



eva

Grupo Brasileiro
de Tumores
Ginecológicos

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Guia de prevenção e rastreamento do câncer na mulher

Do Grupo Brasileiro de Tumores Ginecológicos
para as mulheres e suas famílias



Autores:
Andréa Paiva Gadêlha Guimarães
Andreza Karine B.A. Souto
Marcella Salvadori

Revisão:
Agnaldo Lopes da Silva Filho
Eduardo Paulino

Apresentação

Esta cartilha foi desenvolvida para fornecer informações claras, baseadas em evidências científicas atuais, sobre a prevenção e o rastreamento dos principais tumores que acometem mulheres: mama, ginecológicos (colo do útero, endométrio, ovário, vulva e vagina), intestino e pulmão.

O câncer é uma das principais causas de adoecimento e morte entre as mulheres em todo o mundo. No Brasil, alguns tipos de câncer apresentam elevada frequência, mas também oferecem importantes oportunidades de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce.

Ao entender os fatores de risco, os exames recomendados para cada fase da vida e as estratégias comprovadas de redução de risco, cada mulher se torna protagonista da sua própria saúde. Este material é um ponto de partida. Converse sempre com sua equipe de saúde para um cuidado individualizado.

Como usar esta cartilha:

- 1- Leia os capítulos na ordem ou vá direto ao tema de seu interesse.
- 2- Os quadros coloridos destacam informações importantes.
- 3- As tabelas de rastreamento mostram o que fazer em cada faixa etária.
- 4- Anote suas dúvidas para discutir com seu médico e equipe de saúde.

ÍNDICE

Câncer na Mulher **Capítulo 1**

Hábitos de Vida e Prevenção **Capítulo 2**

Vacinação Contra HPV **Capítulo 3**

Rastreamento **Capítulo 4**

Oncogenética: Risco Hereditário e Estratégias de Redução **Capítulo 5**

Prevenção ao Longo da Vida: Da Adolescência à Melhor Idade **Capítulo 6**

Fato ou Fake? **Capítulo 7**

Seus Direitos e Como Acessar os Serviços de Saúde **Capítulo 8**



Capítulo 1: O câncer na mulher

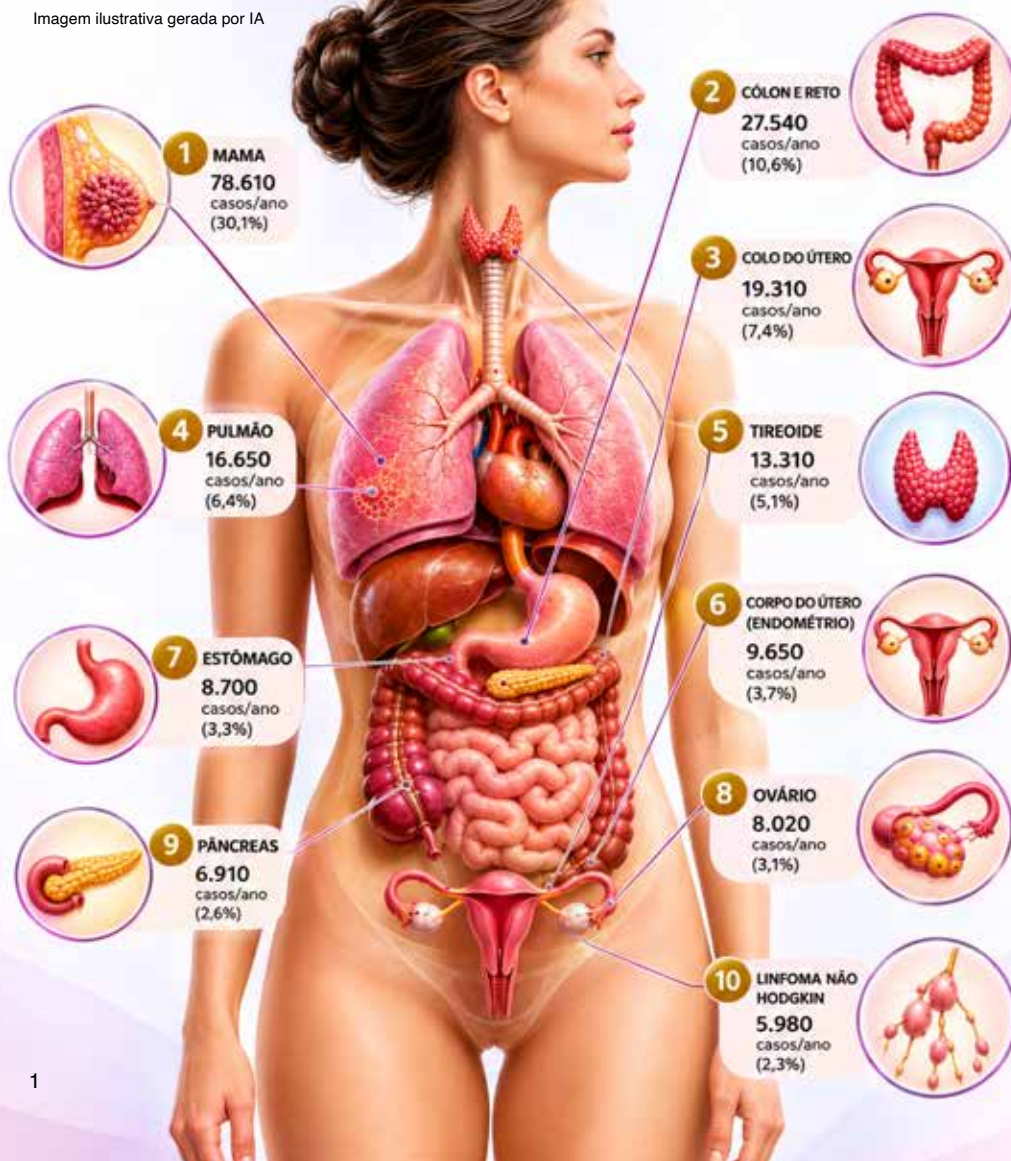
TUMORES MAIS COMUNS NAS MULHERES

Estimativa de novos casos por ano no Brasil*
Exclui câncer de pele não melanoma

Fonte: Instituto Nacional do Câncer-INCA
Estimativa 2026-2028

TRIÊNIO 2026-2028

Imagem ilustrativa gerada por IA



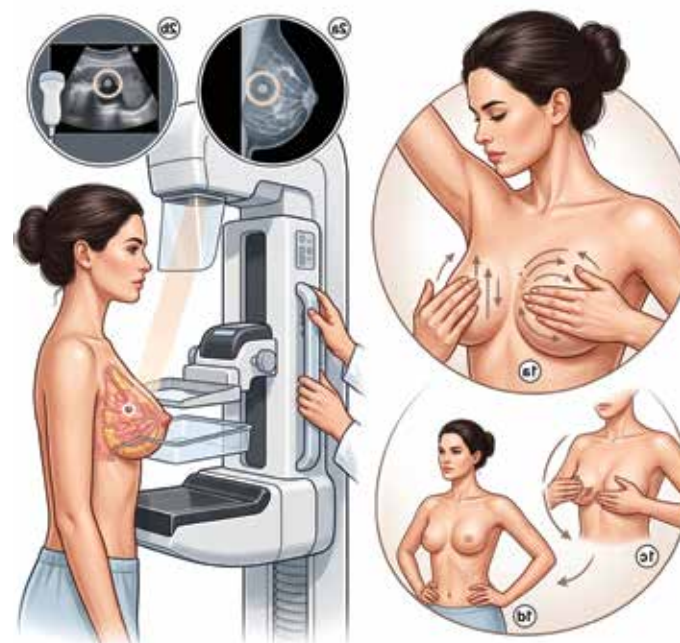
1.1- Câncer de mama

O câncer de mama é o tipo de câncer mais frequente entre as mulheres em todo o mundo e no Brasil (excluindo os tumores de pele não melanoma), sendo o que mais causa mortes por câncer em mulheres no país.

O risco aumenta principalmente a partir dos 50 anos, mas pode acometer mulheres de qualquer idade. Embora raro, o câncer de mama também pode afetar homens, numa proporção aproximada de 1 caso para cada 100 diagnósticos em mulheres.

Não existe uma causa única: sobrepeso, obesidade, sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas, histórico familiar e exposição hormonal prolongada (menarca precoce, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal) estão entre os principais fatores de risco.

A detecção precoce, por meio do rastreio regular, é a estratégia mais eficaz para reduzir a mortalidade pela doença — quando diagnosticado em fases iniciais, o câncer de mama tem chances de cura que podem ultrapassar 90%.



A situação no Brasil — dados INCA/ Ministério da Saúde 2026

- O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres brasileiras, respondendo por cerca de 30% dos casos de câncer na mulher (excluídos os tumores de pele não melanoma).
- Estimativa 2026–2028: cerca de 78.610 novos casos por ano (taxa bruta de 71,57 por 100 mil mulheres).
- É o tipo de câncer que mais causa mortes por câncer entre mulheres no Brasil.
- As maiores taxas de incidência estão nas regiões Sudeste (88,29/100 mil) e Sul (77,91/100 mil); as menores, na região Norte (31,28/100 mil).

Fonte: INCA/MS – Estimativa 2026–2028: Incidência de Câncer no Brasil.

Sinais de alerta: procure avaliação médica!

- Nódulo ou espessamento na mama ou na axila, mesmo indolor.
- Alteração no tamanho, formato ou textura da pele da mama (retração, vermelhidão, aspecto de “casca de laranja”).
- Secreção espontânea pelo mamilo (especialmente se sanguinolenta) ou inversão do mamilo.
- Qualquer alteração persistente por mais de 2–3 semanas deve ser avaliada por um médico — a maioria dos casos em fase inicial não causa sintomas, por isso o rastreio regular é essencial.

1.2- Câncer de intestino

O câncer de intestino (colorretal) é o segundo mais incidente entre as mulheres brasileiras, ficando atrás apenas do câncer de mama.

Para o ano de 2026, o Instituto Nacional de Câncer estima 27.540 novos casos entre mulheres, correspondendo a 10,5% de todos os tumores femininos, superando inclusive o câncer do colo do útero em incidência.

A maioria dos casos se desenvolve a partir da sequência adenoma–carcinoma, um processo lento que pode levar de 10 a 15 anos. Essa longa história natural faz do câncer colorretal uma das neoplasias com maior potencial de prevenção, pois o rastreamento permite identificar e remover lesões precursoras antes da progressão para doença invasiva.

Nas últimas décadas, estudos também têm demonstrado aumento da incidência em adultos mais jovens, reforçando a importância da adoção de programas organizados de rastreamento mais precocemente (a partir dos 45 anos) para a população de risco habitual.

