



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização

NOTA TÉCNICA Nº 96/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Recomendação para inclusão da vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) para crianças vítimas de violência sexual, a partir de 2 anos de idade, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações/PNI.

2. **ANÁLISE**

2.1. A presente Nota Técnica tem por objetivo apresentar a fundamentação técnico-científica para a inclusão da vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) para crianças do sexo feminino e masculino, a partir de 2 anos de idade, vítimas de violência sexual, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

2.2. **Importância do HPV como problema de saúde pública**

2.2.1. A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) constitui um importante problema de saúde pública em todo o mundo, em razão de sua elevada prevalência e de sua associação com diversos tipos de cânceres, incluindo câncer do colo do útero, pênis, vulva, vagina, canal anal e orofaringe. Além disso, o HPV está relacionado ao desenvolvimento de verrugas anogenitais e lesões de vias aéreas superiores, causando repercussões clínicas, psicossociais e econômicas significativas.

2.2.2. Estima-se que ocorram anualmente cerca de 604 mil novos casos de câncer do colo do útero e aproximadamente 280 mil óbitos relacionados à doença em todo o mundo, sendo a infecção persistente pelo HPV o principal fator etiológico associado. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)

2.3. **Vacinação contra o HPV no Brasil**

2.3.1. A vacina HPV quadrivalente foi incorporada ao Calendário Nacional de Vacinação em 2014, representando uma das mais importantes estratégias de prevenção de cânceres relacionados ao HPV. O imunizante confere proteção contra os tipos virais 6, 11, 16 e 18, responsáveis pela maioria dos casos de cânceres atribuíveis ao vírus e pela maior parte das verrugas anogenitais.

2.4. **Recomendações internacionais**

2.4.1. Em dezembro de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou seu posicionamento sobre a vacinação contra o HPV, recomendando que pessoas imunocomprometidas, indivíduos vivendo com HIV e crianças e adolescentes vítimas de violência sexual sejam considerados grupos prioritários para vacinação, em razão do maior risco de exposição e aquisição de infecções relacionadas ao HPV.

2.4.2. De forma convergente, a Associação Pan-Americana de Infectologia (API), em revisão de seu Guia de Vacinas, recomendou a vacinação contra o HPV para vítimas de violência sexual entre 9 e 45 anos de idade, independentemente do sexo, visando à proteção contra infecções futuras e suas consequências.

2.5. **Medida atualmente adotada pelo Ministério da Saúde**

2.5.1. Em consonância com as recomendações internacionais e considerando a vulnerabilidade desse grupo populacional, o Ministério da Saúde ampliou, em 2023, a oferta da vacina HPV para mulheres e homens de 9 a 45 anos de idade vítimas de violência sexual, incorporando essa indicação ao Calendário Nacional de Vacinação.

2.6. **Situação epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes**

2.6.1. Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), embora sujeitos à reconhecida subnotificação, evidenciam aumento expressivo das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

2.6.2. Entre os casos registrados, observa-se importante ocorrência em crianças menores de 9 anos de idade, incluindo lactentes e pré-escolares. As principais vítimas são meninas, especialmente aquelas pertencentes a grupos socialmente vulneráveis.

2.6.3. Os registros de estupro e estupro de vulnerável também apresentam crescimento significativo nos últimos anos, sendo as crianças menores de 9 anos responsáveis por parcela substancial das notificações. Dados das Secretarias Estaduais de Segurança Pública corroboram esse cenário, indicando aumento progressivo dos casos, especialmente entre meninas negras e em situação de vulnerabilidade social.

2.6.4. Segundo os dados publicados de notificações de violência sexual, no Atlas de Violência de 2026 elaborado pelo IPEA, a análise por faixa etária aponta um padrão consistente e, ao mesmo tempo, alarmante, tanto em termos de crescimento quanto de distribuição etária. Um dos achados mais críticos refere-se ao aumento expressivo da violência sexual na primeira infância, entre crianças de 0 a 4 anos, os registros passaram de 1.671, em 2014, para 7.845, em 2024, o que representa um crescimento superior a quatro vezes. Na faixa de 5 a 14 anos, o aumento foi de 6.594 para 29.135 notificações, aproximadamente 4,4 vezes maior. Já entre adolescentes de 15 a 19 anos, os casos cresceram de 1.632 para 6.869, também mais de quatro vezes.

