



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

## 56º CONSELHO DIRETOR

### 70ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 23 a 27 de setembro de 2018

---

Tema 4.5 da agenda provisória

CD56/9

11 de julho de 2018\*

Original: inglês

### PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO 2018-2030

#### Introdução

1. O câncer é a segunda principal causa de morte na Região das Américas. Em 11 países, o câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer e, em 12 países, é a segunda causa de morte por câncer entre mulheres.<sup>1</sup> Nas Américas ocorrem, a cada ano, cerca de 83.200 novos diagnósticos e 35.680 mortes por essa doença, uma considerável proporção (52%) em mulheres com menos de 60 anos de idade (1).

2. O câncer do colo do útero é causado pela infecção persistente por tipos de papilomavírus humano (HPV) de alto risco, uma infecção sexualmente transmissível. O câncer do colo do útero é evitável por vacinação contra o HPV e também por rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas. O tratamento efetivo é possível quando o diagnóstico é feito nos estágios iniciais. A promoção da saúde e os programas de saúde sexual e prevenção de HIV/IST também contribuem para a prevenção do câncer do colo do útero. A vacina contra o HPV foi introduzida nos programas nacionais de vacinação em 2006; os programas de rastreamento do câncer do colo do útero foram instituídos em quase todos os países da Região a partir da década de 1970; e os serviços de tratamento do câncer do colo do útero foram implantados em quase todos os países. Por conseguinte, observou-se progresso notável na prevenção e no controle da doença, conforme relatado na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 2017 no relatório final da *Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino* (2).

---

\* Tradução ajustada para ler “colo do útero”.

<sup>1</sup> O câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres nos seguintes países: Belize, Bolívia, El Salvador, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai, República Dominicana, Suriname e Venezuela. É a segunda causa de morte por câncer entre mulheres nos seguintes países: Brasil, Dominica, Equador, Granada, Guatemala, Jamaica, Panamá, Peru, São Cristóvão e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, e Trinidad e Tobago.

---

3. Entretanto, ainda há lacunas e desafios significativos na redução da incidência e da mortalidade e no preparo do terreno para a eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública. Esse plano contém um modelo para guiar os Estados Membros e a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) na consolidação da capacidade de adotar estratégias efetivas, inovadoras e baseadas em evidências que acelerarão a redução da incidência e da mortalidade do câncer do colo do útero.<sup>2</sup>

### **Antecedentes**

4. Ao contrário da situação na maioria dos outros tipos de câncer, a causa do câncer do colo do útero foi demonstrada cientificamente e existem ferramentas custo-efetivas de prevenção e controle (3). Os tipos 16 e 18 de HPV estão entre os mais prevalentes, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero. Como a infecção por HPV também causa outros cânceres (ânus, orofaringe, pênis, reto, vagina e vulva), as estratégias de prevenção também contribuirão para a redução desses outros cânceres relacionados com o HPV. O câncer do colo do útero desenvolve-se lentamente com o passar do tempo, a partir da infecção por HPV; em alguns casos, a infecção persiste e progride para lesões pré-cancerosas que, se não forem detectadas e tratadas, podem dar origem a um câncer invasivo. As pessoas imunocomprometidas, como as que vivem com HIV, são mais propensas a ter infecção persistente por HPV e progressão mais rápida para o câncer.

5. O rastreamento de lesões pré-cancerosas em mulheres assintomáticas pelo exame de Papanicolaou levou a uma redução anual média aproximada de 2,6% da mortalidade por câncer do colo do útero em países com sistemas de saúde sólidos (4). Entretanto, essa estratégia mostrou-se menos efetiva nos países em desenvolvimento, principalmente por causa das exigências de infraestrutura laboratorial e equipamento e dos desafios logísticos associados ao processo de rastreamento, além do próprio desempenho do exame de Papanicolaou, cuja sensibilidade é de cerca de 50% ou menos (5). Novas tecnologias e condutas — que incluem vacinas contra o HPV, testes para HPV<sup>3</sup> e uma estratégia de “rastrear e tratar” — foram desenvolvidas e são comprovadamente efetivas na prevenção do câncer do colo do útero (6, 7). A custo-efetividade das estratégias de prevenção foi bem documentada, demonstrando que a associação de vacinação contra o HPV e rastreamento é mais custo-efetiva que qualquer uma dessas estratégias isoladamente (8-10). Se implementadas em larga escala, essas novas intervenções e condutas custo-efetivas podem acelerar a redução da mortalidade por câncer do colo do útero (9).

---

<sup>2</sup> Para efeitos deste Plano, os Estados Membros identificarão populações prioritárias conforme a situação e os padrões epidemiológicos do câncer do colo do útero no país. Estas podem incluir pessoas que vivem em circunstâncias socioeconômicas adversas, moradores de áreas rurais, populações carentes de serviços médicos, populações indígenas e afrodescendentes, mulheres e adolescentes HIV-positivos, profissionais do sexo e migrantes.

<sup>3</sup> Existem vários testes para HPV no mercado, cada um deles com diferentes características. Para ajudar os Estados Membros na escolha do(s) mais adequado(s) para seus propósitos, elaborou-se um resumo dos vários testes, que está disponível, em inglês, no *site* da OPAS:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11925&Itemid=41948&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11925&Itemid=41948&lang=es)

6. Desde a adoção da *Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle de câncer do colo uterino* em 2008 (11), os Estados Membros, com a colaboração da RSPA, fortaleceram seus programas contra o câncer do colo do útero pela introdução de vacinas contra o HPV e de novas estratégias de rastreamento, assim como pela melhoria da qualidade do tratamento do câncer, dos cuidados paliativos e do registro de câncer. Esses compromissos foram reforçados em outros três planos de ação da OPAS para a Região: em 2013, o *Plano de ação para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis* (documento CD52/7, Rev. 1), que inclui ações para melhorar o rastreamento do câncer do colo do útero (12); em 2015, o *Plano de ação para imunização* (documento CD54/7, Rev. 2), qual inclui a vacinação contra o HPV (13); e em 2016, o *Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis* (Documento CD55/14), que contempla a infecção por HPV (14). Além disso, em 2017, a Agenda Regional de Gênero definiu acordos governamentais sobre direitos de saúde sexual e reprodutiva e sobre igualdade de gênero, entre outras questões (15). Recentemente, os Estados Membros reafirmaram o compromisso de reduzir a morbidade, a incapacidade e a mortalidade decorrentes de doenças não transmissíveis, inclusive o câncer, no Objetivo 9 da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (documento CSP29/6, Rev. 3).

7. Além disso, em 2017 a Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução sobre prevenção e controle do câncer no contexto de uma abordagem integrada, que, entre outras intervenções, exorta os Estados Membros a desenvolverem e implementarem planos integrais de prevenção e controle do câncer, com ênfase em intervenções custo-efetivas, equidade e acesso (16). Além disso, a *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes* (17) da OMS destaca a saúde dos adolescentes e o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, e a estratégia global do setor de saúde contra as infecções sexualmente transmissíveis da OMS (18) reclama a ampliação de intervenções e serviços efetivos para IST, todos os quais apoiam a prevenção do câncer do colo do útero.

8. Recentemente, com o objetivo de fomentar as iniciativas voltadas para o câncer do colo do útero, instituiu-se o Programa Mundial Conjunto das Nações Unidas (ONU) sobre Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero (19) para oferecer aos Estados Membros cooperação técnica coordenada em todos os programas pertinentes das Nações Unidas para melhorar as iniciativas relativas ao câncer do colo do útero. Além disso, a OMS e outros parceiros das Nações Unidas estão elaborando uma nova estratégia global de eliminação do câncer do colo do útero, que será apresentada à Assembleia Mundial da Saúde em 2019. Esses planos mundiais e regionais, junto com o presente Plano, contribuirão para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e, em particular, as seguintes metas até 2030: 3.4, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis; 3.7, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual; 3.8, atingir a cobertura universal de saúde e 5.6, assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos (20).

## **Análise da situação**

9. As taxas de câncer do colo do útero variam muito na Região, com grandes diferenças entre países de menor e maior renda (anexo A). Por exemplo, a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero é 12 vezes maior na Bolívia que no Canadá (21/100.000 mulheres vs 1,7/100.000 mulheres, respectivamente). Variações semelhantes são observadas internamente nos países, às vezes com diferenças acentuadas entre áreas menos e mais desenvolvidas. Por exemplo, na Argentina a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero é quatro vezes maior na província de Jujuy (15/100.000) que na cidade de Buenos Aires (4/100.000) (21). Essas diferenças foram atribuídas em grande parte a variações na distribuição dos determinantes da saúde, sobretudo a condição socioeconômica, a educação e a renda. A infecção pelo HIV também está associada a piores resultados. Além disso, a raça pode ser um fator: o risco de câncer invasivo do colo do útero é maior nas mulheres indígenas e negras que na população geral (22, 23). Em termos de tendências, somente alguns países (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Estados Unidos e México) tiveram declínio contínuo da incidência de câncer do colo do útero desde 2000 (24). A taxa de mortalidade é alta e se mantém relativamente inalterada em muitos países da América Latina e do Caribe (24).

