ao HPV, além das lesões NIC 2/3, como as lesões de vulva, o que amplia o escopo da discussão. Concordou com a necessidade de uma decisão uniforme no âmbito do Ministério da Saúde e colocou-se à disposição para apoiar a vacinação nos grupos já elencados.

Luiza acrescentou que sente falta, na discussão sobre NIC 2/3, de maior clareza sobre quais dados adicionais seriam necessários, bem como de informações mais detalhadas sobre a classificação e definição histopatológica, que ainda apresenta limitações entre os diferentes tipos de lesões.

Adriana ressaltou a relevância desse ponto e explicou que atualmente já se dispõe de marcadores laboratoriais, como a proteína p16, utilizados para a definição de lesões de alto grau. Esclareceu que esses marcadores já estão incorporados tanto na rede pública quanto na privada, e que existem normas técnicas estabelecendo que a presença desse marcador caracteriza a lesão como de alto grau.

A representante da Área Técnica de Saúde da Mulher informou que está iniciando sua atuação no tema e que levará as discussões realizadas à sua coordenação. Avaliou a reunião como muito produtiva e considerou importante a realização de nova reunião, após a devida harmonização interna no Ministério da Saúde.

2. Discussão

Ana Goretti apresentou a possibilidade de se iniciar a discussão sobre a redução da idade mínima para vacinação contra o HPV em vítimas de abuso sexual, considerando que dados do IPEA demonstram número significativo de crianças menores de 5 anos nessa situação. A representante da SBIm concordou com a proposta de redução da idade, afirmando não haver dúvidas quanto à imunogenicidade e à segurança da vacina nessa faixa etária.

Foram relatados por alguns participantes casos graves de condiloma em crianças menores de 5 anos, com tratamentos difíceis e dolorosos, além de recorrência associada à continuidade dos abusos, situação apontada como ainda mais crítica na Região Norte do país.

Houve questionamentos sobre qual seria a idade mínima indicada e o esquema de doses. Ana Goretti informou que a sugestão seria iniciar a vacinação a partir dos 2 anos de idade, com esquema semelhante ao utilizado para Papilomatose Respiratória Recorrente. Rosana concordou com a redução da idade, mas alertou para a necessidade de que a decisão seja adequadamente justificada, uma vez que se trata de uso fora da bula, especialmente em crianças muito pequenas, destacando que essas crianças deverão ser acompanhadas de forma contínua.

O representante do Conasems ressaltou a importância de dispor de dados mais robustos sobre o tema, reconhecendo as dificuldades inerentes à sua obtenção, mas manifestou-se favorável à vacinação após o diagnóstico. O representante do Conass considerou a iniciativa importante, reiterou a necessidade de dados consistentes e chamou atenção para os desafios relacionados à operacionalização da estratégia, especialmente pela dificuldade de obtenção de informações em crianças. Destacou ainda os desafios da notificação, mencionando experiências acadêmicas em que, por vezes, até mesmo a denúncia é questionada por instâncias do sistema de justiça.

A representante da SBIm ressaltou a subnotificação dos casos e enfatizou que a estratégia não deve se basear exclusivamente nesse aspecto, defendendo uma abordagem mais prática, com papel central dos serviços especializados. Informou, ainda, que essa vacinação já vem sendo realizada nesses contextos.

Encaminhamentos

1. As recomendações decorrentes desta reunião serão encaminhadas ao Diretor do DPNI, com o objetivo de promover a harmonização das orientações no âmbito do Ministério da Saúde.
2. Elaborar proposta fundamentada em dados, com a realização de reunião específica, envolvendo as diferentes áreas do Ministério da Saúde que atuam no tema, para avaliação dessa recomendação.
3. Após o processo de harmonização e análise técnica, será agendada nova reunião para deliberação e tomada de decisão.