2.6.5. Em termos de distribuição etária, a violência sexual mostra-se fortemente concentrada na infância e no início da adolescência. A faixa de 5 a 14 anos apresenta o maior volume absoluto de casos em todos os anos analisados, configurando-se como o grupo mais vulnerável. Embora os números entre crianças de 0 a 4 anos sejam menores em termos absolutos, o crescimento proporcional é bastante elevado, indicando uma exposição precoce extremamente grave. Já entre adolescentes de 15 a 19 anos, observa-se menor incidência relativa, ainda que com crescimento consistente ao longo do tempo. Em 2024, essa distribuição se configura aproximadamente da seguinte forma: cerca de 66% dos casos concentram-se entre 5 e 14 anos, 18% entre 0 e 4 anos e 16% entre 15 e 19 anos.

2.7. **Magnitude da subnotificação**

2.7.1. Estudo publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2023, *“Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados”*, que estimou a ocorrência de aproximadamente 822 mil estupros por ano no Brasil, correspondendo a cerca de dois casos por minuto. Segundo o estudo, apenas pequena parcela desses eventos é efetivamente registrada nos sistemas policiais ou de saúde, evidenciando a magnitude da subnotificação e a necessidade de fortalecimento das ações de proteção às vítimas.

2.8. **Vulnerabilidade e risco de infecção pelo HPV**

2.8.1. A violência sexual na infância está associada a maior vulnerabilidade para aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HPV. Além do risco imediato decorrente da exposição inicial, há evidências de recorrência da violência em parcela dessas vítimas, ampliando o potencial de exposição futura ao vírus.

2.8.2. Adicionalmente, estudos demonstram que vítimas de violência sexual apresentam maior risco de desenvolver problemas emocionais, transtornos mentais, dificuldades de aprendizagem, comportamento sexual de risco e outras condições que podem aumentar sua suscetibilidade às IST ao longo da vida.

2.9. **Evidências de segurança e imunogenicidade**

2.9.1. Estudos clínicos conduzidos em crianças entre 4 e 6 anos de idade na América Latina , demonstraram perfil favorável de segurança, imunogenicidade e persistência da resposta imune à vacinação contra o HPV, com acompanhamento de até 36 meses após a imunização. (*Long-term Immunogenicity and Safety of the AS04-adjuvanted Human Papillomavirus-16/18 Vaccine in Four- to Six-year-old Girls: Three-year Follow-up of a Randomized Phase III Trial. Pediatr Infect Dis J*)

2.9.2. Os resultados evidenciaram adequada produção de anticorpos, persistência da resposta imune, e ausência de sinais de segurança que contraindiquem a utilização da vacina nessa faixa etária em situações especiais devidamente justificadas.

3. **CONCLUSÃO**

3.1. A violência sexual contra crianças representa grave violação de direitos humanos e importante fator de risco para infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo aquelas causadas pelo HPV. Nesse contexto, não deve ser minimizado o potencial da vacinação como medida adicional de proteção às crianças vítimas de violência sexual. Destacando-se que a vacinação não é uma intervenção pós-exposição capaz de tratar uma infecção por HPV eventualmente adquirida durante a violência sofrida, o benefício é oferecer proteção contra tipos vacinais ainda não adquiridos e exposições futuras.

3.2. Reitera-se que a vacinação constitui medida preventiva segura e eficaz, capaz de oferecer proteção contra tipos virais ainda não adquiridos e reduzir o risco futuro de desenvolvimento de doenças associadas ao HPV, especialmente cânceres e verrugas anogenitais.

Dessa forma, considerando:

- a) a elevada vulnerabilidade das crianças vítimas de violência sexual;
- b) o aumento das notificações de violência sexual em crianças;
- c) as evidências disponíveis de segurança e imunogenicidade da vacina em crianças menores de 9 anos; e
- d) a necessidade de fortalecimento das ações de proteção integral às vítimas;

3.3. O Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), após discussão técnica com áreas do Ministério da Saúde que lidam com esse tema, sociedades científicas, Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), Conselhos Nacional de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS), recomenda a inclusão da vacinação contra o HPV para crianças vítimas de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.4. A faixa etária proposta inicia-se aos 2 anos de idade, considerando a experiência já existente no Programa Nacional de Imunizações para grupos especiais, incluindo crianças com Papilomatose Respiratória Recorrente (PRR).