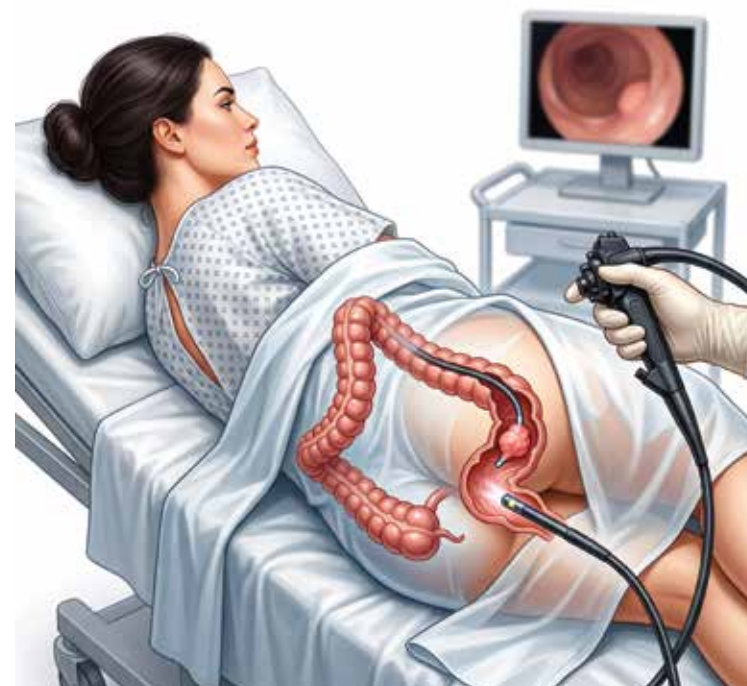


Imagem ilustrativa gerada por IA

A situação no Brasil — dados INCA/ Ministério da Saúde 2026

- O câncer colorretal é o segundo tipo mais incidente entre as mulheres brasileiras.
- Estimativa 2026–2028: cerca de 27.540 novos casos por ano entre mulheres (10,5% de todos os tumores femininos) — crescimento de quase 20% em relação ao triênio anterior.
- É um dos cânceres com maior potencial de prevenção: o rastreio permite identificar e remover lesões precursoras (pólipos) antes da progressão para doença invasiva.

Fonte: INCA/MS — Estimativa 2026–2028: Incidência de Câncer no Brasil.

Sinais de Alerta: procure avaliação médica!

- Sangue nas fezes (visível ou oculto) ou fezes muito escuras.
- Mudança persistente do hábito intestinal — diarreia ou constipação que dura algumas semanas.
- Dor ou cólica abdominal persistente, ou sensação de evacuação incompleta.
- Perda de peso sem causa aparente e fadiga/anemia sem explicação.
- Sintomas persistentes por mais de 2–3 semanas merecem avaliação mesmo em pessoas jovens.

1.3- Câncer do colo do útero

É o terceiro câncer mais frequente no sexo feminino no Brasil. Cerca de 99% dos casos está relacionados à infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV), tornando-o altamente prevenível pela vacinação contra o HPV e pelo rastreio regular com colpocitologia (Papanicolaou) e/ou Teste DNA-HPV.

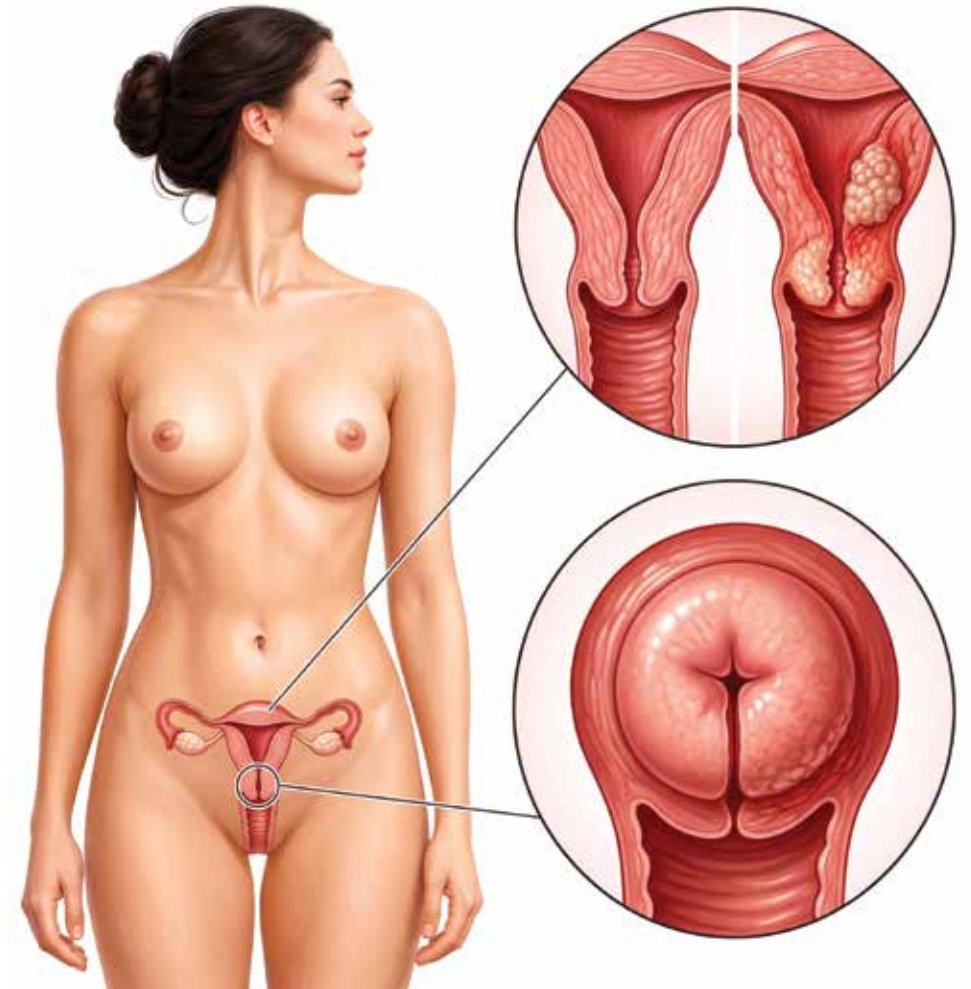


imagem ilustrativa gerada por IA

A situação no Brasil — dados INCA/ Ministério da Saúde 2026

- O câncer do colo do útero é o 3.º câncer mais frequente no sexo feminino no Brasil.
- Estimativa 2026-2028: mais de 19.310 casos novos por ano (taxa bruta de 17,59 por 100 mil mulheres).
- Em 2023 ocorreram 7.209 óbitos por câncer do colo do útero — taxa bruta de 6,65 por 100 mil.
- As maiores taxas de incidência concentram-se nas regiões Norte (22,79/100 mil) e Nordeste (20,76/100 mil), enquanto a região Sudeste apresenta as menores taxas (14,06/100 mil).
- Mulheres negras e indígenas apresentam maior risco de mortalidade comparado às mulheres brancas, reflexo de desigualdades no acesso ao rastreamento e ao tratamento em tempo oportuno.

Fonte: INCA/MS — Estimativa 2026–2028: Incidência de Câncer no Brasil.

A boa notícia!

- A Austrália é um exemplo mundial de prevenção do câncer do colo do útero. Com vacinação contra o HPV, rastreamento organizado com teste de HPV e tratamento das lesões precursoras, o país reduziu sua incidência para cerca de 6 a 7 casos por 100.000 mulheres/ano, aproximando-se da meta da OMS (Organização Mundial de Saúde) para eliminação da doença como problema de saúde pública: menos de 4 casos por 100.000 mulheres/ano.
- Em 2025, o Ministério da Saúde passou a adotar o teste molecular para detecção do DNA do HPV como método preferencial para o rastreamento do câncer do colo do útero no SUS, substituindo gradualmente o exame de Papanicolaou, aos moldes do modelo Australiano.

Sinais de Alerta: procure avaliação médica!

- Sangramento vaginal anormal: fora do período menstrual, após a relação sexual (sinusorragia) ou após a menopausa.
- Corrimento vaginal anormal, por vezes com odor fétido.
- Dor pélvica persistente ou dor durante a relação sexual.
- Nas fases iniciais, a doença costuma ser assintomática — por isso o rastreio regular com Papanicolaou e/ou teste de HPV é fundamental, mesmo sem sintomas.

