

# recomendações

**Atualização de Condutas em Pediatria**

nº **72**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2013-2016  
Abril 2015



Departamento de  
Reumatologia

**Síndromes  
auto-  
inflamatórias**

Grupo de Saúde Oral

**Atendimento  
odontológico ao  
recém-nascido**

Departamento de Adolescência

**Vacinação  
contra HPV:  
mito e realidade**



**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

Diretoria de Publicações

R. Maria Figueiredo, 595, 10º andar  
04002-003 São Paulo, SP  
(11) 3284-9809

# Vacinação contra HPV: mito e realidade

O Papilomavírus Humano (HPV) é o agente etiológico do condiloma acuminado, considerado como a doença sexualmente transmissível (DST) mais frequente em todo o mundo com maior incidência em adolescentes, constituindo o grupo de maior risco.

A infecção pelo HPV é bastante comum e era considerada de pouca significância clínica. Porém, nas últimas décadas esse conceito mudou, com a identificação do HPV como “vírus tumoral”.

Os tipos do HPV 16 (54%) e 18 (16%), presentes na vacina, são responsáveis por aproximadamente 70% dos cânceres de colo do útero, vagina e ânus e de cerca de 30 a 40% dos cânceres de vulva, pênis e orofaringe; os tipos 6 e 11, não oncogênicos, são encontrados em aproximadamente 90% das verrugas genitais.

## Epidemiologia

O Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) revela que o risco

para aquisição da infecção por HPV, em indivíduos de ambos os sexos, sexualmente ativos, é de 50%. A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que a cada ano ocorrem 30 milhões de caso de verruga genital e aproximadamente 500 mil novos casos de câncer. No Brasil são 18 mil casos novos por ano, com 5 mil mortes. A divulgação dessas cifras é relevante para estimular a reflexão dos pediatras sobre a importância da vacina contra o HPV.

São fatores de risco no sexo feminino: início precoce da atividade sexual, número de parceiros, comportamento sexual do parceiro, uso de contraceptivos orais e a ausência de circuncisão. No sexo masculino os fatores são semelhantes, sendo importante a proteção da circuncisão.

A infecção pelo HPV é normalmente transmitida pelo contato sexual, principalmente via intercurso sexual, muito embora possa ocorrer sem penetração. O uso do preservativo vai minorar o risco, mas é insuficiente para

**Autora:**

Maria Inês Borges Saito

**DEPARTAMENTO DE ADOLESCÊNCIA**  
Gestão 2013-2016

**Presidente:**

Maria Inês Borges Saito

**Vice-presidente:**

Maria Sylvia de S. Vitale

**Secretário:**

Carlos Alberto Landi

**Membros:**

Alexandre Massashi Hirata, Ana Lucia Balbino Peixoto, Andréa Hercowitz, Benito Lourenço, Claudete Ribeiro de Lima, Débora Gejer, Elisiane Elias Mendes Machado, Elizete Ap. P. Prescinotti de Andrade, Gabriella Eriacher Lube de Almeida, Geni Workman Beznos, Ligia de Fatima N. Reato, Maria Dulcinea de Oliveira, Marisa Lazzar Poit, Mauricio Castro S. Lima, Regina Maria Banzato, Rubens Uehara, Tâmara Beres L. Goldberg.

uma prevenção total. O contágio pode ser genital-genital, manual-genital, oral-genital. Rotas não sexuais não são tão bem documentadas.

Acreditava-se num período de incubação entre dois e 12 meses. Atualmente, existem casos que se manifestam após 10 anos ou mais, podendo o vírus permanecer quiescente no organismo.

As verrugas são reconhecidas como patologias de jovens e reforçam o conceito da OMS de ser o HPV um problema de saúde pública. Podem ser constrangedoras, originando preocupações e sequelas psicoemocionais variáveis. São muito contagiosas (75% dos parceiros sexuais desenvolvem verrugas quando expostos).

O tratamento pode ser longo, doloroso, com ampla margem de insucesso e recidivas frequentes, o que favorece desistência precoce, principalmente, por parte de adolescentes. Algumas drogas podem provocar desde fístulas até agravos neurotóxicos.

Em relação a sua importância, cabe lembrar a Papilomatose Respiratória Recidivante (PRR), ligada a verrugas internas, que acometem os indivíduos mais por contaminação

através do canal de parto e que levam à necessidade de procedimentos cirúrgicos frequentes durante a infância e adolescência. E embora rara, pode comprometer o projeto de vida e levar até mesmo à morte.

A PRR desempenha possível papel nos cânceres do pescoço e da cabeça.

### **Vacinas**

Nesta recomendação vamos nos ater à Vacina Quadrivalente Recombinante, aprovada pelo *Food and Drug Administration* (FDA) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para indivíduos de ambos os sexos entre 9 e 26 anos, administrada em 3 doses (0, 2 e 6 meses), indicada para a prevenção dos cânceres de colo de útero, vulva, vagina, ânus e verrugas genitais. Atualmente, aceita-se que uma parte das neoplasias localizadas na orofaringe (35%) se associa ao HPV.

Essa vacina é uma construção de bioengenharia, constituída por partículas de proteínas vírus-like de L1 do HPV e, portanto, não contém vírus vivos ou atenuados. É extremamente imunogênica, ou seja, é capaz de induzir a produção de grandes quantidades de anticorpos, sendo já estabelecida

sua superioridade em relação à imunidade natural.