10. Existem três vacinas contra o HPV profiláticas, com efetividade relativamente semelhante na prevenção do câncer do colo do útero — a saber, as vacinas bivalente, quadrivalente e nonavalente (6). Por ocasião de sua introdução, as vacinas contra o HPV foram licenciadas e comercializadas para um esquema de três doses. Entretanto, o Grupo de Especialistas em Assessoramento Estratégico (SAGE, na sigla em inglês) da OMS recomendou um esquema de duas doses em 2014 e essa modificação foi aprovada no ano seguinte pelo Grupo Técnico Assessor sobre Imunização da OPAS. Até o momento, 31 países e territórios na Região das Américas oferecem as vacinas contra o HPV em seus programas nacionais de vacinação (anexo A), um nível maior que em qualquer outra região do mundo. A maioria dos países não dispunha de dados sobre a cobertura da vacinação contra o HPV. Naqueles que dispunham de dados, a cobertura variou muito (anexo A). Em alguns países, a cobertura foi prejudicada por importante preocupação pública com a segurança da vacina depois que os meios de comunicação associaram erroneamente a vacina contra o HPV a eventos adversos (25).<sup>4</sup> Essa situação destaca a necessidade de cuidar para que os profissionais de saúde e o público em geral em todos os países recebam periodicamente, de fontes científicas confiáveis, informações e evidências sobre a segurança e a efetividade da vacina. Alcançar a população-alvo estimada de 37 milhões de meninas de 9 a 14 anos na Região será um desafio, bem como monitorar e informar com regularidade a cobertura da vacinação contra o HPV.

---

<sup>4</sup> Em junho de 2017, mais de 270 milhões de doses da vacina contra o HPV haviam sido distribuídas em todo o mundo. O Comitê Consultivo Global sobre Segurança de Vacinas vem analisando os dados de segurança desde 2006. Identificou-se a ocorrência de anafilaxia e síncope. O risco de anafilaxia foi caracterizado como cerca de 1,7 caso por 1.000.000 doses. Determinou-se que a síncope era uma reação comum relacionada a estresse ou ansiedade em razão da injeção.

11. Com referência ao rastreamento do câncer do colo do útero, quase todos os Estados Membros informam que dispõem desses serviços. O exame de Papanicolaou ainda é o teste mais comum, embora dificuldades continuem a impedir a efetividade dos serviços de rastreamento em muitos países, inclusive dificuldades de integração a programas de HIV/IST, exames de baixa qualidade, grandes atrasos na entrega dos resultados às mulheres, baixa cobertura da população e tratamento subsequente insatisfatório (26). O teste para HPV, embora seja muito mais efetivo para detectar o risco de câncer do colo do útero, não foi amplamente incorporado aos programas de rastreamento, e somente nove Estados Membros informam ter introduzido esse teste. Nesses países, geraram-se evidências pertinentes da viabilidade do teste para HPV em ambientes com recursos limitados; o teste para HPV detecta mais casos de doença que o exame de Papanicolaou tradicional, e o uso dessa estratégia pode melhorar significativamente as taxas de cobertura do rastreamento e as taxas de tratamento (27–33). O teste para HPV elimina barreiras relacionadas com o acesso aos serviços de rastreamento, pois a própria mulher pode coletar a amostra. A autocoleta de amostra para teste de HPV foi implementada em um contexto programático em pelo menos cinco países da Região (32, 33), e no caso de um local de demonstração na Argentina quadruplicou a cobertura de rastreamento (33).

12. Para que o programa tenha impacto, a cobertura de rastreamento deve alcançar pelo menos 70% da população-alvo (7). Nas Américas, somente sete países informam esse nível de cobertura, de maneira que há grande necessidade de melhora. Mantidas as condições atuais, será impossível alcançar os estimados 32 milhões de mulheres entre 30 e 49 anos na Região que devem ser submetidas a rastreamento para que haja impacto sobre a carga de doença.<sup>5</sup> Vários fatores dificultam uma melhor cobertura: a maioria dos programas de rastreamento não é organizada; está disponível principalmente em áreas urbanas; e emprega o exame de Papanicolaou, que tem baixa sensibilidade, sobretudo em ambientes com recursos limitados, e demanda várias consultas (24, 34-36). Mas o rastreamento isolado não é suficiente para evitar o câncer do colo do útero. É necessário o tratamento subsequente das mulheres com resultados anormais do exame de rastreamento, mas a informação é de que este é muito baixo na maioria países da Região e continua a ser um desafio (26, 37).

13. Quase todos os países dispõem de serviços de tratamento do câncer invasivo do colo do útero, embora haja falhas importantes no acesso a eles (anexo A). O acesso a cuidados paliativos também continua a ser um desafio, e somente 10 países informam oferecer serviços de cuidados paliativos (anexo A). A tendência geral de disponibilidade de opioides na América Latina e no Caribe vem aumentando, mas ainda está bem aquém do nível suficiente para satisfazer as necessidades de pacientes com câncer (38). Muitas pessoas continuam a morrer com dor, quando existem medicamentos analgésicos muito acessíveis e efetivos.

---

<sup>5</sup> Número total estimado de mulheres de 30 a 49 anos que se beneficiaria do rastreamento do câncer do colo do útero na Região das Américas. Ver (em inglês): <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>

## Proposta

14. Este Plano prevê um futuro com a eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública em decorrência do acesso universal a serviços de saúde sexual e prevenção de IST, vacinas contra o HPV, serviços efetivos de rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas, tratamento do câncer invasivo do colo do útero e cuidados paliativos. Prevê que todas as mulheres e meninas — sem distinção de idade, raça, etnia, condição socioeconômica, estado de HIV ou deficiência — terão acesso tempestivo a serviços de qualidade de prevenção, cuidados e tratamento do câncer do colo do útero para que possam viver com boa saúde ao longo de toda a vida e usufruir os direitos humanos relacionados com a saúde.

15. O Plano é baseado no reconhecimento dos diversos contextos, prioridades e necessidades dos Estados Membros, com adaptação dos mandatos e das iniciativas globais pertinentes ao câncer do colo do útero ao contexto regional, e implica a cooperação com os Estados Membros na implementação de estratégias integrais para fortalecer os programas de combate ao câncer do colo do útero na Região. Demanda a facilitação do diálogo; a implementação das ferramentas e recursos existentes da OPAS/OMS para o câncer do colo do útero anexo B); e promoção de sinergias e coordenação de esforços com iniciativas de parceiros existentes (anexo C), o que inclui o Plano de Prevenção e Controle do Câncer do Colo Uterino para a América do Sul da RINC (39).

16. O objetivo é acelerar o progresso rumo à eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública nas Américas por redução em um terço das taxas de incidência e de mortalidade até 2030. Esse objetivo está alinhado com a Meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.<sup>6</sup>

Objetivo	Indicador de impacto	Linha de base (2012, último ano disponível)	Meta (2030)
Reduzir em um terço a incidência de câncer do colo do útero e a mortalidade por essa causa nas Américas até 2030	1. Taxa de incidência do câncer do colo do útero <sup>a</sup>	14,9/100.000 mulheres <sup>a</sup>	10,0/100.000 mulheres
	2. Taxa de mortalidade por câncer do colo do útero <sup>a</sup>	5,8/100.000 mulheres <sup>a</sup>	3,9/100.000 mulheres

a. Fonte: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer. Incidência, mortalidade e prevalência estimadas do câncer em todo o mundo, 2012 [consultado em 4 de janeiro de 2018]. Disponível em inglês em: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx).

### *Linhas estratégicas de ação*

17. O Plano identifica estas quatro linhas estratégicas de ação:

<sup>6</sup> Meta 3.4 de Desenvolvimento Sustentável: até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas) por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.

- a) melhorar a organização e a governança do programa contra o câncer do colo do útero, os sistemas de informação e os registros de câncer;
- b) fortalecer a prevenção primária por meio de informação, educação e vacinação contra o HPV;
- c) melhorar o rastreamento do câncer do colo do útero e o tratamento da lesão pré-cancerosa por meio de estratégias inovadoras; e
- d) melhorar o acesso a serviços de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos para o câncer.

***Linha estratégica de ação 1: melhorar a organização e a governança do programa contra o câncer do colo uterino, os sistemas de informação e os registros de câncer***

18. A melhor organização de programas voltados para o câncer do colo do útero favorece a maior cobertura de vacinação e rastreamento, além de contribuir para o aumento do seguimento de mulheres com resultados anormais do exame de rastreamento, todos os quais aumentam o impacto sobre a incidência e a mortalidade do câncer do colo do útero. Estas ações são importantes para melhorar a organização de programas relacionados ao câncer do colo do útero:

- a) Formulação/análise e alinhamento de **estratégias e planos do programa nacional de câncer do colo do útero**, com metas e marcos para 2030 em sintonia com os objetivos regionais e globais para câncer do colo do útero e outros cânceres relacionados com o HPV, saúde sexual e reprodutiva, HIV/IST e planos do sistema de saúde.
- b) Desenvolvimento/análise de **políticas** nacionais para o câncer do colo do útero com base nas evidências científicas mais atualizadas, com menção específica de estratégias de vacinação contra o HPV e grupos-alvo; método(s) de rastreamento, com grupos-alvo e frequência; e mecanismos de referência para diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos — todos adaptados às necessidades de populações prioritárias conforme a situação local.
- c) Criação/fortalecimento da **estrutura gestora** no Ministério da Saúde para assegurar a implementação, o monitoramento e o alcance de objetivos e metas do programa nacional, com mecanismos coordenadores para garantir a coordenação interprogramática efetiva de diferentes programas — como os de imunização, saúde sexual e reprodutiva, HIV/IST e outros cânceres relacionados com o HPV — e também a coordenação multissetorial e a participação ativa de mulheres, organizações pertinentes da sociedade civil e redes e comunidades de indígenas/afrodescendentes.
- d) Fortalecimento de **sistemas de informação em saúde** integrais que permitam gerar e monitorar dados de programas relativos ao câncer do colo do útero no âmbito dos serviços de prevenção, cuidados e tratamento, de uma perspectiva programática, para incluir informações sobre a cobertura da vacinação contra o HPV, a cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero e as taxas de tratamento, com aumento

da granularidade de dados por variáveis de faixa etária e equidade, além da criação ou do fortalecimento de **registros de câncer de base populacional** que gerem relatórios periódicos atualizados sobre incidência e mortalidade, com inclusão de dados sobre o câncer do colo do útero e outros cânceres relacionados com o HPV.