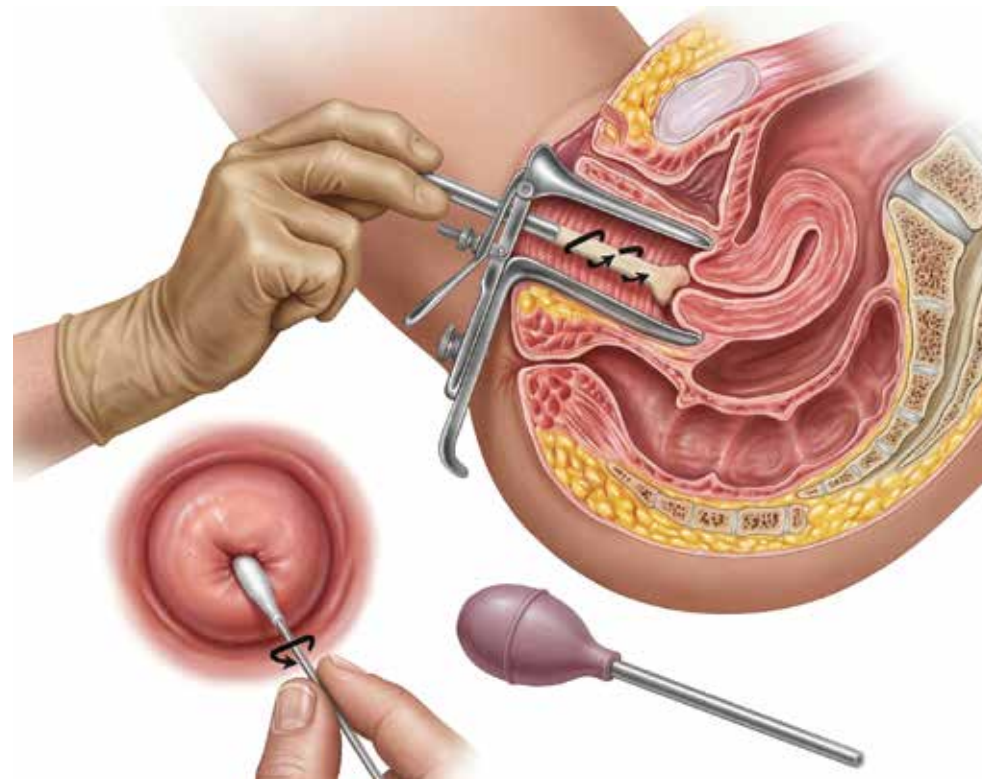


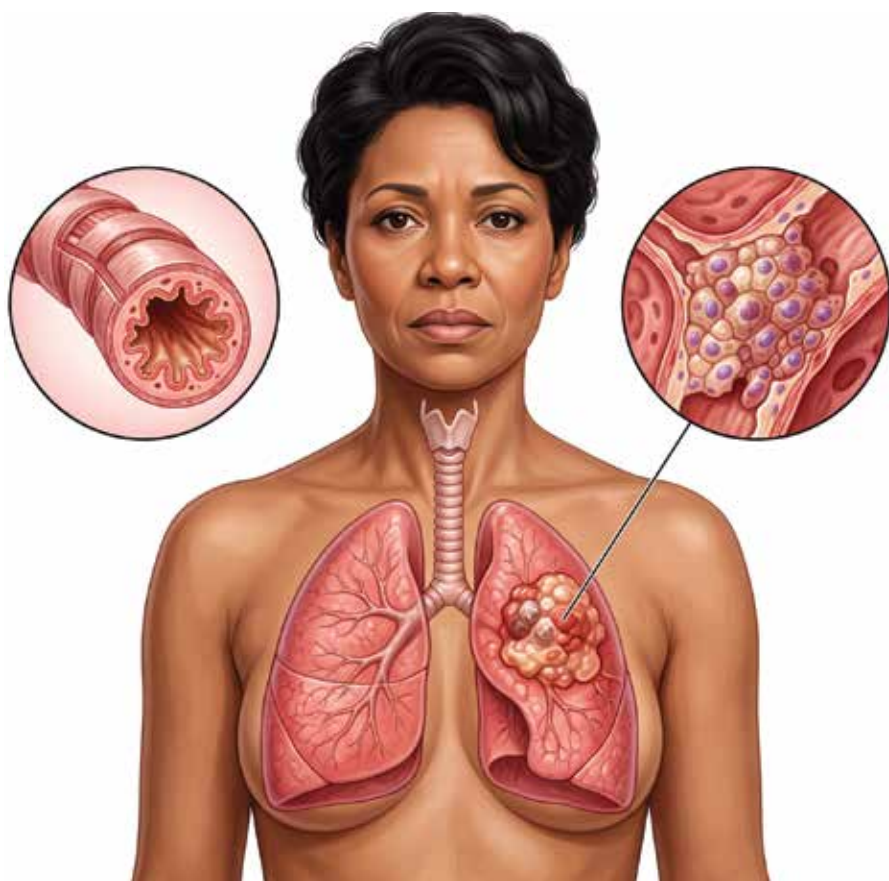
Imagem ilustrativa gerada por IA

1.4- Câncer de pulmão

O câncer de pulmão é o quarto câncer mais comum entre as mulheres brasileiras, com estimativa de 16.650 novos casos por ano no triênio 2026–2028, segundo o INCA.

Apesar de estar fortemente relacionado ao tabagismo (incluindo cigarros convencionais e cigarros eletrônicos), cerca de 15% a 20% dos casos ocorrem em pessoas que nunca fumaram, especialmente mulheres. Além do cigarro, fatores como exposição passiva à fumaça do tabaco, poluição atmosférica e predisposição genética também contribuem para o desenvolvimento da doença.

A prevenção está diretamente relacionada à redução da exposição a esses fatores de risco, especialmente ao abandono do tabagismo e tomografia de tórax com baixas doses de radiação anual para a população de alto risco.



A situação no Brasil — Dados INCA/ Ministério da Saúde 2026

- O câncer de pulmão é o quarto tipo mais incidente entre as mulheres brasileiras.
- Estimativa 2026–2028: cerca de 16.650 novos casos por ano no país.
- Cerca de 15% a 20% dos casos em mulheres ocorrem em pessoas que nunca fumaram — proporção maior do que entre os homens.

Fonte: INCA/MS – Estimativa 2026–2028: Incidência de Câncer no Brasil.

Sinais de alerta: procure avaliação médica!

- Tosse persistente ou que piora, ou mudança no padrão de uma tosse crônica já existente.
- Tosse com escarro com sangue, mesmo em pequena quantidade.
- Falta de ar, dor torácica persistente ou rouquidão sem causa aparente.
- Perda de peso sem causa aparente e infecções respiratórias que se repetem na mesma região do pulmão.
- Sintomas persistentes por mais de 2–3 semanas, especialmente em fumantes ou ex-fumantes, devem ser avaliados prontamente.



1.5- Câncer de endométrio (corpo do útero)

É o câncer ginecológico mais frequente nos países desenvolvidos. No Brasil ocupa a sexta posição e com aumento do número de casos. Manifesta-se principalmente após a menopausa com sangramento vaginal anormal. Obesidade, diabetes e exposição prolongada ao estrogênio sem progesterona são os principais fatores de risco modificáveis.

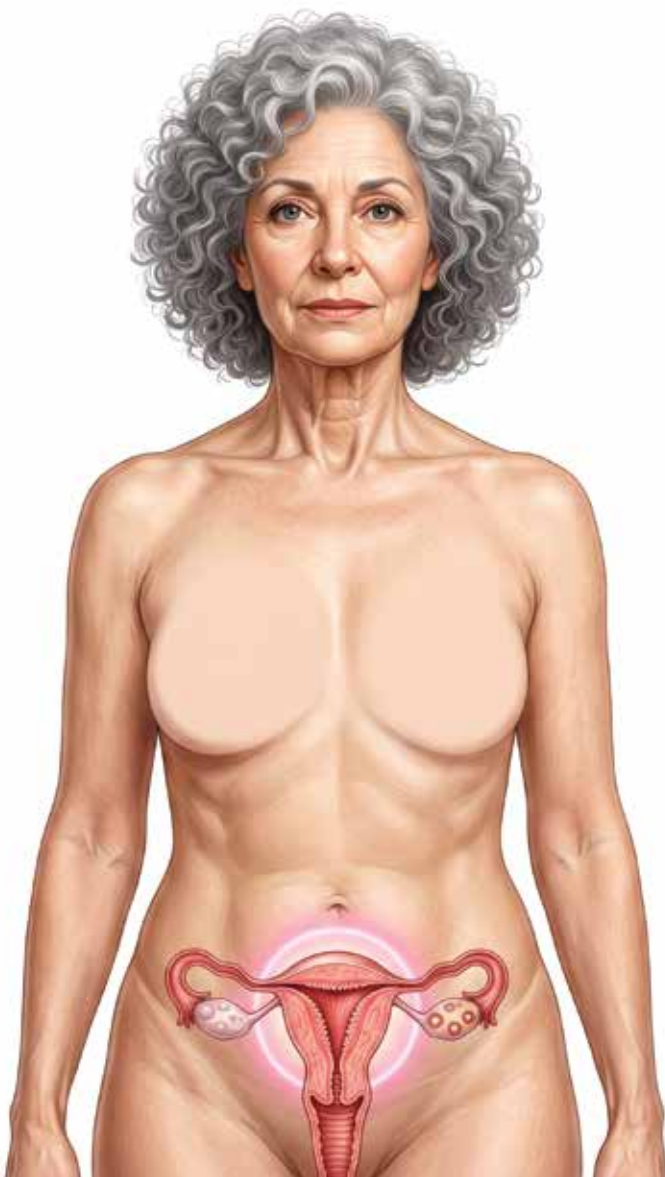


Imagem ilustrativa gerada por IA

A situação no Brasil — Dados INCA/ Ministério da Saúde 2026

- O câncer de endométrio, o de colo do útero e o de ovário juntos somam cerca de 32 mil novos casos por ano nas brasileiras, respondendo por 13% de todos os cânceres femininos.
- Estimativa de câncer de endométrio apresenta cerca de 7.840 novos casos e mais de 1.800 mortes por ano no Brasil.
- Não existe método eficaz de rastreamento populacional; o diagnóstico precoce depende do reconhecimento dos sinais de alerta.

Fonte: INCA/MS – Estimativa 2026–2028: Incidência de Câncer no Brasil.

Sinais de alerta: procure avaliação médica!

- Sangramento vaginal após a menopausa — é o sinal mais comum e deve sempre ser investigado, mesmo se discreto ou em episódio único.
- Sangramento intermenstrual ou ciclos menstruais muito irregulares/intensos em mulheres na pré-menopausa.
- Dor ou desconforto pélvico persistente, mais comum em fases mais avançadas.
- Qualquer sangramento pós-menopausa exige consulta médica imediata.



1.6- Câncer de ovário

Embora menos frequente, é responsável pela maioria das mortes por cânceres ginecológicos devido ao diagnóstico tardio. Não há exame de rastreamento efetivo para população geral. A maioria das mulheres, seja no sistema público ou privado, é diagnosticada em fases avançadas, sendo a única possibilidade de prevenção a partir da identificação de mulheres com alto risco genético e a submissão dessas, às cirurgias redutoras de risco (retirada das trompas e ovários).



Imagem ilustrativa gerada por IA

A situação no Brasil — Dados INCA/ Ministério da Saúde 2026

- Estimam-se 8.020 novos casos de câncer de ovário por ano no Brasil. (cerca de 24 mil casos ao longo do triênio 2026–2028).
- É o câncer ginecológico mais letal: o diagnóstico costuma ocorrer em fases avançadas da doença, quando o tratamento é mais complexo.
- Em 2024, foram registrados 4.567 óbitos por câncer de ovário no país, segundo o Atlas de Mortalidade por Câncer.
- Muitas vezes, a doença tem evolução silenciosa, o que reforça a importância do acompanhamento ginecológico regular e da atenção aos sinais do corpo.

Fonte: INCA/MS – Estimativa 2026–2028: Incidência de Câncer no Brasil.

Sinais de alerta: procure avaliação médica!

- Distensão ou inchaço abdominal persistente.
- Dor pélvica ou abdominal que não melhora.
- Saciedade precoce ou dificuldade para se alimentar normalmente.
- Urgência ou aumento da frequência urinária sem infecção.
- Os sintomas costumam ser vagos, mas quando novos e persistentes por mais de 2–3 semanas, principalmente se ocorrem juntos, merecem avaliação ginecológica.

1.7- Câncer de vulva

O câncer de vulva é um tumor maligno raro que afeta a parte externa dos órgãos genitais femininos, como os grandes e pequenos lábios, o clitóris e a abertura da vagina.

- O carcinoma de células escamosas é o tipo mais comum, representando a maioria dos casos.

- Representa cerca de 3% a 5% de todos os cânceres ginecológicos.

Sintomas podem ser alterações na pele, nódulos, feridas ou ulcerações

Dentre os fatores de risco estão:

- Idade avançada, sendo mais frequente após os 60 anos.

- Infecção persistente pelo papilomavírus humano (HPV).

- Doenças crônicas de pele na região, como o líquen escleroso.

