

Aspectos Práticos: DNA-HPV na Atenção Primária

Autoria: Douglas Garcia



1. O que é o teste de DNA-HPV?

O teste molecular DNA-HPV faz parte de um **novo modelo de rastreamento organizado para câncer do colo do útero**. É mais sensível e eficaz que o exame citopatológico tradicional para identificar a presença do vírus HPV, permitindo o diagnóstico precoce de lesões precursoras do câncer de colo uterino.

2. Qual o público-alvo que se destina o rastreamento?

O DNA-HPV é destinado para mulheres entre **25 a 64 anos, com histórico de atividade sexual**.

Intervalo de coleta **a cada 5 anos, se negativo** (ou de 3 anos, em caso de imunossupressão).

Não se recomenda a coleta simultânea de DNA-HPV e colpocitologia tradicional (método por coteste), pois essa estratégia aumenta o número de intervenções desnecessárias e falsos positivos. Uma vez implementado o DNA-HPV, a citologia não deve ser considerada como método primário.

3. Qual a diferença de coleta em relação ao exame colpocitológico tradicional?

Em ambos os exames, a coleta é realizada com espécuro e escova e/ou espátula, através do colo do útero. No DNA-HPV, pode-se usar uma única escova específica, que coleta células e secreções da junção escamo-colunar (mesmo local do Papanicolau). O material é colocado em um frasco com **meio líquido conservante após região de cerdas ser destacada de haste**, que vai para análise molecular no laboratório.

Nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), a escova de coleta utilizada pode variar conforme o kit fornecido pelo laboratório, mas o princípio da coleta é o mesmo.

4. Como orientar as pacientes previamente à coleta?

Não há necessidade de preparo específico para coleta de amostra para o teste de HPV. Contudo, recomenda-se seguir os mesmos cuidados da coleta citológica: **evitar o período menstrual mais intenso, o uso de cremes vaginais 24 horas antes e relações sexuais nos três dias anteriores**.

É recomendado o **aconselhamento prévio** à coleta do teste de DNA-HPV, esclarecendo que o exame é um teste de rastreamento e que um possível resultado positivo não indica necessariamente a presença de lesões ou mesmo câncer induzido pelo HPV. Representa um risco aumentado de alteração em colo uterino, estimado entre 5 e 26%.

Deve ser lembrado que a maioria das infecções por HPV tem caráter transitório com predomínio de evolução benigna e não é possível definir o momento exato em que houve a infecção.

5. Como funciona a autocoleta?

A nova diretriz permite o rastreamento por autocoleta, em que a própria mulher obtém a amostra vaginal. Nessa situação, não há a necessidade da utilização de espécuro.

Deve ser considerada em situações de limitações ou barreiras resultantes do serviço de saúde ou da própria mulher (ex: áreas geograficamente remotas e vulnerabilidade social).

Destaca-se que a sensibilidade de DNA-HPV autocoletado é semelhante à das amostras do colo uterino coletadas por profissionais de saúde para a detecção de lesão de alto grau do tipo NIC 2, com pequena perda de especificidade.

6. Como interpretar os resultados?

O exame tem como princípio a detecção de subtipos do HPV com potencial oncogênico, ou seja, precursores do câncer do colo do útero. Os principais são os tipos 16 e 18, responsáveis pela maioria dos casos. Outros subtipos também apresentam risco aumentado, como 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 e 68.

Resultados possíveis:

- **Não detectado:** repetir o teste em 5 anos;
- **Tipo 16 e/ou 18:** encaminhamento para colposcopia. Repetir em 12 meses, se normalidade;
- **Não 16-18 (HPV outros):** realizar citologia reflexa; Se alterada (ASCUS+), encaminhar à colposcopia. Se manter a normalidade, repetir coleta de DNA-HPV em 12 meses.
- **Inconclusivo ou inválido:** repetir teste independente do teste viral.

Em caso de persistência da presença de DNA-HPV não 16-18 por período superior a 24 meses, encaminhar para colposcopia independentemente do resultado da citologia reflexa

Caso o rastreamento seja realizado inadvertidamente antes dos 25 anos, um eventual resultado com presença de qualquer tipo de HPV não deve ser considerado.

7. O que é a Citologia Reflexa?

Citologia realizada **preferencialmente na mesma amostra obtida para o teste de DNA-HPV**. Quando realizada, encaminhar o laudo junto com o resultado do teste de DNA-HPV oncogênico independentemente do pedido médico;

Se necessária citologia reflexa em casos de autocoleta, uma nova amostra deverá ser coletada em Unidade por profissional de saúde.

Para casos de história de imunossupressão, qualquer resultado positivo (mesmo não 16/18), indica encaminhamento para Colposcopia, sem necessidade realização de citologia reflexa.

8. Quando encerrar o rastreamento?

O rastreamento pode ser encerrado **quando o último teste realizado após os 60 anos for negativo**. Entretanto, não encerrar o rastreamento por idade em casos de imunossupressão.

Mulheres acima de 60 anos sem rastreamento prévio devem realizar o teste e, se negativo, encerrar o acompanhamento. Nos casos de história de tratamento prévio de lesões de alto grau (NIC2, NIC3 ou adenocarcinoma in situ) **devem manter o rastreamento por até 25 anos após o tratamento**, enquanto for possível e aceitável.

9. Recomendações para pacientes em situações especiais

Gestantes: podem realizar rastreamento durante pré-natal com técnica habitual de coleta. Quando possível, dar preferência para coleta após o puerpério (reduz a taxa de lesões transitórias).

Pós-menopausa: Manter mesmas condutas do risco padrão. Se citologia reflexa insatisfatória por atrofia, indicar colposcopia após preparo com estriol creme 1 g (aplicador vaginal) à noite por 14 dias consecutivos, coletando nova amostra 5-7 dias após a suspensão. Avaliar contraindicações.

Imunossupressão: Intervalo de 3 anos entre coletas. Qualquer resultado positivo, mesmo não 16/18, indica realização de colposcopia. Não encerrar rastreamento por idade nesse grupo.

Histerectomia prévia: Mulheres com histerectomia total por lesão benigna e exames prévios normais podem encerrar o rastreamento. Aquelas com lesão precursora ou câncer devem manter coleta de raspado de cúpula e parede vaginal por pelo menos 25 anos após o procedimento.

10. Quais são as atuais recomendações de vacinação para HPV?

Promover cobertura vacinal adequada de **meninos e meninas de 9 a 14 anos contra o HPV**, e nesse momento, **resgatar adolescentes de até 19 anos que não tenham sido vacinados**. Dose única para 9–14 anos e 15–19 anos incluídos em estratégia de resgate. A faixa etária estende até 45 anos para o grupo de pessoas que vivem com HIV, vítimas de violência sexual, pacientes oncológicas, usuários de PrEP e/ou transplantados. **Para esses grupos de maior vulnerabilidade, o esquema é de 3 doses.**

A vacinação com alta cobertura populacional reduz progressivamente o risco de lesões de alto grau (NIC 3) e câncer do colo do útero.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I — Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/r/rastreamento-cancer-do-colo-do-utero/view>
2. Ministério da Saúde. PNI adota dose única para a vacinação de pessoas de 9 a 14 anos de idade contra o HPV [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado 2025 Nov 05]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/pni-adota-dose-unica-para-a-vacinacao-de-pessoas-de-9-a-14-anos-de-idade-contr-o-hpv/>

TELESSAÚDE GOIÁS

ULTRAPASSANDO DISTÂNCIAS



Prof. Dr Alexandre Chater Taleb

Coordenador

Núcleo de Telemedicina e Telessaúde - Faculdade de Medicina - UFG