- e) Alocação continuada de **recursos financeiros** suficientes para iniciativas de informação e educação, assim como de vacinação contra o HPV, rastreamento, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos.

Objetivo	Indicador	Linha de base (2017)	Meta (2030)
1.1. Elaborar e atualizar planos nacionais integrais de controle do câncer do colo do útero com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero de acordo com planos globais e regionais relacionados.	1.1.1 Número de países e territórios com planos integrais atuais de controle do câncer do colo do útero <sup>a</sup>	10	25
1.2. Melhorar o monitoramento e a avaliação dos programas de controle do câncer do colo do útero, inclusive a cobertura de rastreamento, as taxas de tratamento e a incidência e mortalidade por câncer do colo do útero.	1.2.1 Número de países e territórios que produzem relatórios habituais de monitoramento do programa de controle do câncer do colo do útero <sup>b</sup>	9	25
	1.2.2 Número de países e territórios com registros populacionais de câncer e estatísticas de incidência e mortalidade publicadas <sup>c</sup>	11	19

a. Fonte: OPAS. Pesquisa de capacidade do país de enfrentar as doenças não transmissíveis (DNT), 2017.

b. Fonte: bibliografia e análise documental de relatórios do programa nacional de controle do câncer do colo do útero.

c. Fonte: CIIC. Incidência de câncer em cinco continentes, 2017.

***Linha estratégica de ação 2: fortalecer a prevenção primária por meio de informação, educação e vacinação contra o HPV***

19. A mobilização comunitária, a educação e informação em saúde e a vacinação universal contra o HPV são estratégias essenciais de prevenção primária. É preciso intensificar as campanhas de informação e educação em saúde, conforme as necessidades específicas de informação dos indivíduos e das comunidades, por divulgação de informações científicas atualizadas e mensagens sobre HPV, vacinas contra o HPV, câncer do colo do útero e mudanças de comportamento capazes de reduzir os riscos e prevenir o câncer do colo do útero apresentadas em linguagem simples, compreensível, não sexista e culturalmente apropriada. É necessário também implementar programas de vacinação contra o HPV, de acordo com diretrizes globais relativas a metas de idade e doses, com vistas a alcançar cobertura nacional acima de 80% da vacinação contra o HPV como parte

de programas nacionais de vacinação. Para intensificar os esforços de prevenção primária do câncer do colo do útero será necessário:

- a) Desenvolver/fortalecer e implementar **iniciativas de educação e conscientização para prevenção da infecção por HPV e do câncer do colo** do útero com o objetivo de informar as pessoas — em particular, meninas, meninos e populações prioritárias com maior prevalência de HPV e em situação de vulnerabilidade — sobre a infecção por HPV, os cânceres do colo do útero e de outros tipos relacionados com o HPV e suas causas e história natural; providenciar educação sobre saúde sexual, adaptada à idade e à cultura, com o objetivo de reduzir o comportamento sexual de alto risco; apontar a relação entre a prevenção de HIV e IST e o aumento do acesso aos preservativos e de seu uso; apresentar detalhes sobre a efetividade e a segurança das vacinas contra o HPV; abordar informações erradas e rumores que inibem a aceitação da vacinação contra o HPV; promover o rastreamento para as mulheres na faixa etária elegível; aumentar a conscientização sobre os sinais e sintomas do câncer do colo do útero; e abordar a ignorância, o temor, o constrangimento e o estigma relacionados com o HPV e o câncer do colo do útero.
- b) Elaborar/analisar **diretrizes nacionais de vacinação contra o HPV** para assegurar que tenham como base as evidências científicas mais recentes, de acordo com as recomendações e normas éticas da OPAS/OMS, e sejam adaptadas às necessidades de populações estratégicas e outras em situação de vulnerabilidade, segundo a carga local de câncer do colo do útero. A faixa etária visada pode variar em diferentes ambientes; deve ser determinada com base na probabilidade de alcançar o maior grupo de pessoas sob risco mais elevado antes do início da atividade sexual.
- c) Começar/continuar a implementar **estratégias de vacinação contra o HPV** com os objetivos de alcançar cobertura nacional acima de 80% da população feminina na faixa etária visada com a dose recomendada, conforme as diretrizes nacionais, monitorar as taxas de eventos adversos e de cobertura, bem como informar anualmente a cobertura da vacinação contra o HPV, por coorte de idade, como parte do mecanismo habitual de notificação de imunização.

Objetivo	Indicador	Linha de base	Meta (2030)
2.1 Desenvolver e implementar campanhas nacionais de educação e informação para prevenção da infecção por HPV e do câncer do colo do útero	2.1.1 Número de países e territórios com campanhas atuais de educação e informação sobre HPV e câncer do colo do útero <sup>a</sup>	9 (2017)	25
2.2 Implementar a vacinação contra o HPV de maneira sustentável como parte de programas nacionais de vacinação	2.2.1 Número de países e territórios com cobertura da vacina contra o HPV acima de 80% da população feminina na faixa etária visada, conforme as diretrizes nacionais <sup>b</sup>	2 <sup>c</sup> (2016)	15

- a. Fonte: bibliografia e análise documental de relatórios do programa nacional de controle do câncer do colo do útero.
- b. Fonte: OMS. Vacinas contra o papilomavírus humano: documento de posição da OMS. Maio de 2017.
- c. Fonte: OMS, Ficha de notificação conjunta, julho de 2017.

***Linha estratégica de ação 3: melhorar o rastreamento do câncer do colo do útero e o tratamento da lesão pré-cancerosa por meio de estratégias inovadoras***

20. O câncer do colo do útero pode ser prevenido pelo rastreamento de mulheres assintomáticas na faixa etária alvo em risco de desenvolver esse tipo de câncer e pela oferta de tratamento a todas em que forem detectadas lesões pré-cancerosas. Os objetivos são submeter a rastreamento a maior parcela possível de mulheres pertencentes ao grupo-alvo, segundo a diretriz nacional, e garantir o manejo apropriado de todas com resultado anormal do exame. Entre as estratégias usadas para estabelecer esse vínculo crucial entre rastreamento e tratamento estão a conduta clássica de “rastreamento, diagnóstico e tratamento” e também a de “rastreamento e tratamento” ou de “rastreamento, triagem e tratamento”. Existem vários exames de rastreamento efetivos, que incluem testes para HPV, inspeção visual com ácido acético (IVAA) e citologia. Entre as opções para o tratamento das lesões pré-cancerosas estão a crioterapia, a excisão por cirurgia de alta frequência (CAF) e a conização a frio, recomendadas pela OMS (10). Entretanto, sempre que possível, o teste para HPV, dado seu desempenho superior, seguido de tratamento crioterápico, com ou sem triagem por IVAA, é recomendado em detrimento de outros exames e condutas de rastreamento (10). Qualquer que seja o exame de rastreamento, o método de tratamento ou a conduta adotada, é preciso organizar os serviços de saúde para assegurar alta cobertura de rastreamento no grupo-alvo, alta taxa de tratamento das mulheres com resultados anormais do exame e alta qualidade dos exames e do tratamento.

21. Para melhorar os serviços de rastreamento e de tratamento de lesões pré-cancerosas será necessário:

- a) Revisar/atualizar os **protocolos nacionais de rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas** para garantir que acompanhem as evidências científicas mais recentes, estejam de acordo com as recomendações da OMS e as normas éticas e sejam adaptados às necessidades das populações prioritárias, aí incluídas as pessoas que vivem com HIV e necessitam de rastreamento mais frequente. A faixa etária visada pode variar em diferentes circunstâncias e deve ser estipulada com base na probabilidade de alcançar o maior grupo de mulheres, com concentração naquelas entre 30 e 49 anos e expansão para faixas etárias mais novas e mais velhas quando os recursos permitirem, com o objetivo de alcançar cobertura máxima.
- b) Avaliar a capacidade e as necessidades do serviço de saúde com o objetivo de **aumentar o acesso equitativo**, a cobertura de rastreamento e as taxas de tratamento por serviços de extensão clínica e também por serviços de saúde fixos e, ao mesmo tempo, adaptar o modelo de prestação de serviço às necessidades de mulheres que vivem em comunidades vulneráveis e desfavorecidas. Considerar maneiras de prestar serviços de rastreamento e tratamento com menor quantidade de consultas ao serviço de saúde a fim de reduzir a perda ao acompanhamento e maximizar o