- Tabagismo e sistema imunológico enfraquecido

O diagnóstico é feito por meio de exame físico e biópsia da lesão suspeita. O tratamento inicial é principalmente cirúrgico, variando desde a remoção conservadora do tumor até cirurgias mais amplas, dependendo do estágio. Outras opções podem incluir radioterapia, quimioterapia ou imunoterapia. O diagnóstico precoce aumenta muito as chances de cura e permite tratamentos menos agressivos



A situação no Brasil — Dados INCA/ Ministério da Saúde 2026

- Representa cerca de 3% a 5% de todos os cânceres ginecológicos, sendo mais raro que os de colo do útero, endométrio e ovário.
- Está relacionado ao HPV, sobretudo em mulheres mais jovens, e à distrofia vulvar crônica (líquen escleroso), mais comum em mulheres mais idosas e tabagistas.
- O acompanhamento ginecológico regular ao longo de toda a vida ajuda na detecção precoce das lesões.

Fonte: INCA/MS – Estimativa 2026–2028: Incidência de Câncer no Brasil.

Sinais de alerta: procure avaliação médica!

- Lesão, ferida, nódulo, mancha ou espessamento na vulva que não cicatriza.
- Coceira (prurido) vulvar persistente, especialmente se associada a lesão visível.
- Dor, ardência ou sangramento vulvar fora do período menstrual.
- Qualquer alteração na pele da vulva que persista por mais de algumas semanas deve ser avaliada por um ginecologista.

1.8- Câncer de Vagina

O câncer de vagina é um tipo muito raro de tumor ginecológico, correspondendo a cerca de 1% a 2% de todas as neoplasias do trato genital feminino. Nas fases iniciais, a doença costuma ser silenciosa, os sintomas são frequentes na fase mais avançada. Que podem ser sangramento vaginal anormal, corrimento vaginal, dor pélvica. O principal fator associado ao aparecimento do câncer de vagina é a infecção pelo vírus HPV (Papilomavírus Humano), transmitido por via sexual, principalmente os subtipos de alto risco oncogênico.

Outros fatores que elevam o risco são:

- Histórico prévio de câncer ou lesões precursoras no colo do útero.
- Idade avançada (mais frequente em mulheres acima de 60 anos).
- Tabagismo.
- Condições que enfraquecem o sistema imunológico, como a infecção pelo vírus HIV.

O diagnóstico geralmente ocorre consultório ginecológico durante o exame físico e especular. Ao notar qualquer lesão ou alteração suspeita na parede vaginal, o médico realiza uma biópsia (retirada de um pequeno fragmento do tecido para análise em laboratório) e podem ser complementado por exames de imagem como ressonância magnética e tomografia auxiliam a entender a extensão do tumor.

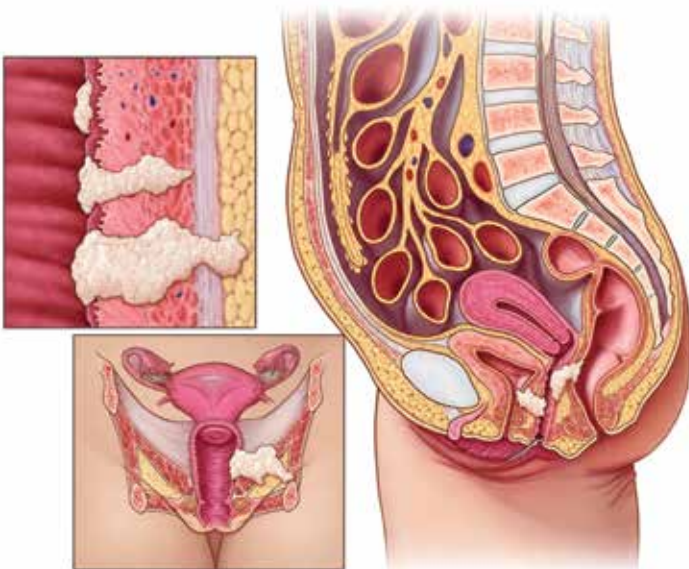


Imagem ilustrativa gerada por IA

A situação no Brasil — Dados INCA/ Ministério da Saúde 2026

- É o câncer ginecológico mais raro, representando de 1% a 2% de todos os casos.
- O tipo mais comum é o carcinoma de células escamosas, fortemente relacionado à infecção persistente pelo HPV.
- Segundo a IARC, o HPV está associado a 78% dos cânceres de vagina, reforçando a importância da vacinação e do rastreio regular.

Fonte: INCA/MS – Estimativa 2026–2028: Incidência de Câncer no Brasil.

Sinais de alerta: procure avaliação médica!

- Sangramento vaginal anormal — após relação sexual, fora do período menstrual ou após a menopausa.
- Corrimento vaginal anormal, persistente ou com odor incomum.
- Massa, nódulo ou lesão visível ou palpável na vagina.
- Dor durante a relação sexual ou ao urinar, sem outra causa identificada.

Atenção – Quais os outros tumores mais frequentes entre as mulheres?

Câncer de tireoide, estômago, pâncreas e Linfoma não Hodgkin, porém essas doenças para a população risco habitual não possuem indicação de rastreamento com redução de mortalidade comprovada.

Capítulo 2: estilo de vida e prevenção

Evidências científicas robustas mostram que o estilo de vida influencia diretamente o risco de desenvolver diversos tipos de câncer. Mudanças de comportamento são intervenções de baixo custo e alto impacto e podem prevenir cerca de 30 a 40% dos cânceres.

2.1- Controle de peso e obesidade

A obesidade é o fator de risco modificável mais importante para o câncer de endométrio. O tecido adiposo em excesso produz estrogênio, que estimula o crescimento do endométrio. Estudos mostram que mulheres com obesidade têm risco 2 a 4 vezes maior de desenvolver câncer de endométrio. Além do endométrio, o excesso de peso também está associado ao maior risco de câncer de mama, intestino e ovário.



Como a obesidade aumenta o risco? INCA/WCRF (World Cancer Research Fund) 2026

O INCA identifica três mecanismos biológicos principais que ligam a gordura corporal ao câncer ginecológico:

- 1. Hiperestrogenemia:** aumento do estrogênio no sangue. O tecido adiposo converte androgênio em estrogênio — especialmente após a menopausa, quando os ovários reduzem a produção. O excesso de estrogênio estimula o crescimento do endométrio e ovário.
- 2. Inflamação crônica:** adipócitos em excesso produzem citocinas inflamatórias (IL-6, TNF- α), criando um ambiente favorável à progressão tumoral.
- 3. Hiperinsulinemia e resistência à insulina:** aumentam o IGF-1 (fator de crescimento), promovendo proliferação celular — mecanismo fortemente associado ao câncer de endométrio.

Importante: a obesidade é um problema de saúde coletiva, não uma falha individual.

Metas recomendadas

- Índice de Massa Corporal (IMC) entre 18,5 e 24,9 kg/m²
- Circunferência abdominal < 80 cm para mulheres
- Perda de peso de 5-10% já reduz significativamente o risco hormonal
- Priorize mudanças graduais e sustentáveis — dietas restritivas extremas não são recomendadas

2.2- Alimentação

Uma alimentação adequada pode modular a inflamação, o balanço hormonal e os mecanismos de reparo do DNA — todos relevantes para o desenvolvimento do câncer.

Alimentos protetores (consumo recomendado):

- Vegetais crucíferos (brócolis, couve, repolho): contêm indol-3-carbinol com ação antiestrogênica.
- Fibras alimentares (leguminosas, grãos integrais, frutas): reduzem absorção e recirculação de estrogênio.
- Antioxidantes: licopeno (tomate), carotenoides (cenoura, abóbora), vitamina C e E.
- Polifenóis: chá verde, frutas vermelhas, uvas roxas.
- Gorduras insaturadas: azeite de oliva extravirgem, oleaginosas, abacate
- Ômega-3: peixes de água fria (sardinha, atum, salmão).

Alimentos a limitar:

- Carnes processadas e embutidos (salsicha, bacon, presunto e linguiça): aumentam risco especialmente de câncer de intestino.
- Carnes vermelhas: limitar a menos de 500g/semana já cozidas.
- Bebidas alcoólicas: mesmo consumo leve aumenta risco —idealmente evitar.
- Alimentos ultraprocessados: ricos em açúcar, gordura trans e aditivos pró-inflamatórios.
- Excesso de açúcar e bebidas açucaradas: contribuem para obesidade e resistência à insulina.



Padrão alimentar com melhor evidência: dieta do mediterrâneo:

O padrão mediterrâneo é o mais bem estudado para prevenção de câncer de endométrio, mama e intestino.

Caracteriza-se por: alto consumo de vegetais, frutas, leguminosas, grãos integrais, azeite, peixes e nozes; baixo consumo de carnes vermelhas e processadas; consumo moderado de laticínios.

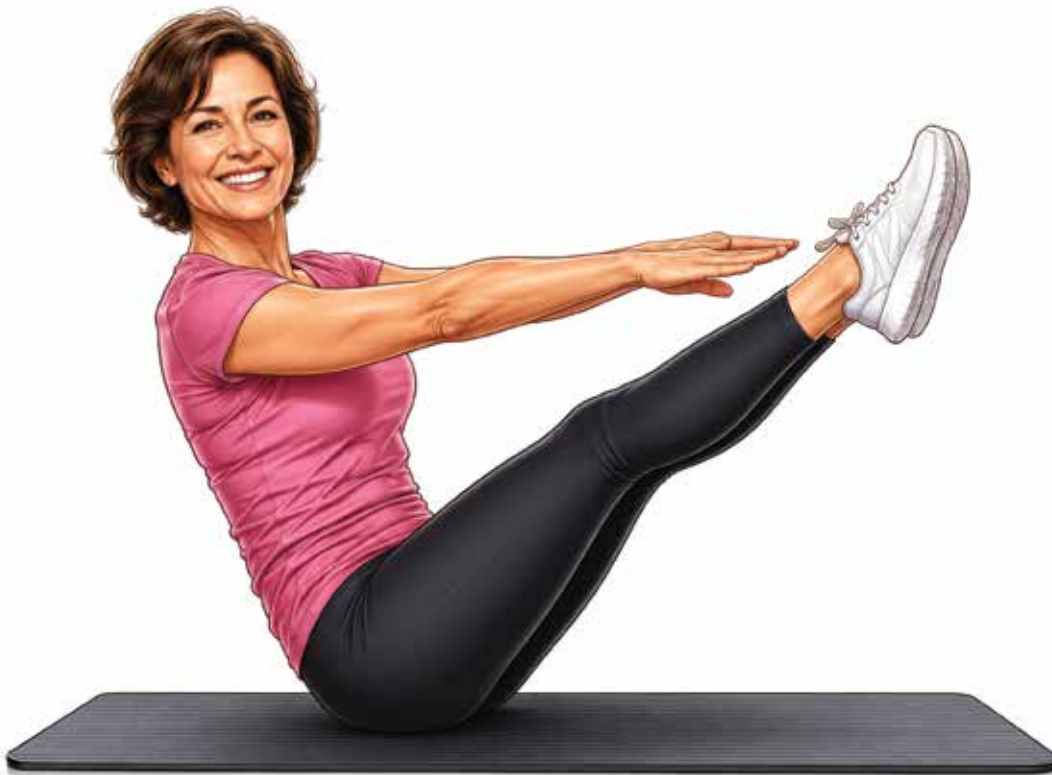
Grandes estudos mostram redução de 20-30% no risco de câncer de endométrio e em cerca de 14% em câncer de intestino e mama em mulheres com adesão à dieta mediterrânea.