4. **RECOMENDAÇÕES E ASPECTOS OPERACIONAIS**

4.1. A implementação da vacinação contra o HPV para crianças vítimas de violência sexual, a partir de 2 anos de idade, apresenta elevada viabilidade operacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a estrutura já consolidada do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a experiência acumulada na vacinação de grupos especiais.

4.2. A vacina HPV quadrivalente já integra o Calendário Nacional de Vacinação e possui logística de aquisição, armazenamento, distribuição e registro estabelecida em todas as unidades federativas, não sendo necessária a criação de novos fluxos de abastecimento ou de sistemas específicos para sua operacionalização.

4.3. O público-alvo da presente recomendação corresponde a um grupo populacional relativamente restrito quando comparado às estratégias universais de vacinação, o que minimiza impactos sobre o quantitativo de doses necessárias e sobre a capacidade operacional da rede de frio.

4.4. A identificação dos beneficiários poderá ocorrer por meio da rede de atenção à saúde já responsável pelo atendimento integral às vítimas de violência sexual, incluindo serviços de referência para atenção às pessoas em situação de violência, unidades hospitalares, atenção primária à saúde,

centros especializados e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, a vacinação poderá ser incorporada aos protocolos assistenciais já existentes, sem necessidade de implantação de estruturas adicionais.

4.5. A estratégia proposta também se beneficia da experiência previamente estabelecida pelo Ministério da Saúde na vacinação de grupos especiais, incluindo pessoas imunocomprometidas e crianças com Papilomatose Respiratória Recorrente (PRR), para as quais já existem fluxos assistenciais e operacionais definidos.

4.6. No que se refere ao registro das doses aplicadas, a operacionalização poderá ocorrer por meio dos sistemas oficiais do Programa Nacional de Imunizações, utilizando estratégia especial de vacinação e códigos específicos de acompanhamento, garantindo rastreabilidade, monitoramento e avaliação da intervenção.

4.7. Adicionalmente, a adoção de esquema de dose única reduz a complexidade operacional, favorece a adesão, diminui perdas de oportunidade de vacinação e contribui para maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis.

4.8. Dessa forma, conclui-se que a implementação da vacinação contra o HPV para crianças vítimas de violência sexual é operacionalmente factível, compatível com a capacidade instalada do Sistema Único de Saúde e alinhada aos princípios da integralidade do cuidado e da proteção integral de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

4.9. **Público-alvo**

Crianças do sexo feminino e masculino, a partir de 2 anos de idade, vítimas de violência sexual.

4.10. **Esquema vacinal**

Administração de 1 (uma) dose da vacina HPV;

Toda a dose feita antes de 9 anos de idade não deve ser considerada para o esquema básico. Deverá , portanto, ser revacinada conforme esquema preconizado no Calendário Nacional de Vacinação ;

No caso da violência sexual ocorrer em crianças previamente vacinada, não está indicada a revacinação.

4.11. **Crítérios para vacinação**

Avaliação por serviço de referência ou profissional de saúde responsável pelo atendimento da vítima;

Registro da condição clínica que fundamenta a indicação;

Consentimento do responsável legal, quando aplicável;

Seguimento clínico e notificação obrigatória de eventos adversos;

Definição prévia acerca da necessidade de dose adicional após os 9 anos de idade.

4.12. **Local de aplicação**

A vacinação deverá ser realizada nas salas de vacinação do SUS, mediante indicação e registro pelo serviço ou profissional de saúde responsável pelo atendimento da vítima, conforme fluxo assistencial estabelecido.

Registro da vacinação

As doses administradas deverão ser registradas nos sistemas oficiais de informação do Programa Nacional de Imunizações, em estratégia especial de vacinação, vinculadas ao respectivo código de classificação diagnóstica (CID) relacionado à violência sexual.

4.13. **Vigilância de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI)**

4.13.1. A vigilância, investigação, classificação e notificação de ESAVI deverão seguir as normas vigentes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo os critérios estabelecidos para notificação de eventos graves, inusitados ou de interesse especial.



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 10/09/2026, às 15:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Yoshito Wada, Coordenador(a)-Geral de Incorporação Científica e Imunização substituto(a)**, em 10/09/2026, às 15:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fabiano Geraldo Pimenta Junior, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 10/09/2026, às 16:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0057909254** e o código CRC **2DC06FD7**.