- impacto sobre mortalidade por câncer do colo do útero. Cuidar para que os serviços de controle do câncer do colo do útero façam parte dos benefícios essenciais oferecidos por sistemas e serviços de saúde no primeiro nível da atenção, com uma estratégia definida de referência à atenção secundária e terciária.
- c) Intensificar a **prestação de serviços integrados** para contemplar melhor a saúde da mulher, a saúde sexual e reprodutiva, a coinfeção por HIV e a prevenção do câncer e de outras doenças não transmissíveis. Essa estratégia inclui a oferta e a realização de teste para HIV e aconselhamento, nos serviços de rastreamento do câncer do colo do útero, e de teste para HPV, nos serviços de saúde sexual e de prevenção, atenção e tratamento da infecção por HIV/IST, para oferecer serviços de rastreamento e manejo mais abrangentes, centrados na pessoa e integrados na área de saúde sexual.
- d) Assegurar que todos os **profissionais de atenção primária sejam treinados e competentes** para realizar procedimentos de rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas, garantir atenção de alta qualidade às mulheres e oferecer atenção integral por meio de equipes multidisciplinares, com agentes comunitários de saúde capacitados para abordar as necessidades clínicas, psicossociais e de gênero de mulheres com infecção persistente por HPV ou lesões pré-cancerosas do colo do útero, além da eliminação do estigma e da discriminação nos serviços de saúde.
- e) Avaliar a capacidade e as necessidades de infraestrutura, inclusive a capacidade laboratorial de processamento tempestivo e acurado dos exames de rastreamento e **assegurar a satisfação das necessidades de infraestrutura, suprimento e equipamento**, com uso do Fundo Estratégico da OPAS quando necessário, para possibilitar serviços oportunos de rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas, maximização da cobertura da população-alvo, serviços confiáveis e interrupções mínimas de serviços motivadas por falta de profissionais, falha de equipamento, escassez de suprimentos, etc.

Objetivo	Indicador	Linha de base (2017)	Meta (2030)
3.1 Aumentar o acesso equitativo ao rastreamento do câncer do colo do útero e ao tratamento de lesões pré-cancerosas, bem como a cobertura desses serviços	3.1.1 Número de países e territórios com cobertura de rastreamento mínima de 70% das mulheres de 30 a 49 anos ou conforme as políticas nacionais de rastreamento por faixa etária <sup>a</sup>	7	20
	3.1.2 Número de países e territórios com taxa de tratamento mínima de 70% das mulheres com resultado anormal do exame de rastreamento <sup>b</sup>	Não há dados disponíveis	10

a. Fonte: OPAS. Pesquisa de capacidade do país de enfrentar as doenças não transmissíveis (DNT), 2017.

b. Fonte: bibliografia e análise documental de relatórios do programa nacional de controle do câncer do colo do útero.

***Linha estratégica de ação 4: melhorar o acesso a serviços de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos para o câncer***

22. O diagnóstico acurado e o tratamento imediato e apropriado, o que inclui cuidados de reabilitação, alívio da dor e cuidados paliativos, podem reduzir a mortalidade e melhorar os resultados e a qualidade de vida de mulheres com câncer do colo do útero. Os serviços de patologia são essenciais para analisar com exatidão e orientar o diagnóstico, o tratamento e o manejo da saúde da mulher. Entre as opções de tratamento do câncer do colo do útero estão a cirurgia e a radioterapia, com ou sem quimioterapia. Os serviços de tratamento mais efetivos são aqueles: oferecidos de maneira equitativa, sustentável e com base nos direitos humanos; associados ao diagnóstico e estadiamento acurados; de acordo com padrões de atenção baseados em evidências; e vinculados a serviços de reabilitação e a cuidados paliativos. É importante enfrentar os obstáculos que limitem o acesso a serviços de controle do câncer seguros, de qualidade, efetivos e a preço acessível por meio do trabalho em prol do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde que incluam diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. O tratamento do câncer pode ter significativo impacto psicossocial e financeiro sobre as mulheres e suas famílias, um fator que deve ser levado em conta ao melhorar o acesso a serviços de controle do câncer do colo do útero e a cobertura desses serviços.

23. Para intensificar os serviços de diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos será necessário:

- a) Desenvolver/atualizar e implementar **protocolos** baseados em evidências para o tratamento do câncer do colo do útero, bem como cuidados paliativos baseados em evidências científicas atuais.
- b) Melhorar o **acesso equitativo** a serviços de patologia, radioterapia, cirurgia, quimioterapia, reabilitação e cuidados paliativos por meio de sua inclusão em programas de cobertura universal; da adaptação da prestação de serviços com base na atenção centrada nas pessoas e na comunidade por redes integradas de serviço de saúde; e da integração dos cuidados paliativos à atenção primária e à atenção comunitária e domiciliar.
- c) Assegurar a existência de quantidade suficiente de profissionais **de saúde capacitados** — sobretudo patologistas, enfermeiros oncologistas, ginecologistas-oncologistas, radiologistas e físicos médicos, entre outros — com as competências e as habilidades apropriadas para controle do câncer do colo do útero mediante processos apropriados de planejamento, recrutamento, educação continuada e treinamento, além de estratégias de mobilização e retenção, inclusive com oportunidades de desenvolvimento profissional.
- d) Reforçar o suprimento de **meios de diagnóstico, medicamentos e tecnologias de tratamento do câncer** essenciais e de qualidade, usando o Fundo Estratégico da OPAS quando necessário, e reforçar estruturas e processos de gestão da cadeia de suprimento (projeção, compras, armazenagem e distribuição), bem como políticas e práticas de radioproteção.

<b>Objetivo</b>	<b>Indicador</b>	<b>Linha de base (2017)</b>	<b>Meta (2030)</b>
<b>4.1</b> Aumentar o acesso equitativo a serviços de tratamento do câncer e cuidados paliativos	<b>4.1.1</b> Número de países e territórios com serviços públicos de tratamento do câncer	27	30
	<b>4.1.2</b> Número de países e territórios que usam o Fundo Estratégico da OPAS para aquisição de medicamentos essenciais de controle do câncer	3	15
	<b>4.1.3</b> Número de países e territórios com serviços de cuidados paliativos na atenção primária	10	20

### **Implementação**

24. A implementação deste plano exigirá inicialmente a formulação de planos de trabalho bienais alinhados com o ciclo de planejamento bienal da OPAS. Exigirá também cooperação e colaboração multissetorial, de múltiplos organismos, entre países e interprogramática. Os principais parceiros são a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), o Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer (CIIC) e outros parceiros das Nações Unidas; a Rede Sul-americana de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer (RINC); o Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos; ONGs, incluídas a Sociedade Americana de Câncer, a União Internacional para Controle do Câncer e a Ação do Câncer do Colo do Útero; além de outros setores pertinentes.

### **Monitoramento e avaliação**

25. O monitoramento e a avaliação deste plano serão alinhados com a estrutura de gestão baseada em resultados da Organização e seus processos de monitoramento e avaliação de desempenho. Uma série de relatórios de progresso será apresentada aos Órgãos Diretores da OPAS: o primeiro em 2022, o segundo em 2026 e um relatório final em 2031.

### **Repercussões financeiras**

26. Em média, serão necessários US\$ 3 milhões anuais para a cooperação técnica da OPAS na área de prevenção e controle do câncer do colo do útero no período de 2018 a 2030. Deve-se observar também que a prevenção e o controle do câncer do colo do útero demandarão consideráveis recursos externos e domésticos para ampliar os esforços e passar de pequenos projetos de demonstração a intervenções de base populacional que alcancem elevada cobertura de vacinação, rastreamento e tratamento com a finalidade de obter redução significativa do número de casos de câncer do colo do útero e de mortes por essa causa e, por fim, eliminar o câncer do colo do útero como problema de saúde pública.

### **Ação pelo Conselho Diretor**

27. Solicita-se que o Conselho Diretor analise as informações apresentadas neste documento e considere a aprovação do projeto de resolução constante do anexo D.

Anexos

### **Referências**

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, França: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer; 2013 [consultado em 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino: relatório final [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 2017 Sep 25-29; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2017 (documento CSP29/INF/4) [consultado em 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=41235&Itemid=270&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41235&Itemid=270&lang=pt).
3. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2008 Sep;110(3 Suppl 2):S4-7.
4. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012 Nov 20;30 Suppl 5:F12-23.
5. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha S, et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet*. 2017 Feb 25;389(10071):847-860.
6. Organização Mundial da Saúde. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, maio de 2017. *Wkly Epidemiol Rec*. 2017;92:241–68.
7. Organização Mundial da Saúde. Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Ginebra: Organización Mundial da Saúde; 2013. Disponível em espanhol em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105132/9789275318331\\_spa.pdf;jsessionid=6BAF9457F83EA52B250C20C1BFDC15C6?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105132/9789275318331_spa.pdf;jsessionid=6BAF9457F83EA52B250C20C1BFDC15C6?sequence=1).