2.3- Atividade física

As evidências de redução de risco associadas à prática regular de atividade física são mais consistentes em câncer de mama, intestino e endométrio, variando de 10% a 30%, além disso a atividade física durante o tratamento oncológico está associada a melhor prognóstico.

Os mecanismos incluem: redução de estrogênio circulante, melhora da sensibilidade à insulina, modulação da inflamação sistêmica, regulação do peso corporal e melhora do trânsito intestinal.



Recomendações de atividade física (OMS 2020)

- 150 a 300 minutos/semana de atividade aeróbica de intensidade moderada (caminhada rápida, natação, dança), OU
- 75 a 150 minutos/semana de atividade vigorosa (corrida, ciclismo intenso).
- Exercícios de fortalecimento muscular ≥ 2 vezes/semana.
- Reduzir o tempo sedentário: levantar a cada hora durante o trabalho sentado.
- Qualquer nível de atividade é melhor que a inatividade — comece devagar e progrida.

2.4- Tabagismo

O tabagismo aumenta significativamente o risco de câncer de pulmão (cerca de 80% dos casos são atribuíveis ao cigarro), mas também mama, intestino, colo do útero, vulva e vagina.

- A nicotina e os carcinógenos do cigarro são detectados nas secreções cervicais e potencializam os efeitos oncogênicos do HPV.
- Fumar também piora o prognóstico dos tumores durante o tratamento.
- Parar de fumar reduz progressivamente o risco, com benefício significativo após 10 anos de abstinência.
- Cigarros eletrônicos (vapes) não são alternativa segura — evitar.

Busque apoio: consulte seu médico sobre terapia de reposição de nicotina e suporte psicológico.

2.5- Álcool

O álcool é classificado como carcinógeno do Grupo 1 pela IARC. Aumenta o risco de câncer de mama, intestino, endométrio, ovário e colo do útero. Não existe nível seguro de consumo do ponto de vista oncológico.

2.6- Saúde sexual e comportamento

- Início precoce da atividade sexual aumenta exposição ao HPV.
- Múltiplos parceiros sexuais: maior risco de infecção por HPV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST)
- Uso de preservativos: reduz (mas não elimina) a transmissão do HPV.
- Tratamento de IST em dia reduz cofatores de desenvolvimento do câncer de colo de útero.
- Imunossupressão (HIV/AIDS, transplantadas): aumenta risco de cânceres HPV-relacionados — rastreio mais intensivo indicado e vacinação contra o HPV.

2.7- Contraceptivos e hormônios

O uso de contraceptivos orais combinados por mais de 5 anos reduz em até 40-50% o risco de câncer de ovário e endométrio. Este efeito protetor persiste por décadas após a suspensão.

A terapia hormonal da menopausa com estrogênio isolado (em mulheres com útero) aumenta o risco de câncer de endométrio — por isso, deve-se sempre associar progesterona. Há controvérsias na literatura sobre o impacto da terapia de reposição hormonal e aumento do risco de câncer de mama. Discuta os riscos e benefícios individualmente com seu ginecologista.

Capítulo 3 – Vacinação contra HPV

A vacinação contra o HPV é uma das estratégias de saúde pública mais eficazes já desenvolvidas para a prevenção do câncer. O HPV é responsável por 99% dos cânceres de colo do útero, além de parcela importante dos cânceres de vulva e vagina.

Desafio no Brasil — INCA 2026

- A baixa cobertura vacinal para o HPV em algumas regiões do país é um dos principais obstáculos ao controle do câncer do colo do útero no Brasil.
- A conscientização pública sobre a relação entre infecção por HPV e câncer ainda precisa ser ampliada para impulsionar a adesão às medidas preventivas.
- Regiões Norte e Nordeste apresentam as maiores taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero — reflexo direto da cobertura vacinal e de rastreamento insuficientes nessas áreas.



3.1- O que é o HPV?

O Papilomavírus Humano (HPV) é o vírus de transmissão sexual mais comum do mundo. Existem mais de 200 tipos, classificados em:

- Baixo risco oncogênico (ex: HPV 6 e 11): causam verrugas genitais (condilomas), mas raramente cânceres.
- Alto risco oncogênico (ex: HPV 16 e 18): causam a maioria dos cânceres de colo do útero, vulva e vagina. Os principais tipos oncogênicos são 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58.

A infecção por HPV é muito comum — a maioria das pessoas sexualmente ativas entra em contato com o vírus em algum momento da vida. Na maioria das pessoas, o sistema imunológico controla a infecção pelo HPV, tornando o vírus indetectável nos exames em um a dois anos. No entanto, isso não significa necessariamente sua eliminação completa. O HPV pode permanecer em estado de latência e ser reativado anos depois, o que explica o aparecimento de lesões mesmo após longo período sem atividade sexual ou sem novos parceiros, sem indicar obrigatoriamente uma infecção recente.

Vacina	Tipos de HPV cobertos	Faixas etárias aprovadas	Disponibilidade no Brasil
Quadrivalente (Gardasil® 4)	HPV 6, 11, 16 e 18	9 a 45 anos	Rede pública para meninos e meninas de 9-14 anos, imunossuprimidos, vítimas de violência sexual e mulheres tratadas por lesões precursoras.
Nonavalente (Gardasil® 9)	6,11,16,18,31,33 45,52,58	9 a 45 anos	Rede privada



3.3- Esquemas de vacinação

Rede pública (Programa Nacional de Imunizações – PNI 2024): vacina quadrivalente

- **Meninas e meninos de 9 a 14 anos:** esquema de dose única para imuno-competentes. Essa mudança foi adotada em abril de 2024, em consonância com as recomendações da OMS e da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde).
- **Imunossuprimidos:** (pacientes oncológicos em quimioterapia/ radioterapia, transplantados de órgãos sólidos ou HIV, usuários de PrEP (Profilaxia Pré-Exposição), pessoas com HIV e com papilomatose respiratória recorrente: 3 doses (0, 2 e 6 meses), de 9 a 45 anos.
- **Vítimas de violência sexual:** 3 doses, idade ≥ 15 anos .
- **Mulheres tratadas por lesões precursoras de alto grau do colo do útero:** vacinação indicada para mulheres com NIC 2, NIC 3 ou adenocarcinoma in situ (AIS) submetidas a tratamento excisional (LEEP, CAF ou conização), preferencialmente no período perioperatório ou até 12 meses após o tratamento, independentemente da idade, conforme Nota Técnica nº 32/2026 do Ministério da Saúde, como estratégia de reduzir a recorrência das lesões.

Rede privada: vacina nonavalente

- **9 a 14 anos:** 2 doses (0 e 6 meses).
- **15 a 45 anos:** 3 doses (0, 2 e 6 meses).
- A bula indica a vacina até os 45 anos. Acima dessa idade ela não é licenciada, não por evidência de dano, mas porque faltam estudos de registro para extensão da indicação.
- A idade cronológica, isoladamente, não parece ser o melhor determinante do benefício. O benefício depende principalmente de a pessoa ainda estar suscetível a novos tipos de HPV. A decisão deve ser compartilhada com seu médico.

Posso me vacinar se já sou ativa sexualmente?

SIM! A vacina ainda traz benefício mesmo para quem já iniciou vida sexual.

É provável que a mulher ainda não tenha sido infectada por todos os tipos de HPV cobertos pela vacina.

A vacina NÃO tem efeito terapêutico — não trata infecção existente, mas protege contra outros tipos ainda não adquiridos. Consulte seu médico para avaliar o custo-benefício no seu caso.



3.4- Eficácia e Segurança

Estudos de mundo real de países com alta cobertura vacinal, como Suécia, Austrália e Reino Unido, mostram reduções de 70-90% nas lesões precursoras do colo do útero e nas verrugas genitais em mulheres vacinadas na adolescência. A OMS e todas as principais sociedades de ginecologia e oncologia do mundo reconhecem as vacinas HPV como seguras com uso há mais de 20 anos. Os efeitos adversos são predominantemente leves (dor local, febre leve, tontura após a aplicação).

Importante: a vacina NÃO substitui o Papanicolaou ou teste DNA HPV!

Mesmo vacinada, a mulher deve continuar fazendo o rastreio periódico do colo do útero.

As vacinas cobrem os tipos mais comuns de HPV, mas não todos os tipos oncogênicos.

O rastreio garante a detecção de lesões causadas por tipos não cobertos e com tratamento adequado impede a evolução para câncer de colo uterino.



Capítulo 4: rastreamento de câncer na mulher

O rastreio oncológico busca detectar cânceres ou lesões precursoras em mulheres sem sintomas. Os exames e frequências recomendados variam conforme a faixa etária, histórico pessoal e familiar e fatores de risco. As recomendações a seguir são baseadas nas diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil (INCA 2023), da FEBRASGO e de sociedades internacionais (ACOG Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas). [1, 2], ASCCP, (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology), SGO (Society of Gynecologic Oncology).

A mamografia é o exame mais eficaz para a detecção precoce do câncer de mama, permitindo identificar alterações antes mesmo de serem percebidas ao toque. Assim como ocorre no rastreio do colo do útero, existe divergência entre as diretrizes brasileiras sobre a idade ideal de início e a periodicidade do exame.

Diretrizes divergentes no Brasil

• **Ministério da Saúde / INCA (rastreamento organizado no SUS):**
mamografia a cada 2 anos, para mulheres de 50 a 69 anos, sem sintomas e sem risco elevado.

• **FEBRASGO, Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR):**
recomendam mamografia anual a partir dos 40 anos.

• **Não há consenso único entre as sociedades —**
a decisão sobre idade de início e periodicidade deve ser individualizada com sua equipe de saúde, considerando fatores de risco pessoais e familiares.

Faixa Etária	Exame Recomendado	Frequência	Observações
Antes dos 40 anos	Rastreamento mamográfico não recomendado	-	Conhecimento das mamas (auto-exame) e avaliação clínica quando indicado. O exame clínico das mamas pode ser realizado nas consultas de rotina, mas não é recomendado como método isolado de rastreamento
40 a 49 anos	Mamografia	Anual (FEBRASGO/SBM/CBR)	Ainda não incluída no rastreio univesal do SUS; discutir custo-benefício com o médico
50 a 59 anos	Mamografia	A cada 2 anos (SUS/INCA) ou anual (FEBRASGO/SBM)	Faixa etária com maior benefício comprovado do rastreio populacional
70-74 anos	Mamografia	Individualizada ou bienal, conforme diretriz adotada	O Ministério da Saúde ampliou a oferta no SUS até 74 anos em decisão compartilhada, enquanto o INCA mantém recomendação de rastreamento populacional entre 50 e 69 anos
≥75 anos	Mamografia	Individualizada	Considerar expectativa de vida (geralmente >10 anos), comorbidades e preferência da paciente.
Alto risco genético (BRCA1/2 e outras mutações)	Ressonância magnética das mamas + mamografia	Anual, a partir dos 25–30 anos	A idade de início depende da síndrome genética que a paciente é portadora (em geral entre 20–30 anos para mutação no gene TP53 e 25–30 anos para mutação no gene BRCA1/2).As recomendações específicas devem seguir protocolos de oncogenética.