Não há necessidade de aplicação de qualquer teste prévio para decidir sobre a vacinação. Embora seja uma vacina profilática, pessoas que já tiveram contato ou até infecção pelo HPV devem ser vacinadas. Importante lembrar que a vacina não tem efeito terapêutico. Ela pode ser usada em pessoas imunossuprimidas ou que estejam amamentando, não sendo indicada durante a gravidez ou para indivíduos com alergia a componentes das vacinas (levedura, no caso da quadrivalente); não deve haver a antecipação de doses, sendo contra indicada a intercambialidade entre as vacinas contra HPV.

### **Calendário oficial**

Após anos de luta, em julho de 2013, o Ministério da Saúde anunciou a incorporação da vacina quadrivalente para o sexo feminino, no calendário oficial, a partir de 2014, medida essa que estendia a prevenção a todos os níveis socioeconômicos.

Já em 2014, meninas de 11, 12, 13 anos deveriam ter recebido as duas primeiras doses da vacinação. Com a adoção do esquema vacinal estendido (0, 6 e 60 meses), seria possí-

vel ampliar a oferta da vacina, a partir de 2015, para meninas entre 9 e 11 anos. Esse esquema tem duas vantagens: possibilita alcançar a cobertura vacinal de forma rápida com a administração das duas doses; a terceira dose, cinco anos depois, funciona como um reforço, prolongando o efeito protetor contra a doença.

A adoção dessa estratégia baseou-se em estudos recentes que comprovam sua eficácia (já é utilizado no Canadá, Chile, Colômbia, México e Suíça) e segue a recomendação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), apenas para programas públicos de imunização em larga escala de meninas entre 9 e 13 anos.

A meta era vacinar 80% do público-alvo que soma 5,2 milhões de meninas, pois acredita-se que a vacina deva ser dada a pelo menos 80% da população feminina para que haja imunidade de rebanho (proteção indireta de homens heterossexuais).

### **Segurança**

Atestam a segurança da vacina, até o momento: Comitê Consultivo Global em Segurança de Vacinas da OMS, OPAS, Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Es-

tados Unidos, a Agência Europeia de Medicamentos, FDA, Anvisa, Ministério da Saúde no Brasil, Sociedade Brasileira de Pediatria e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Em todo o mundo já foram aplicadas mais de 180 milhões de doses, com excelente perfil de segurança. O Brasil alcançou, com a primeira etapa da vacinação, cobertura vacinal ao redor de 90%. Foram mais de 4.159.335 aplicações, sem registros de eventos adversos graves atribuídos à vacina.

A compilação de dados do MS em relação aos eventos adversos (FormSus/Datusus) mostrou como eventos adversos: locais - dor, edema e eritema; sistêmicos - febre ( $\geq 38^\circ$ ), cefaleia, síncope (vasovagal, mais frequente em adolescentes), medo da injeção, jejum prolongado, fadiga, locais superlotados, reações de hipersensibilidade.

Foram notificados alguns efeitos adversos graves: anafilaxia (9 casos), convulsão (8 casos), neurite ótica (2 casos), paralisia facial de Bell (1 caso).

Em relação aos eventos neurológicos aventados (inclusive paralisias), até o momento não existem evidências que confirmem relação causal

com a vacina HPV. Todos os eventos graves notificados foram investigados e, até o momento, apenas os casos de anafilaxia foram confirmados como relacionados à vacinação e o percentual encontrado está dentro do esperado na literatura.

Imaginando-se que só a prevenção modifica a história natural da doença, torna-se fundamental uma política pública que promova ações coletivas de sensibilização e capacitação dos técnicos, principalmente pediatras e profissionais ligados ao Programa de Saúde da Família (PSF), que devem se despir de qualquer preconceito, estereótipo e mito em relação à vacina, fazendo-a constar normalmente em suas orientações relacionadas à imunização em geral.

Na segunda dose da vacinação a cobertura nacional foi apenas de 31,54%. Isso mostra a necessidade de um resgate urgente para uma proposta de vacinação eficaz.

Será que pais e profissionais da saúde estarão preparados, no futuro, para responder a uma indagação de indivíduos portadores de câncer e verrugas preveníveis relacionadas ao HPV: existia a vacina? Por que eu não tomei?

### Referências bibliográficas

- Abramson AL, Nouri M, Mullooly V, Fisch G, Steinberg BM. *J Med Virol*. 2004;72:473-7.
- Gillison ML, Chaturvedi AK, Lowy DR. HPV prophylactic vaccines and and potential prevention of noncervical cancers in both man and woman. *Cancer* 2008 Nov; 15;113 (10 suppl.): 3036-46.
- Kury CM et al. Implementation of the quadrivalent vaccine against HPV in the Municipality of Campos dos Goytacazes, Brazil - A combination of strategies to increase immunization coverage and early reduction of genital warts. *Trials in Vaccinology* [cited 2013 Sep 23]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trivac.2013.08.001>.
- Palefsky JM et al. HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med*. 2011;365:1576-85.
- Pan American Health Organization. Vaccination: a shared responsibility. Technical Advisory Group on Vaccine-preventable Diseases [cited 2013 Sep 19]. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1862&Itemid=1674](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1862&Itemid=1674).
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. *Global Cancer Statistics, 2002*. *CA Cancer J Clin*. 2005;55:74-108. (<http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/zhang/Webpages/zhang/session-11-parkin-globcancer-statistics-2002.pdf>).
- Stanley M. HPV - Immune response to infection and vaccination. *Infect Agent Cancer*. 2010;5:19.
- WHO. Human papillomavirus vaccines WHO position paper. Available from: <http://www.who.int/hpcentre/publications/en/e> [http://www.who.int/immunization/newsroom/recommendation\\_HPV\\_vaccination/en/index.html](http://www.who.int/immunization/newsroom/recommendation_HPV_vaccination/en/index.html).