8. Kim JJ, Brisson M, Edmunds WJ, Goldie SJ. Modeling cervical cancer prevention in developed countries. *Vaccine*. 2008;26 (Suppl. 10):K76–K86.
9. Goldie SJ, Diaz M, Constenla D, Alvis N, Andrus JK, Kim SY. Mathematical models of cervical cancer prevention in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008; 26(Suppl. 11):L59–72.
10. Gervais F, Dunton K, Jiang Y, Largeron N. Systematic review of cost-effectiveness analyses for combinations of prevention strategies against human papillomavirus (HPV) infection: a general trend. *BMC Public Health*. 2017;17:283.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle de câncer do colo uterino [Internet]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2008 (documento CD48/6) [consultado em 5 de janeiro de 2017]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48-06-p.pdf>.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis nas Américas 2013-2019 [Internet]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2013 (documento CD52/7, Rev. 1) [consultado em 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=22782&Itemid=270&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22782&Itemid=270&lang=pt).
13. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para imunização [Internet]. 54º Conselho Diretor da OPAS; 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2015 (documento CD54/7, Rev. 2) [consultado em 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=32025&Itemid=270&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=32025&Itemid=270&lang=pt).
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021 [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS; 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2016 (documento CD55/14) [consultado em 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=35733&Itemid=270&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35733&Itemid=270&lang=pt).

15. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Estratégia de Montevideu para a implementação da Agenda Regional de Gênero no âmbito do desenvolvimento sustentável até 2030. [Internet]. Santiago, Chile: Nações Unidas; março de 2017 [consultado em 18 de janeiro de 2018]. Disponível em: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41107/1/S1700036\\_pt.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41107/1/S1700036_pt.pdf).
16. Organização Mundial da Saúde. Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado [Internet]. Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde; 22 a 31 de maio de 2017; Genebra. Genebra: OMS; 2017 (resolução WHA70.12) [consultado em 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_32-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_32-sp.pdf).
17. Secretário-Geral das Nações Unidas. Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030). Nova York: Nações Unidas; 2016 [Internet]. [consultado em 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: [http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC\\_Global\\_Strategy\\_PT\\_inside\\_LogoOK2017\\_web.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf).
18. Organização Mundial da Saúde. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 [Internet]. Genebra. Genebra: WHO; 2016 [Internet] [consultado em 25 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/>.
19. Organização Mundial da Saúde. Programa Mundial Conjunto sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [consultado em 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/ncds/un-task-force/cervical-cancer-joint-programming-document-es.pdf?ua=1>.
20. Nações Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Assembleia Geral, Septuagésima Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas; 11 a 18 de setembro de 2015; Nova York, NY. Nova York: ONU; 2015 (resolução A/RES/70/1) [consultado em 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=S](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=S).
21. Arrossi S, Ramos S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Social inequality in Pap smear coverage: identifying under-users of cervical cancer screening in Argentina. *Reproductive Health Matters*. 2008. 16:32, 50-58, DOI: 10.1016/S0968-8080(08)32410-0.
22. Parikh S, Brennan P, Boffetta P. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer*. 2003;105:687-691.

23. Moore SP, Forman D, Pineros M, Fernandez SM, de Oliveira Santos M, Bray F. Cancer in indigenous people in Latin America and the Caribbean: a review. *Cancer Medicine*. 2014; 3(1): 70–80.
24. Murillo, R., et al., Cervical cancer in Central and South America: Burden of disease and status of disease control. *Cancer Epidemiol.*, 2016. 44 Suppl 1: p. S121-S130.
25. Nogueira-Rodrigues A, Bukowski A, Paulino E, St. Luis J, Barrichello A, Sternberg C, et al. An alert to Latin America: current human papillomavirus vaccination trends highlight key barriers to successful implementation. *Cancer*. 2017 April;1097-142.
26. Murillo, R., et al., Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008. 26 Suppl 11: p. L37-48.
27. Rodríguez AC, Ávila C, Herrero R, Hildesheim A, Sherman ME, Burk RD, et al. Cervical cancer incidence after screening with HPV, cytology, and visual methods: 18-year follow-up of the Guanacaste cohort. *Int J Cancer*. 2017 Apr 15;140(8):1926-1934.
28. Maza M, Alfaro K, Garai J, Velado MM, Gage JC, Castle PE, et al. Cervical cancer prevention in El Salvador (CAPE): an HPV testing-based demonstration project; changing the secondary prevention paradigm in a lower middle-income country. *Gynecol Oncol Rep*. 2017 Mar 3;20:58-61.
29. Cremer ML., Maza M, Alfaro K, Morales Velado M, Felix J, et al. Scale-up of an human papillomavirus testing implementation program in El Salvador. *J Low Genit Tract Dis*. 2016;21(1):26–32.
30. Arrossi S, Thouyaret L, Laudi R, Marin O, Ramirez J, Paolino M, et al. Implementation of HPV-testing for cervical cancer screening in programmatic contexts: the Jujuy demonstration project in Argentina *Int J Cancer*. 2015: 137, 1709–1718.
31. Jeronimo J, Bansil P, Lim J, Peck R, Paul P, Amador JJ. A multicountry evaluation of care HPV testing, visual inspection with acetic acid, and Papanicolaou testing for the detection of cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2014;24(3):576–585.
32. Jeronimo J, Holme F, Slavkovsky R, Camel C. Implementation of HPV testing in Latin America. *J Clin Virol*. 2016 Mar;76 Suppl 1:S69-73.

33. Arrossi S, Thouyaret L, Herrero R, Campanera A, Magdaleno A, Cuberli M, et al. Effect of self-collection of HPV DNA offered by community health workers at home visits on uptake of screening for cervical cancer (the EMA study): a population-based cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2015 Feb;3(2):85-94.
34. Goss PE, et al., Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol*. 2013. 14(5): p. 391-436.
35. Soneji S, Fukui N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(3): 174-82.
36. Bychkovsky BL, et al. Cervical cancer control in Latin America: a call to action. *Cancer*. 2016; 122(4):502-14.
37. Paolino M, Arrossi S. Analysis of the reasons for abandoning the follow-up and treatment process in women with pre-cancerous cervical lesions in the province of Jujuy: implications for health management. *Salud Colect*. 2012; 8(3): 247-61.
38. Report of the International Narcotics Control Board for 2016. Nova York: Nações Unidas: International Narcotics Control Board, 2017 [consultado em 28 de fevereiro de 2017]. Disponível em:  
[http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016\\_E\\_ebook.pdf](http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_ebook.pdf).
39. Rede de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer. Plano Regional de Ações Integradas: Plataforma de intercâmbio de experiências e assistências técnica para prevenção e controle do câncer de colo do útero na América do Sul. 2016, RINC/UNASUL [Internet] [consultado em 19 de janeiro de 2018]. Disponível em espanhol em:  
[http://www2.rinc-unasur.org/wps/wcm/connect/e8ebd10040bb3abbaed1be6d5dab20b5/Plan+RINC-UNASUR+Cuello+%C3%A4tero\\_ES.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e8ebd10040bb3abbaed1be6d5dab20b5](http://www2.rinc-unasur.org/wps/wcm/connect/e8ebd10040bb3abbaed1be6d5dab20b5/Plan+RINC-UNASUR+Cuello+%C3%A4tero_ES.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e8ebd10040bb3abbaed1be6d5dab20b5)

## Anexo A

**Visão geral da situação e capacidade de prevenção e controle do câncer do colo do útero  
nos países e territórios da Região das Américas**

País/ território	Carga de câncer do colo do útero (a, b)			Vacinação contra o HPV (c, d)			Rastreamento (e)			Tratamento do câncer e cuidados paliativos (f, g)			Registro de câncer (f)	
	Taxa de incidência (TPI por 100.000)	Taxa de mortalidade (TPI por 100.000)	Taxa de sobrevivência em 5 anos (%) 2005-2009	Ano de introdução	Faixa etária visada	Cobertura 2ª dose/3ª dose - 2016	Exame de rastreamento usado	Faixa etária visada	Cobertura de rastreamento (%) (último ano)	Tratamento de câncer disponível	Radioterapia –número de centros	Serviços de cuidados paliativos disponíveis na atenção primária	Existe registro de câncer	Registro hospitalar ou populacional
Anguilla	--	--	--	5/2016	9-13 anos, sexo feminino	35%	--	--	--	Não	NA	Não	Não	NA
Antígua e Barbuda	--	--	--	NI	NA	NA	Citologia	21-65 anos	--	Sim	1	Sim	Não	NA
Argentina	20,8	8,3	50,6	10/2011	11 anos, ambos os sexos (sexo masculino em 2017)	57%	Citologia/teste para HPV	30-64 anos	72 (2013)	Sim	81	Não	Sim	Hospitalar
Aruba	--	--	--	11/2014	11 anos, sexo feminino	47%	--	--	--	Sim	--	Sim	Não	NA
Bahamas	20,6	7,0	--	5/2015	9-10 anos, sexo feminino	ND	Citologia	21-59 anos	--	Sim	1	Não	Sim	Populacional
Barbados	25,4	7,2	--	2014	10-11 anos, ambos os sexos	12%	Citologia	21-65 anos	--	Sim	1	Não	Sim	Populacional
Belize	32,7	14,9	--	11/2016	9-13 anos, sexo feminino	NA	Citologia/IVAA	21-55 anos	37 (1999)	Não	NA	Não	Não	NA
Bermuda	--	--	--	4/2007	9-15 anos, ambos os sexos	30%	--	--	--	Sim	--	Sim	Sim	Populacional
Bolívia	47,7	21,0	--	4/2017	10-12 anos, sexo feminino	NA	Citologia	25-64 anos	33 (2008)	Sim	6	Não	Sim	Populacional
Brasil	16,3	7,3	61,1	3/2014	9-14 anos, ambos os sexos (sexo masculino em 2017)	10%	Citologia	25-64 anos	82 (2014)	Sim	212	Sim	Sim	Populacional