31

32

Ultrassonografia e outros exames

A ultrassonografia das mamas é complementar à mamografia, especialmente útil em mamas densas, mas não substitui a mamografia como exame de rastreio.

A biópsia é indicada sempre que houver achado suspeito em exame de imagem ou no exame clínico.

Autoconhecimento das mamas não substitui o rastreio

Observar regularmente as mamas e axilas ajuda no autoconhecimento e no reconhecimento de alterações que justifiquem avaliação médica.

Essa observação, porém, não substitui a mamografia: o ideal é que o câncer seja diagnosticado antes mesmo de qualquer mudança perceptível ao toque ou à vista.

Imagem ilustrativa gerada por IA



4.2- Rastreamento do câncer de intestino

As principais sociedades médicas recomendam que pessoas com risco habitual iniciem o rastreamento do câncer colorretal aos 45 anos. Os exames podem incluir a pesquisa de sangue oculto nas fezes por Teste Imunoquímico Fecal (FIT) realizada anualmente (se positivo, indica a realização de colonoscopia), ou a colonoscopia, geralmente repetida a cada 5-10 anos quando não há lesões pré-malignas (pólipos com displasia de baixo ou alto grau). O rastreamento deve ser mantido até os 75 anos. Após essa idade, a decisão de continuar os exames deve ser individualizada, levando em consideração o estado geral de saúde, a expectativa de vida e o histórico de rastreamento. Pessoas com história familiar de câncer colorretal, síndromes hereditárias ou outras condições de alto risco podem precisar iniciar o rastreamento mais precocemente e devem ser avaliadas pelo médico.

Boa notícia

Em maio de 2026, o Ministério da Saúde oficializou a incorporação do FIT como exame de referência para o rastreamento do câncer colorretal no Sistema Único de Saúde (SUS). A medida faz parte das novas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Cólon e Reto, elaboradas pela CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde) e pelo Ministério da Saúde.

População-alvo: homens e mulheres assintomáticos, de 50 a 75 anos, com risco habitual.

Exame de rastreamento: Teste Imunoquímico Fecal (FIT), realizado a cada dois anos (considerando custo-efetividade e capacidade de implementação)

Conduta diante de um FIT positivo: encaminhamento para colonoscopia, que confirmará o diagnóstico e permitirá a remoção de pólipos quando presentes

4.3- Rastreamento do câncer do colo do útero

Novidade no SUS — Transição para o teste DNA-HPV (INCA 2026)

O Brasil está em transição gradual da citologia (Papanicolau) para o teste DNA-HPV como exame primário de rastreio.

O teste do Papanicolau detecta as alterações celulares causada pelo HPV, enquanto o teste do DNA-HPV detecta a presença do vírus HPV e o tipo de HPV, se de alto ou baixo risco.

O teste DNA-HPV tem maior sensibilidade para detectar lesões precursoras do colo do útero.

O Ministério da Saúde publicou manual de apoio à implementação do teste DNA-HPV para gestores do SUS.

Consulte sua UBS sobre a disponibilidade do teste DNA-HPV na sua região.

Faixa etária	Exame recomendado	Frequência	Observações
Antes dos 25 anos	Antes dos 25 anos Não rastrear (rotineiramente)	-	HPV transitório é comum nessa faixa etária; imunossuprimidas: consultar médico
25 a 64 anos	Colpocitologia (Papanicolau)	A cada 3 anos após 2 negativos seguidos	Era o padrão no SUS; iniciar rastreio aos 25 anos
25 a 64 anos	Teste de HPV primário (DNA-HPV)	A cada 5 anos	Maior sensibilidade; disponível na rede privada e expandindo no SUS
25 a 64 anos	Co-teste (Papanicolaou + HPV)	A cada 5 anos	Alta sensibilidade combinada; preferido em algumas diretrizes
Acima de 65 anos	Pode interromper o rastreamento	-	Se rastreamento prévio adequado, ausência de história de NIC2, NIC3 ou câncer cervical e ausência de imunossupressão ou outras condições de alto risco. Discussão individualizada com o médico
Histerectomia total por doença benigna	Interromper rastreio	-	Sem histórico de NIC2, NIC3 ou câncer cervical



Imagem ilustrativa gerada por IA

Entendendo os resultados da citologia cervical

ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado): resultado limítrofe — geralmente solicita-se teste de DNA-HPV [MS1.1] [AG1.2] e/ou repete citologia em 6 a 1 ano a depender da faixa etária.

LSIL (lesão de baixo grau): lesão leve, frequentemente regride; seguimento indicado. Corresponde ao NIC 1 (neoplasia intraepitelial cervical).

HSIL (lesão de alto grau): lesão mais séria; encaminhamento para colposcopia é obrigatório. Histologicamente corresponde ao NIC2 e NIC3.

NIC 2 (Displasia moderada): Alteração que atinge até dois terços da camada de células do colo do útero.

NIC 3 (Displasia grave / Carcinoma in situ): Alteração profunda que afeta quase toda ou a totalidade da camada celular, sendo o estágio mais avançado antes de um possível câncer invasivo.

Negativo para malignidade: resultado normal — continuar rastreio regular.

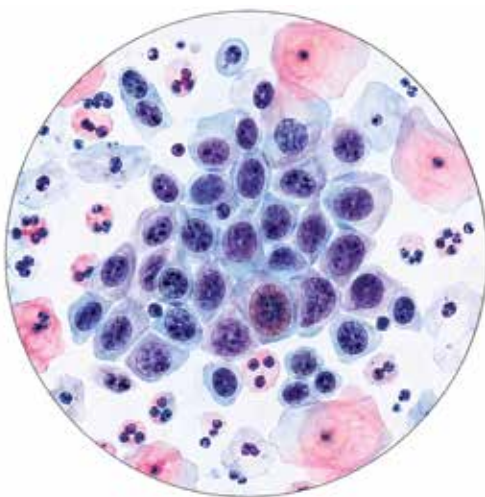


Imagem ilustrativa gerada por IA

4.4- Rastreio do câncer de pulmão

Em 2024, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica (SBCT), a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) publicaram as primeiras recomendações nacionais, alinhadas às diretrizes internacionais:

Realização de TC (tomografia computadorizada) de baixa dose anual para indivíduos de alto risco;

- idade entre 50 e 80 anos;
- ≥ 20 anos-maço;
- fumantes atuais ou ex-fumantes que interromperam o tabagismo há menos de 15 anos;
- o rastreamento deve ocorrer em programas estruturados, com protocolos padronizados para interpretação, seguimento dos nódulos e oferta de tratamento, além de programas de cessação do tabagismo.

4.5- Rastreio do câncer de endométrio

NÃO existe rastreio populacional recomendado para câncer de endométrio na população geral. O principal sinal de alerta — sangramento vaginal pós-menopausa — deve ser investigado imediatamente.

Quando investigar?

QUALQUER sangramento vaginal após a menopausa deve ser investigado.

Em mulheres na pré-menopausa: sangramento intermenstrual frequente, ciclos muito irregulares ou sangramento abundante persistente.

O exame de escolha é a ultrassonografia transvaginal (avaliar a espessura do endométrio) + biópsia endometrial se indicada.

Mulheres com síndrome de Lynch ou Síndrome do Hamartoma Tumoral associada ao PTEN (PHTS) considera rastreio anual com

4.6- Rastreio do câncer de ovário

Não existe exame de rastreio populacional efetivo para câncer de ovário na população de risco médio. Ultrassom transvaginal e CA-125 não são recomendados para rastreio em mulheres assintomáticas sem risco aumentado pois podem gerar falsos positivos, cirurgias desnecessárias e ansiedade sem reduzir mortalidade.

Mulheres com mutação BRCA1/2 ou síndrome de Lynch têm protocolo diferenciado (ver Capítulo 5 – Oncogenética).

4.6- Rastreio da vulva e vagina

Não há rastreio formal recomendado para vulva e vagina na população geral. O autoexame vulvar regular e o exame ginecológico anual são as principais ferramentas de detecção precoce. Mulheres com mutação BRCA1/2 ou síndrome de Lynch têm protocolo diferenciado (ver Capítulo 5 – Oncogenética).

Autoexame vulvar: como fazer

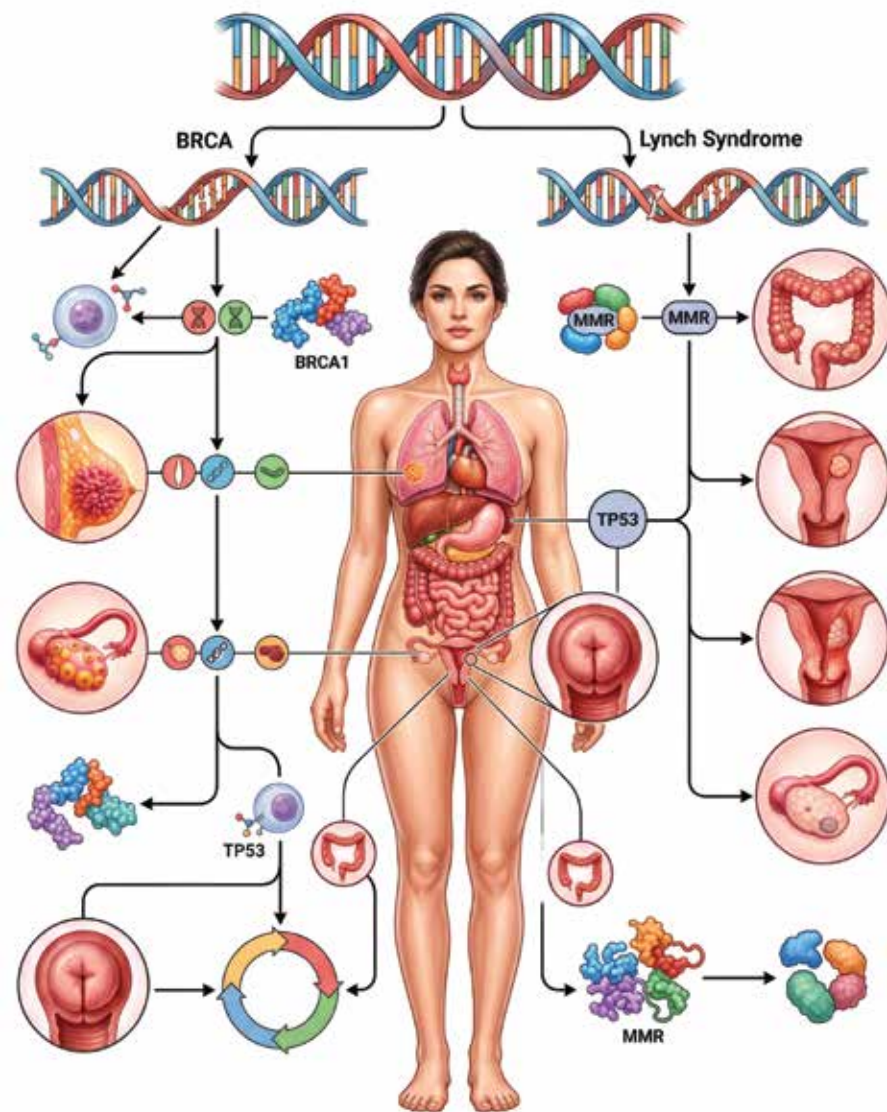
Em ambiente iluminado, use um espelho de mão para observar toda a região vulvar.