CD56/9 - ANEXO A

País/ território	Carga de câncer do colo do útero (a, b)			Vacinação contra o HPV (c, d)			Rastreamento (e)			Tratamento do câncer e cuidados paliativos (f, g)			Registro de câncer (f)	
	Taxa de incidência (TPI por 100.000)	Taxa de mortalidade (TPI por 100.000)	Taxa de sobrevivência em 5 anos (%) 2005-2009	Ano de introdução	Faixa etária visada	Cobertura 2ª dose/3ª dose - 2016	Exame de rastreamento usado	Faixa etária visada	Cobertura de rastreamento (%) (último ano)	Tratamento de câncer disponível	Radioterapia – número de centros	Serviços de cuidados paliativos disponíveis na atenção primária	Existe registro de câncer	Registro hospitalar ou populacional
Canadá	6,3	1,7	66,8	2007-2009	9-13 anos (a idade e o sexo variam segundo a província)	73%	Citologia	21-69 anos	73 (2011)	Sim	54	Sim	Sim	Populacional
Chile	12,8	6,0	50,9	9/2014	9 anos, sexo feminino	78%	Citologia	25-64 anos	71 (2013)	Sim	26	Não	Sim	Outro
Colômbia	18,7	8,0	59,3	8/2012	9-17 anos, sexo feminino	NR	Citologia/IVAA/ teste para HPV	25-69 anos	67 (2005)	Sim	51	Não	Sim	Hospitalar
Costa Rica	11,4	4,4	--	NI	NA	NA	Citologia	a partir de 20 anos	35 (2013)	Sim	4	Sim	Sim	Populacional
Cuba	17,1	6,7	64,0	NI	NA	NA	Citologia	25-64 anos	70 (1994)	Sim	9	Sim	Sim	Populacional
Dominica	--	--	--	NI	NA	NA	Citologia	18-65 anos	--	Não	NA	Não	Não	NA
El Salvador	24,8	11,9	--	NI	NA	NA	Citologia/teste para HPV	30-59 anos	70 (2008)	Sim	4	Não	Sim	Hospitalar
Equador	29,0	14,0	61,7	2/2014	9-11 anos, sexo feminino	86%	Citologia	21-65 anos	47 (2003)	Sim	12	Sim	Sim	Populacional
Estados Unidos da América	6,6	2,7	62,8	6/2006	11-12 anos, ambos os sexos	63% meninas 50% meninos	Citologia/teste para HPV	21-64 anos	81 (2013)	Sim	2.121	Sim	Sim	Populacional
Granada	--	--	--	NI	NA	NA	Citologia	a partir de 21 anos	--	Não	NA	Não	Sim	Hospitalar
Guatemala	22,3	12,2	--	NI	NA	NA	Citologia/IVAA/ teste para HPV	25-54 anos	40 (2003)	Sim	4	Não	Sim	Populacional
Guiana	46,9	21,9	--	2011	9-13 anos, sexo feminino	NR	Citologia/IVAA	30-49 anos	17 (2012)	Não	1	Não	Sim	Populacional
Haiti	24,9	14,6	--	Piloto	NA	NA	Citologia/IVAA	a partir de 30 anos	--	Não	NA	Não	Sim	Hospitalar
Honduras	29,4	14,1	--	5/2016	11 anos, sexo feminino	55%	Citologia/teste para HPV	30-59 anos	31 (2002)	Sim	5	Não	Sim	Hospitalar

CD56/9 - ANEXO A

País/ território	Carga de câncer do colo do útero (a, b)			Vacinação contra o HPV (c, d)			Rastreamento (e)			Tratamento do câncer e cuidados paliativos (f, g)			Registro de câncer (f)	
	Taxa de incidência (TPI por 100.000)	Taxa de mortalidade (TPI por 100.000)	Taxa de sobrevivência em 5 anos (%) 2005-2009	Ano de introdução	Faixa etária visada	Cobertura 2ª dose/3ª dose - 2016	Exame de rastreamento usado	Faixa etária visada	Cobertura de rastreamento (%) (último ano)	Tratamento de câncer disponível	Radioterapia –número de centros	Serviços de cuidados paliativos disponíveis na atenção primária	Existe registro de câncer	Registro hospitalar ou populacional
Ilhas Cayman	--	--	--	11/2012	9-15 anos, sexo feminino	NR	--	--	--	Sim	--	Sim	Sim	Populacio- nal
Jamaica	26,3	11,9	--	10/2017	10-11 anos, sexo feminino	NA	Citologia	25-54 anos	25 (2008)	Sim	3	Não	Sim	Populacio- nal
México	23,3	8,0	--	10/2012	10-11 anos, sexo feminino	96%	Citologia/teste para HPV	25-64 anos	64 (2003)	Sim	91	Não	Sim	Populacio- nal
Nicarágua	36,2	18,3	--	NI	NA	NA	Citologia/teste para HPV	25-64 anos	35 (2007)	Sim	1	Não	Não	
Panamá	18,7	7,1	--	10/2008	10 anos, ambos os sexos	56%	Citologia	25-59 anos	13 (2014)	Sim	4	Sim	Sim	Populacio- nal
Paraguai	34,2	15,7	--	3/2013	10 anos, sexo feminino	60%	Citologia/teste para HPV	25-49 anos	51 (2003)	Sim	4	Não	Não	
Peru	32,7	12,0	--	2/2015	9-12 anos, sexo feminino	NR	Citologia/IVAA	30-49 anos	54 (2013)	Sim	18	Não	Sim	Hospitalar
República Dominicana	30,7	12,3	--	4/2017	9-10 anos, sexo feminino	NA	Citologia	25-64 anos	66 (2003)	Sim	12	Não	Sim	Hospitalar
São Cristóvão e Nevis	--	--	--	NI	NA	NA	Citologia	18-55 anos	--	Não	NA	Não	Não	NA
Santa Lúcia	--	--	--	NI	NA	NA	Citologia	18-55 anos	--	Não	NA	Não	Sim	Hospitalar
São Vicente e Granadinas	--	--	--	NI	NA	NA	Citologia	20-65 anos	--	Não	NA	Não	Não	NA
Sint Maarten	--	--	--	9/2013	9-11 anos, sexo feminino	NR	--	--	NA	Não	NA	Não	Não	NA
Suriname	38,0	15,7	--	11/2013	9-13 anos, sexo feminino	32%	Citologia/IVAA	23-55 anos	--	Sim	1	Sim	Sim	Hospitalar
Trinidad e Tobago	24,5	12,0	--	2/2013	11-12 anos, ambos os sexos	22%	Citologia	25-65 anos	--	Sim	3	Não	Sim	Populacio- nal

CD56/9 - ANEXO A

País/ território	Carga de câncer do colo do útero (a, b)			Vacinação contra o HPV (c, d)			Rastreamento (e)			Tratamento do câncer e cuidados paliativos (f, g)			Registro de câncer (f)	
	Taxa de incidência (TPI por 100.000)	Taxa de mortalidade (TPI por 100.000)	Taxa de sobrevivência em 5 anos (%) 2005-2009	Ano de introdução	Faixa etária visada	Cobertura 2ª dose/3ª dose - 2016	Exame de rastreamento usado	Faixa etária visada	Cobertura de rastreamento (%) (último ano)	Tratamento de câncer disponível	Radioterapia – número de centros	Serviços de cuidados paliativos disponíveis na atenção primária	Existe registro de câncer	Registro hospitalar ou populacional
Uruguai	18,9	7,1	--	4/2013	12 anos, sexo feminino	41%	Citologia	21-69 anos	40 (2014)	Sim	10	Sim	Sim	Populacional
Venezuela	32,8	12,3	--	NI	NA	NA	Citologia	25-64 anos	35 (1994)	Sim	38	Não	Não	Hospitalar

Legenda: TPI = taxa padronizada por idade; -- = não há dados disponíveis; NI = não houve introdução; NA = não aplicável; NR = não houve relatório; IVAA = inspeção visual com ácido acético.

Fontes:

a. Globocan, 2012, <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> (em inglês).

b. Lancet. 2015, Mar 14. 385(9972):977-1010.

c. OMS/Ficha de notificação conjunta (FNC), julho de 2017 e outras informações dos países fornecidas à OPAS (com introdução no fim de 2016 ou 2017). Três territórios têm informações desde o ano de introdução, mas não há informações sobre a cobertura na FNC: Porto Rico (6/2006); Saba (2013 = 1/3 dos municípios holandeses) e Santo Eustáquio (1/2013).

d. OMS/ Ficha de notificação conjunta, julho 2017 e outras informações fornecidas à OPAS pelos países (com introdução no fim de 2016 ou 2017).

e. Centro de Informação do HPV de ICO, 2017. <http://www.hpvcentre.net/> (em inglês).

f. OPAS, 2017. Pesquisa de capacidade do país de enfrentar as doenças não transmissíveis (DNT).

g. AIEA, 2017. Diretório de centros de radioterapia. <https://dirac.iaea.org/Query/Map2?mapId=0> (em inglês).

## Anexo B

### **Ferramentas da OPAS/OMS para prevenção e controle do câncer do colo do útero**

#### **Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais. OMS; 2014.**

Disponível em inglês, espanhol e português no site da OPAS:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31403/9789275718797-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

#### **Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. OMS, 2013**

Disponível em inglês e espanhol no site da OMS:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105132/9789275318331\\_spa.pdf;jsessionid=E29D34FEF59FFB2373FEC476DBDD52D5?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105132/9789275318331_spa.pdf;jsessionid=E29D34FEF59FFB2373FEC476DBDD52D5?sequence=1)

#### **Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. OMS, 2013**

Disponível em inglês e espanhol no site da OMS:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84391/9789243505268\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84391/9789243505268_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

#### **Série de folhetos informativos sobre o HPV e o câncer do colo do útero. OPAS, 2015**

Disponível em inglês, espanhol e português no site da OPAS:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11568&Itemid=40592&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11568&Itemid=40592&lang=en)

#### **Incorporación de la prueba del virus del papiloma humano en programas de prevención de cáncer cervicouterino: manual para gerentes de programas de salud. OPAS, 2016**

Disponível em inglês e espanhol no site da OPAS:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12428&Itemid=40602&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12428&Itemid=40602&lang=es)

#### **Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS. Curso Virtual en Control Integral del Cáncer Cervicouterino. OPAS, 2018**

Disponível em inglês e espanhol no site do campus:

<https://mooc.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=32>

## Anexo C

## Sinopse de iniciativas pertinentes de parceiros na prevenção e no controle do câncer do colo do útero

Iniciativa	Resumo	Referência
<b>Iniciativas globais</b>		
<b>Programa Mundial Conjunto das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero</b>	Iniciativa global de 7 agências/programas das Nações Unidas para liderar e coordenar a assistência técnica aos governos com o objetivo de criar e manter programas integrais nacionais de alta qualidade para controle do câncer do colo do útero.	<a href="http://www.who.int/ncds/un-task-force/un-joint-action-cervical-cancer-leaflet.pdf">http://www.who.int/ncds/un-task-force/un-joint-action-cervical-cancer-leaflet.pdf</a> (em inglês)
<b>Ação do Câncer do Colo do Útero</b>	Coalizão internacional de organizações não governamentais que coordena iniciativas e lidera esforços mundiais de <b>promoção estratégica da causa</b> para orientar políticas, fortalecer programas e aumentar o financiamento global para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero.	<a href="http://www.cervicalcanceraction.org/home/home.php">http://www.cervicalcanceraction.org/home/home.php</a> (em inglês)
<b>Iniciativa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero</b>	Iniciativa global lançada pela Ação do Câncer do Colo Uterino em 2015 para promover parcerias multissetoriais, incentivar investimentos na saúde de meninas adolescentes e mulheres e dar impulso para ação na prevenção mundial do câncer do colo uterino durante cinco anos (2015–2020).	<a href="http://www.cervicalcanceraction.org/initiative/">http://www.cervicalcanceraction.org/initiative/</a> (em inglês)
<b>Pink Ribbon Red Ribbon</b>	Parceria global de governos nacionais, organizações não governamentais e multilaterais, fundações e empresas, com uma meta em comum de reduzir as mortes por câncer do colo do útero e câncer de mama em países de baixa e média renda.	<a href="http://pinkribbonredribbon.org/about-cervical-breast-cancer/">http://pinkribbonredribbon.org/about-cervical-breast-cancer/</a> (em inglês)
<b>Parceria Internacional de Planejamento do Controle do Câncer</b>	Grupo de organizações internacionais participantes de esforços de planejamento do controle do câncer para apoiar a formulação, a implementação e a avaliação de planos nacionais de controle do câncer em todo o mundo.	<a href="http://www.iccp-portal.org/">http://www.iccp-portal.org/</a> (em inglês)
<b>Iniciativas regionais</b>		
<b>Plano de Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero para a América do Sul da RINC</b>	Plano para o câncer do colo do útero elaborado sob a égide da Rede de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer ( <i>Red de Instituciones Nacionales de Cáncer</i> — RINC), que abrange a cooperação em pesquisa e outras áreas.	<a href="http://www2.rinc-unasur.org/wps/wcm/connect/rinc/site/home">http://www2.rinc-unasur.org/wps/wcm/connect/rinc/site/home</a> (em inglês)

---

<b>Iniciativa</b>	<b>Resumo</b>	<b>Referência</b>
<b>Projeto ESTAMPA do CIIC</b>	Estudo multicêntrico latino-americano sobre rastreamento do câncer do colo do útero com testes para HPV que incluiu 50.000 mulheres em 10 países da América Latina.	<a href="http://www.who.int/reproductivehealth/projects/HRX17_ESTAMPA.pdf">http://www.who.int/reproductivehealth/projects/HRX17_ESTAMPA.pdf</a> (em inglês)
<b>Projeto ECHO do MD Anderson para o câncer do colo do útero.</b>	Modelo de telementoria usado pelo MD Anderson com profissionais na América Latina para capacitação no manejo clínico da displasia cervical	<a href="https://www.mdanderson.org/education-training/global-outreach/project-echo.html">https://www.mdanderson.org/education-training/global-outreach/project-echo.html</a> (em inglês)



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

## 56º CONSELHO DIRETOR

### 70ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 23 a 27 de setembro de 2018

---

CD56/9  
Anexo D  
Original: inglês

### *PROJETO DE RESOLUÇÃO*

#### **PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO 2018-2030**

#### ***O 56º CONSELHO DIRETOR,***

(PP1) Tendo examinado o *Plano de ação para prevenção e controle do câncer do colo do útero 2018-2030* (documento CD56/9);

(PP2) Considerando que o Plano está alinhado com a resolução WHA70.12 da Organização Mundial da Saúde, *Prevenção e Controle do Câncer no Contexto de um Enfoque Integrado*, a estratégia global do setor de saúde contra as infecções sexualmente transmissíveis da OMS, o Programa Mundial Conjunto das Nações Unidas (ONU) sobre Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero, a nova estratégia global da OMS para eliminar o câncer do colo do útero e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), e que este plano de ação constitui um plano claro a longo prazo para reduzir a carga de câncer do colo do útero nas Américas até 2030;

(PP3) Ciente do impacto dessa doença sobre as mulheres, suas famílias e suas comunidades nas Américas, sobretudo nas populações prioritárias em situação de vulnerabilidade;

(PP4) Reconhecendo a necessidade de diminuir e eliminar o flagelo dessa doença, evitável por vacinação contra o HPV, rastreamento e tratamento de lesões pré-cancerosas e curável se detectada nos estágios iniciais;

(PP5) Consciente das intervenções custo-efetivas e a preço acessível disponíveis para reduzir a incidência e a mortalidade do câncer do colo do útero e da ação urgente necessária para implementar essas intervenções em escala populacional, buscando garantir o acesso equitativo à prevenção primária, secundária e terciária do câncer do colo do útero,

---

**RESOLVE:**

(OP)1. Aprovar o *Plano de ação para prevenção e controle do câncer do colo do útero 2018-2030* (documento CD56/9).

(OP)2. Instar os Estados Membros, conforme apropriado e levando em consideração a situação e as necessidades nacionais, a:

- a) priorizar a prevenção e o controle do câncer do colo do útero na agenda de saúde pública nacional;
- b) formular, examinar e alinhar estratégias e planos integrais nacionais de enfrentamento do câncer do colo do útero com estratégias, planos e metas globais e regionais relacionados, além de comunicar periodicamente o progresso nessa área;
- c) fortalecer a governança, a organização e o acesso aos serviços de saúde para assegurar a integração de serviços completos voltados para o câncer do colo do útero aos níveis pertinentes da atenção, bem como o alcance de ampla cobertura de vacinação contra o HPV, rastreamento, tratamento de lesões pré-cancerosas e tratamento do câncer invasivo;
- d) fortalecer os sistemas de informação e registros de câncer para monitorar a cobertura da vacinação contra o HPV, a cobertura do rastreamento e as taxas de tratamento, e informar periodicamente esses indicadores;
- e) implementar intervenções populacionais de alto impacto durante o processo contínuo da educação em saúde e promoção da saúde, vacinação contra o HPV, rastreamento e diagnóstico do câncer do colo do útero e tratamento das lesões pré-cancerosas e do câncer invasivo, com intervenções adaptadas às necessidades de populações prioritárias em situação de vulnerabilidade;
- f) facilitar o empoderamento e a participação de organizações da sociedade civil para propiciar uma estratégia multissetorial de prevenção e controle integrais do câncer do colo do útero;
- g) aumentar e otimizar o financiamento público com equidade e eficiência, para promover uma resposta sustentável ao câncer do colo do útero, além de integrar progressivamente intervenções de prevenção, rastreamento e tratamento a serviços de saúde integrais, de qualidade e universais;
- h) ampliar os serviços de saúde conforme a necessidade e com uma estratégia centrada nas pessoas, observando que, na maioria dos casos, o gasto público de 6% do PIB com o setor da saúde é um parâmetro útil;
- i) assegurar o suprimento ininterrupto de vacinas contra o HPV com garantia de qualidade e preço acessível, exames de rastreamento e tecnologias baseados em evidências para tratamento de lesões pré-cancerosas e do câncer invasivo, bem como de medicamentos de cuidados paliativos e outros produtos estratégicos

relacionados com o câncer do colo do útero e, ao mesmo tempo, consolidar estruturas e processos de gestão da cadeia de suprimento, inclusive projeção, compras, armazenagem e distribuição;

- j) reforçar a capacidade técnica e as competências da força de trabalho de saúde nacional, sobretudo na atenção primária, para contemplar a prevenção do câncer do colo do útero.