Procure mudanças: manchas brancas, vermelhas ou escurecidas; feridas ou úlceras que não cicatrizam; caroços, espessamentos ou verrugas; coceira ou dor persistente.



Capítulo 5 – Oncogenética: risco hereditário e estratégias de redução

Estima-se que 5-10% de todos os cânceres ginecológicos tenham uma causa hereditária identificável. O reconhecimento precoce de mulheres com predisposição genética permite intervenções que podem reduzir drasticamente o risco de desenvolver a doença.



5.1- Síndrome de câncer de mama e ovário hereditário (HBOC) – mutações BRCA1 e BRCA2

As mutações genéticas hereditárias (também chamadas de variantes patogênicas) nos genes BRCA1 e BRCA2 são as mais comuns entre as síndromes hereditárias de câncer ginecológico. Mulheres com mutação BRCA1 têm risco de câncer de ovário de 40-60% ao longo da vida; com BRCA2, de 15-30% (versus <2% na população geral).

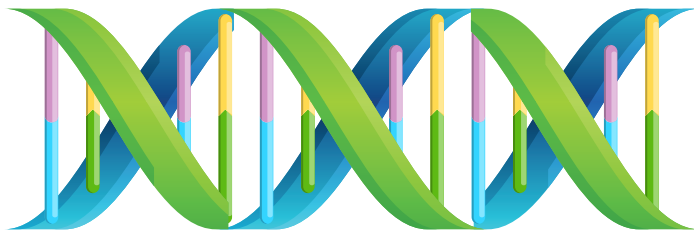
Sinais de suspeita na história familiar:

- Câncer de ovário em qualquer parente de 1º ou 2º grau.
- Câncer de mama antes dos 50 anos
- Câncer de mama masculino
- Câncer de mama triplo negativo em qualquer idade.
- Múltiplos casos de câncer de mama e/ou ovário na família.
- Ascendência judaica ashkenaze (portadores de mutações fundadoras BRCA).

Estratégias para portadoras de mutação BRCA confirmada:

Vigilância intensificada (para quem opta por não operar imediatamente)

- Exame clínico mamário e pélvico a cada 6-12 meses
- Considerar Ultrassom transvaginal + CA-125 semestralmente (a partir dos 30 anos)[EP1.1][MS1.2]
- Ressonância magnética mamária anual (a partir dos 25-30 anos)
- Mamografia digital anual (a partir dos 30 anos)



Cirurgias redutoras de risco – quando considerar?

- Salpingooforectomia bilateral redutora de risco (SORR): reduz risco de câncer de ovário em ~90%. Indicada após 35-40 anos para BRCA1 e 40-45 anos para BRCA2, idealmente após completar a prole.
- Mastectomia redutora de risco bilateral (MRRB): reduz risco de câncer de mama em ~90%. Decisão altamente individual — discutir amplamente com equipe multidisciplinar.

IMPORTANTE: Decisões cirúrgicas devem ser tomadas com apoio de equipe multidisciplinar (oncologista, geneticista, ginecologista, psicólogo).

5.2- Síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário sem polipose – HNPCC)

A Síndrome de Lynch é causada por mutações em genes de reparo do DNA (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM). Além do câncer colorretal, eleva o risco de câncer de endométrio (20-60% ao longo da vida) e ovário (4-24%), sendo a síndrome hereditária mais comum associada a câncer de endométrio.

Critérios de Amsterdam II / Bethesda (suspeita de Lynch):

- 3 ou mais familiares com câncer associado à Lynch (cólon, endométrio, ovário, estômago, ureter/rim, trato hepatobiliar, cérebro).
- Pelo menos 2 gerações consecutivas afetadas.
- Pelo menos 1 caso diagnosticado antes dos 50 anos.
- Um dos afetados é parente de 1º grau dos outros dois.

Rastreio para portadoras da Síndrome de Lynch

- Colonoscopia a cada 1-2 anos a partir dos 25 anos.
- Considerar biópsia endometrial anual: a partir dos 30-35 anos [EP1.1][MS1.2].
- Considerar ultrassom transvaginal anual: a partir dos 30-35 anos [EP2.1][MS2.2].
- Considerar histerectomia + salpingooforectomia redutoras de risco após completar planejamento familiar.
- Ácido acetilsalicílico (AAS): evidência crescente de proteção contra o câncer de cólon — discutir com médico.

5.3- Outras síndromes relevantes

Gene/Síndrome	Cânceres associados	Riscos ao longo da vida	Conduta principal
PTEN / Síndrome do Hamartoma Tumoral relacionada ao PTEN (Sd. de Cowden)	Endométrio, mama, tireoide, rim, colorretal; melanoma	Endométrio: 28–48% Mama: 67–85% Tireoide: ~35% Rim: 30–35%	RM de mama + mamografia anuais desde os 30 anos; US de tireoide anual; considerar vigilância endometrial; colonoscopia periódica; discutir mastectomia redutora de risco
STK11 / Síndrome de Peutz-Jeghers	Mama, pâncreas, TGI, colo uterino, ovário, pulmão	Mama, pâncreas, TGI, colo uterino, ovário, pulmão	RM de mama + mamografia anuais desde os 30 anos; vigilância gastrointestinal; rastreamento pancreático; avaliação ginecológica anual
PALB2	Mama, ovário, pâncreas	Mama: 35–53% Ovário: 3–5%	Vigilância mamária semelhante à BRCA2; discutir mastectomia redutora de risco; discutir salpingo-ooforectomia entre 45–50 anos; considerar rastreamento pancreático quando indicado
RAD51C / RAD51D	Ovário (risco mais elevado), mama (risco moderado)	Ovário: 10–15% Mama: ~20–40%*	Salpingo-ooforectomia redutora de risco entre 45–50 anos; vigilância mamária conforme risco individual
TP53 / Síndrome de Li-Fraumeni	Sarcomas, mama, SNC, adrenocortical, leucemias e outros	Risco global muito alto (>70–90% ao longo da vida)	Protocolo de vigilância intensiva personalizado (ex.: protocolo de Toronto), com RM de corpo inteiro e RM de mama anuais a partir dos 20–25 anos. Evitar exposição à radiação ionizante sempre que possível

Os percentuais de risco são estimativas de estudos populacionais e podem variar conforme a mutação específica e a história familiar; a conduta de rastreio e as cirurgias redutoras de risco devem sempre ser individualizadas com equipe de oncogenética.
*O risco de mama em RAD51C/RAD51D varia conforme história familiar e modelos de risco, situando-se em torno de 20–40%.

5.4- Quando solicitar consulta em oncogenética?

Consulte um geneticista ou um profissional médico com experiência em oncogenética quando:

- Familiar de 1º grau com câncer de ovário.
- Câncer de mama antes dos 45 anos em você ou familiar próximo.
- Múltiplos cânceres em você ou na mesma família.
- Câncer de mama bilateral ou câncer de mama masculino na família.
- Câncer de endométrio antes dos 50 anos.
- Diagnóstico pessoal de câncer de ovário, tuba uterina ou peritônio primário.
- Ascendência judaica ashkenazi com história familiar de câncer.

O teste genético muda vidas

O teste genético para mutações hereditárias é realizado em amostra de sangue ou saliva.

Um resultado positivo não significa que o câncer é inevitável — significa que há risco aumentado e que medidas de prevenção podem ser tomadas.

Parentes de 1º grau de uma portadora têm 50% de chance de também carregar a mutação e podem se beneficiar do teste.

O aconselhamento genético pré e pós-teste é essencial e deve ser realizado por profissional habilitado.



Capítulo 6 – Prevenção ao longo da vida: da adolescência à melhor idade

As estratégias de prevenção se adaptam a cada fase da vida. Entenda o que é prioritário em seu momento:



6.1- Adolescência (10 a 19 anos):

- Vacinar contra HPV (pelo SUS: 9 a 14 anos; rede privada: até 45 anos)
- Vacinar contra hepatite B, se não vacinada
- Educação sexual abrangente: conhecer o próprio corpo, ISTs, consentimento
- Adoção de hábitos alimentares saudáveis e prática regular de atividade física
- Não iniciar tabagismo e não ingerir bebidas alcoólicas.

6.2- Adulto jovem (20 a 39 anos):

- Iniciar rastreio do câncer de colo de útero aos 25 anos (preferencialmente com teste DNA-HPV).
- Vacinar contra HPV se ainda não completou o esquema.
- Vacinar contra hepatite B, se não vacinada.
- Evitar tabagismo e álcool.
- Hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular.
- Planejamento familiar: discutir riscos e benefícios dos contraceptivos hormonais com médico.
- Se há história familiar sugestiva: consultar oncogenética.

6.2- Adulto jovem (20 a 39 anos):

- Iniciar rastreio do câncer de colo de útero aos 25 anos (preferencialmente com teste DNA HPV).
- Vacinar contra HPV se ainda não completou o esquema.
- Vacinar contra hepatite B, se não vacinada.
- Evitar tabagismo e álcool.
- Hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular.
- Planejamento familiar: discutir riscos e benefícios dos contraceptivos hormonais com médico.
- Se há história familiar sugestiva: consultar oncogenética.