(OP)3. Solicitar à Diretora que:

- a) apoie a implementação deste plano de ação por meio de uma estratégia coordenada e interprogramática de cooperação técnica para prevenção e controle integral do câncer do colo do útero;
- b) preste apoio técnico aos Estados Membros para reforçar a cobertura, a qualidade e a efetividade do programa de enfrentamento do câncer do colo do útero em coordenação com o plano de prevenção e controle do câncer do colo do útero para a América do Sul da Rede de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer (RINC)/UNASUL;
- c) apoie aos sistemas de informação e registro de câncer a fim de capacitar o país para gerar informações de qualidade, completas e atualizadas, além de informar periodicamente sobre a cobertura da vacinação contra o HPV, a cobertura do rastreamento, as taxas de tratamento, a incidência e a mortalidade do câncer do colo do útero;
- d) preste apoio técnico aos Estados Membros para o desenvolvimento e a análise de políticas, normas e diretrizes para intervenções de alto impacto durante o processo contínuo de prevenção, rastreamento e diagnóstico do câncer do colo do útero e de tratamento de lesões pré-cancerosas e do câncer invasivo, com base nas últimas recomendações da OMS, buscando garantir a qualidade e a equidade;
- e) defenda o empoderamento das pessoas e comunidades, bem como sua participação significativa, efetiva e sustentável no desenvolvimento e na prestação de serviços para a vacinação contra o HPV, o rastreamento e tratamento do câncer do colo do útero e os cuidados paliativos;
- f) apoie a capacitação da força de trabalho de saúde nacional, sobretudo na atenção primária, para oferecer atenção de boa qualidade, acessível, equitativa e centrada nas pessoas nos serviços de saúde;
- g) apoie os Estados Membros, por meio do Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública da OPAS ou do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas da OPAS, na melhoria dos processos de compras, gestão de suprimentos e distribuição para garantir o acesso ininterrupto, com garantia de qualidade e a preço acessível, a vacinas contra o HPV, testes para HPV e medicamentos essenciais para o câncer e para cuidados paliativos de acordo com a pré-qualificação da OMS;

- h) capte recursos, respeitando as regras e os procedimentos *do Quadro de colaboração com agentes não estatais*, para apoiar os Estados Membros no aumento de investimentos para prevenção e controle integrais do câncer do colo do útero.



## Relatório sobre as repercussões financeiras e administrativas do projeto de resolução para a Repartição

1. **Tema da agenda:** 4.5 — Plano de ação para prevenção e controle do câncer do colo do útero 2018-2030

2. **Relação com o [Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019](#):**

a) **Categorias:**

Categoria 1 — Doenças transmissíveis

Categoria 2 — Doenças não transmissíveis e fatores de risco

Categoria 4 — Sistemas de saúde

b) **Áreas programáticas e resultados intermediários:**

*Área programática 1.1:* Infecção pelo HIV/AIDS, ISTs e hepatites virais (Resultado intermediário 1.1 — Ampliação do acesso a intervenções cruciais para a prevenção e o tratamento da infecção pelo HIV, ISTs e hepatites virais)

*Área programática 1.5:* Doenças imunopreveníveis (Resultado intermediário 1.5 — Aumento da cobertura da vacinação das populações e comunidades de difícil acesso e manutenção do controle, da erradicação e da eliminação das doenças imunopreveníveis)

*Área programática 2.1:* Doenças não transmissíveis e fatores de risco (Resultado intermediário 2.1 — Ampliação do acesso a intervenções para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis e os seus fatores de risco)

*Área programática 4.2:* Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade (Resultado intermediário 4.2 — Ampliação do acesso a serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade)

3. **Repercussões financeiras:**

a) **Custo total estimado da aplicação da resolução no período de vigência (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):**

O custo calculado deste plano é US\$3.000.000 por ano. Para o período 2018-2030, o custo total é US\$36.000.000.

Áreas	Custo estimado US\$)
Recursos humanos	7.500.000
Capacitação de pessoal	10.500.000
Consultores/contratos de serviços	5.500.000
Viagem e reuniões para gestores de programas	5.000.000
Publicações e material de comunicação	1.500.000
Provisões (por exemplo, testes para HPV) e outras despesas	6.000.000

<b>Total</b>	36.000.000
<b>b) Custo estimado para o biênio 2018-2019 (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):</b> O custo estimado para o biênio é US\$3.000.000.	
<b>c) Parte do custo estimado no item b) que poderia ser incluída nas atuais atividades programadas:</b> O pessoal atualmente financiado pelo orçamento ordinário da OPAS, que contribuirá com 25% a 50% de seu tempo para a implementação deste plano, já estará incluído nas atividades programadas existentes. As atividades de cooperação técnica já incluídas e orçadas neste período bienal também serão cobertas pelo orçamento ordinário da OPAS, assim como o acordo de cooperação OPAS-CDC para doenças não transmissíveis (DNTs) e a subvenção para DNTs do Fundo da OPEP para o Desenvolvimento Internacional. Estima-se que o orçamento total de tempo de pessoal e atividades já coberto para este Plano de Ação no biênio atual seja de aproximadamente US\$750.000.	
<b>4. Repercussões administrativas:</b>	
<b>a) Níveis da Organização em que se seriam tomadas medidas:</b> O trabalho será realizado em âmbitos nacional, sub-regional e regional.	
<b>b) Necessidades adicionais de pessoal (no equivalente de cargos a tempo integral, incluindo o perfil do pessoal):</b> Para a implementação deste plano, será crucial garantir o efetivo técnico atual no âmbito regional e sub-regional, assim como assegurar que pontos focais do Departamento de Doenças não Transmissíveis e Saúde Mental (NMH) da representação no país reservem tempo suficiente para este Plano de ação em países de alto impacto e prioritários.	
<b>c) Prazos (prazos amplos para as atividades de aplicação e avaliação):</b> O plano proposto abrangerá o período 2018-2030 e demandará apoio da Repartição Sanitária Pan-Americana, dos Estados Membros e de organizações parceiras. Uma série de relatórios de progresso será apresentada aos Órgãos Diretores da OPAS: o primeiro em 2022, o segundo em 2026 e um relatório final em 2031.	



**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR OS TEMAS DA AGENDA COM OS  
MANDATOS INSTITUCIONAIS**

1. **Tema da agenda:** 4.5 — Plano de ação para prevenção e controle do câncer do colo do útero 2018-2030
2. **Unidade responsável:** Doenças não transmissíveis e saúde mental, prevenção de violência e lesões (NMH/NV)
3. **Preparado por:** Silvana Luciani, assessora, Prevenção e controle do câncer, NMH/NV
4. **Vínculo entre este tema e a [Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030](#):**  
Objetivo 9: reduzir a morbidade, a incapacidade e a mortalidade decorrentes de doenças não transmissíveis, lesões, violência e transtornos de saúde mental
5. **Vínculo entre este tema e o [Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 \(modificado\)](#):**
  - a) **Categorias:**
    - Categoria 1 - Doenças transmissíveis
    - Categoria 2 - Doenças não transmissíveis e saúde mental
    - Categoria 4 - Sistemas de saúde
  - b) **Áreas programáticas e resultados intermediários:**
    - Área programática 1.1:* Infecção pelo HIV/AIDS, ISTs e hepatites virais (Resultado intermediário 1.1 — Ampliação do acesso a intervenções cruciais para a prevenção e o tratamento da infecção pelo HIV, ISTs e hepatites virais)
    - Área programática 1.5:* Doenças imunopreveníveis (Resultado intermediário 1.5 — Aumento da cobertura de vacinação das populações e comunidades de difícil acesso e manutenção do controle, da erradicação e da eliminação das doenças imunopreveníveis)
    - Área programática 2.1:* Doenças não transmissíveis e fatores de risco (Resultado intermediário 2.1 — Ampliação do acesso a intervenções para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis e os seus fatores de risco)
    - Área programática 4.2:* Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade (Resultado intermediário 4.2 — Ampliação do acesso a serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade)
6. **Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema:**  
Os parceiros estratégicos com os quais colaboraremos na implementação deste plano incluem, entre outros:

- Organização Mundial da Saúde
- Fundo de População das Nações Unidas
- Agência Internacional de Energia Atômica
- Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer
- Rede Sul-americana de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer (RINC/UNASUL)
- Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos
- Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
- Sociedade Americana do Câncer
- União Internacional para Controle do Câncer
- Ação do Câncer do Colo do Útero

**7. Boas práticas nesta área e exemplos de países da Região das Américas:**

- a) Programas nacionais de vacinação, que integraram as vacinas contra o HPV a seus programas e estão começando a monitorar a cobertura.
- b) Teste para HPV, introduzido em alguns países para complementar ou substituir o exame de Papanicolaou e melhorar a qualidade e a efetividade dos programas de rastreamento.
- c) Sistemas de informação que permitem o registro das mulheres que realizaram rastreamento, o resultado dos exames de rastreamento e o diagnóstico e tratamento subsequentes para garantir a qualidade completa da atenção.
- d) Campanhas de educação e comunicação implementadas no âmbito local e subnacional para aumentar a conscientização sobre a vacinação contra o HPV e a prevenção do câncer do colo do útero.

**8. Repercussões financeiras do tema:**

O custo estimado deste plano é US\$3.000.000 por ano. Para o período 2018-2030, o custo total é US\$36.000.000.

- - -