6.3 Meia-idade (40 a 59 anos):

- Vacinar contra HPV até os 45 anos e após os 45 anos avaliação médica individual (off-label) com base no risco de exposição e na proteção contra tipos virais ainda não adquirido.
- Vacinar contra hepatite B, se não vacinada.
- Manter rastreio do câncer de colo uterino regularmente.
- Não normalizar sangramento vaginal fora do padrão habitual.
- Hábitos alimentares saudáveis e atividade física.
- Discutir terapia hormonal da menopausa com médico — pesar riscos e benefícios individuais.
- Colonoscopia aos 45 anos ou antes se histórico familiar.
- Se mutação genética patogênica: reavaliação do plano de rastreio e cirurgia redutora.
- Mamografia anual a partir dos 40 anos.
- Rastreamento anual com TC de tórax com baixas doses de radiação para pacientes de alto risco de câncer de pulmão: fumantes atuais ou ex-fumantes há menos 15 anos, com carga tabágica 20 anos/maço (correspondente a um maço por dia por 20 anos) e com idade de 50-80 anos.
- Se você não pretende mais engravidar e precisar de uma cirurgia ginecológica, discuta com seu médico sobre a retirada das trompas, isso pode reduzir o risco de câncer de ovário.
- Converse com seu médico sobre como proteger a saúde do coração e manter a memória e outras funções cognitivas ao longo do envelhecimento.

6.4 Melhor-idade (a partir dos 60 anos):

- Vacinar contra hepatite B, se não vacinada.
- Continuar rastreamento do câncer de colo de útero até os 65 anos ou mais conforme avaliação médica individualizada.
- Qualquer sangramento vaginal pós-menopausa = consulta médica imediata.
- Manter atividade física (adaptada à capacidade) e hábitos alimentares saudáveis.
- Exame ginecológico anual ou se sintomas.
- Densitometria óssea para avaliação de massa óssea e risco de fraturas.
- Manter mamografia anual. Após os 75 anos a decisão de manter ou não deve ser individualizada, considerando expectativa de vida e comorbidades.
- Colonoscopia se não realizou anteriormente ou repetição conforme avaliação médica.
- Rastreamento anual com TC de tórax com baixas doses de radiação para pacientes de alto risco de câncer de pulmão: fumantes atuais ou ex-fumantes há menos 15 anos, com carga tabágica 20 anos/maço (correspondente a um maço por dia por 20 anos) e com idade de 50-80 anos.
- Se você precisar de uma cirurgia ginecológica, discuta com seu médico sobre a retirada das trompas, isso pode reduzir o risco de câncer de ovário.
- Converse com seu médico sobre como proteger a saúde do coração e manter a memória e outras funções cognitivas ao longo do envelhecimento.

Capítulo 7 – Fato ou fake?

“Se eu não tenho sintomas, não preciso fazer exames.”

FAKE.

A maioria dos cânceres em fase inicial NÃO causa sintomas. É exatamente isso que torna o rastreio tão valioso: encontrar alterações antes que causem sintomas, quando o tratamento é mais simples e as chances de cura são muito maiores.

“A vacina HPV estimula a atividade sexual precoce.”

FAKE.

Estudos científicos com milhares de adolescentes não encontraram qualquer associação entre vacinação HPV e início precoce da atividade sexual. A vacina é uma medida de saúde, como qualquer outra imunização.

“Câncer de ovário tem sempre sintomas perceptíveis.”

FAKE.

O câncer de ovário costuma não apresentar sintomas claros nas fases iniciais, sendo muitas vezes identificado apenas em estágios mais avançados. Quando há sintomas (distensão abdominal, saciedade precoce, dor pélvica), são inespecíficos e facilmente confundidos com outros problemas. Isso reforça a importância do conhecimento de fatores de risco e do acompanhamento ginecológico regular.

“Realizei histerectomia, não preciso mais fazer Papanicolau.”

DEPENDE.

Se a histerectomia foi total (remoção do útero e do colo do útero) por doença benigna, sem histórico de lesões cervicais de alto grau (NIC 2/3) ou câncer, o rastreio pode ser interrompido. Se foi histerectomia parcial (colo do útero mantido) ou se houve história de lesão cervical, o rastreio deve continuar. Confirme com seu médico.

“Câncer de endométrio é só acomete mulheres obesas”

FAKE.

Embora a obesidade seja um fator de risco importante, mulheres de qualquer peso podem desenvolver câncer de endométrio. Mulheres magras com síndrome de Lynch, por exemplo, têm risco muito elevado. Não ignore sinais de alerta, independentemente do seu peso.

“Mesmo com o diagnóstico de câncer de colo de útero, o ideal é se vacinar contra o HPV”

FATO.

A vacinação contra o HPV pode prevenir outros tumores HPV-relacionados como vulva, vagina, ânus e orofaringe (garganta).



Capítulo 8 – Seus direitos e como acessar os serviços de saúde

Marco legal atualizado — 2023–2025

- Lei nº 14.758/2023: institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) no SUS.
- Portaria GM/MS nº 6.591 (fevereiro de 2025): institui a Rede de Prevenção e Controle do Câncer (RPCC), organizando o cuidado integral em todos os pontos de atenção: prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e apoio psicológico ao paciente e familiares.
- Portaria GM/MS nº 8.477 (2025): institui o componente de Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-onco) no SUS, regulamentando acesso a medicamentos oncológicos.

Fonte: INCA/MS – A Situação do Câncer no Brasil, 2.^a edição, 2026.

8.1 Rede pública

- Colpocitologia (Papanicolaou): disponível nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) gratuitamente.
- Teste de DNA-HPV em processo de expansão no SUS.
- Vacina HPV: disponível para meninas e meninos de 9 a 14 anos, imunossuprimidos e vítimas de violência sexual.
- Mamografia.
- Teste Imunoquímico Fecal (FIT) em processo de expansão no SUS.
- Encaminhamento para Unacon/Cacon (Unidades e Centros de Alta Complexidade em Oncologia) quando necessário.
- Em 2024 havia 325 hospitais habilitados em oncologia no SUS em todo o Brasil.

8.2 Seus direitos

- Direito a receber resultado do Papanicolaou em até 30 dias.
- Direito a segunda opinião médica.
- Direito a informações claras sobre seu diagnóstico e plano de cuidado.
- Direito ao sigilo médico.
- Lei 9.656/1998: planos de saúde são obrigados a cobrir exames de rastreio preventivos
- Lei 14.758/2023: garante cuidado integral ao câncer no SUS, da prevenção aos cuidados paliativos.

8.3 Canais úteis

Disque Saúde (SUS): 136 (24h, gratuito)

INCA – Instituto Nacional de Câncer: www.inca.gov.br

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia: www.febRASGO.org.br

CVV – Centro de Valorização da Vida (apoio emocional): 188
Rede de Atenção à Saúde da Mulher: consulte sua UBS local



Mensagens essenciais para saúde da mulher!

1. Prevenir é tão importante quanto tratar.

Vacinação, hábitos de vida saudáveis e redução dos fatores de risco fazem diferença.

2. Rastreamento não é igual para todas.

Idade, história pessoal, história familiar e fatores de risco devem orientar quando e como rastrear.

3. Conheça seu corpo e não normalize sintomas.

Sangramentos anormais, especialmente após a menopausa, e outras alterações persistentes devem ser investigados.

4. Conheça a história de saúde da sua família.

Alguns cânceres podem ter origem hereditária, e identificar esse risco pode permitir estratégias de prevenção.

5. Cuide da sua saúde em todas as fases da vida.



REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional de Câncer (INCA)/Ministério da Saúde. A Situação do Câncer no Brasil: Perspectivas, Fatores de Risco, Magnitude e Desafios. 2.ª edição revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: INCA; 2026.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA; 2023.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de pulmão: versão para profissionais de saúde.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de intestino: versão para profissionais de saúde.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Diretrizes Assistenciais. 2022–2024.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletins on Cervical Cancer Screening, Endometrial Cancer, Hereditary Breast and Ovarian Cancer Syndrome. Atualizações mais recentes.
- Society of Gynecologic Oncology (SGO). Clinical Practice Statements. Atualizações mais recentes.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Genetic/Familial High-Risk Assessment; Cervical Cancer; Cervical Cancer Screening; Uterine Neoplasms; Ovarian Cancer; Breast Cancer Screening and Diagnosis; Lung Cancer Screening; Colorectal Cancer Screening. Version 2026.
- World Health Organization (WHO). Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem. Geneva: WHO; 2020.
- World Health Organization (WHO). Human Papillomavirus (HPV) and Cervical Cancer. Fact Sheet. Atualização mais recente.
- World Health Organization (WHO). Guide to Cancer Early Diagnosis. Geneva: WHO; 2017.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). European Code Against Cancer. 4th Edition. Lyon: IARC.
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR). Cancer Prevention Recommendations. Atualização mais recente.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71:209-249.
- Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide Burden of Cancer Attributable to HPV by Site, Country and HPV Type. Int J Cancer. 2017.
- Ministério da Saúde do Brasil. Programa Nacional de Imunizações (PNI). Nota Informativa sobre vacinação contra o HPV. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
- Ministério da Saúde do Brasil. Nota Técnica nº 32/2026 – Vacinação contra o HPV após tratamento de lesões precursoras de alto grau. Brasília: Ministério da Saúde; 2026.
- Ministério da Saúde do Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer Colorretal. Brasília: Ministério da Saúde; 2026.
- US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2021;325(10):962-970.
- National Lung Screening Trial Research Team. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. N Engl J Med. 2011;365:395-409.
- de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial (NELSON). N Engl J Med. 2020;382:503-513.
- US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2021;325(19):1965-1977.
- American Cancer Society (ACS). Colorectal Cancer Screening for Average-Risk Adults: Guideline Update. CA Cancer J Clin. 2018;68:250-281.

Autores:

Andréa Paiva Gadêlha Guimarães

Oncologista clínica e líder de oncoginecologia clínica do Hospital A.C. Camargo Cancer Center. Membro fundador e atual presidente do Grupo EVA. Membro do comitê de liderança feminina da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica – SBOC.

Andreza Karine de Barros Almeida Souto

Oncologista clínica do Hospital Santa Lúcia DF/ Oncoclínicas focada no tratamento de tumores femininos, oncogenética e oncologia de precisão. Coordenadora da oncogenética e oncoginecologia do Grupo Santa DF/ Oncoclínicas. Membro do comitê de oncogenética da SBOC, comitê científico da ReBRaCH, comitê de apoio aos pacientes do GBECAM e membro da diretoria do Grupo EVA. Títulos de especialista em cuidados paliativos e Oncogenética pela AMB. Mestre em Oncologia.

Marcela Salvadori

Oncologista clínica com foco em tumores femininos e líder do capítulo de Oncoginecologia da Clínica AMO/DASA. Mestrado em Pesquisa Clínica e Translacional pela Fiocruz/BA. International Development and Education Award (IDEA) na ASCO 2019. Residência em oncologia clínica no AC Camargo Cancer Center. Residência em clínica médica na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e graduação em medicina pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

Revisores científicos:

AgNALdo Lopes da Silva Filho

Professor titular da UFMG e Diretor científico da FEBRASGO

Eduardo Paulino MD, PhD

Oncologista clínico INCA e Oncologia D'Or/RJ. Diretor de ensino do Grupo EVA.



Criação: Marcia Herchenhorn

Revisão: Ana Paula Teixeira

