



**Organização  
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**

**AFR/RC60/6**  
23 de Junho de 2010

**ORIGINAL: FRANCÊS**

**COMITÉ REGIONAL AFRICANO**

Sexagésima sessão

Malabo, Guiné Equatorial, 30 de Agosto-3 de Setembro de 2010

Ponto 7.4 da ordem do dia provisória

**CANCRO DO COLO DO ÚTERO NA REGIÃO AFRICANA DA OMS:  
SITUAÇÃO ACTUAL E PERSPECTIVAS**

**ÍNDICE**

	<i>Parágrafos</i>
CONTEXTO .....	1 - 7
PROBLEMAS E DESAFIOS .....	8 - 16
ACÇÕES PROPOSTAS .....	17 - 26

**ANEXO**

	<i>Página</i>
Quadro : Incidência, mortalidade e prevalência estimadas do cancro do colo do útero na Região Africana da OMS (todas as idades), 2008.....	6

## CONTEXTO

1. O cancro do colo do útero é a forma mais frequente da doença e a principal causa de mortalidade pelo cancro na mulher, nos países em desenvolvimento. Segundo a OMS, em 2002, havia no mundo mais de 500 000 novos casos de cancro do colo do útero, dos quais mais de 90 % se encontravam nos países em desenvolvimento. Na África Subsariana, registaram-se 72 000 novos casos no mesmo ano e morreram 56 000 mulheres na sequência de cancro do colo do útero<sup>1</sup>.

2. Observaram-se em África fortes incidências da doença, com taxas superiores a 50 por 100.000 e taxas-padrão de mortalidade em função da idade (TFI), que ultrapassam por vezes 40 por 100 000 (ver Quadro em anexo). Por exemplo, entre 1981 e 1990, os dados dos registos hospitalares de Nairobi revelaram que o cancro do colo do útero representava 70 a 80 % do conjunto dos cancros dos órgãos genitais e 8 a 20 % de todos os cancros<sup>2</sup>.

3. O principal factor de risco do cancro do colo do útero é a infecção pelo vírus do papiloma humano (VPH), que surge, geralmente, na adolescência, após as primeiras relações sexuais. Em África, a prevalência da infecção pelo VPH atinge 21,3 %, com grandes variações conforme as regiões : 33,6 % na África Oriental, 21,5 % na África Ocidental e 21 % na África Austral<sup>3</sup>. Entre os outros importantes factores de risco, contam-se o tabagismo e a falta de despistagem e tratamento adequado de lesões pré-cancerígenas. A co-infecção pelo VPH e pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), acelera a progressão para o cancro.

4. A prevenção primária do cancro do colo uterino reside essencialmente num estilo de vida saudável e na vacinação contra o VPH. São actualmente comercializados dois tipos de vacinas contra a infecção pelo VPH : um age contra os genótipos 6, 11, 16 e 18 do VPH (vacina quadrivalente) e o outro contra os genótipos 16 e 18 (vacina bivalente)<sup>4</sup>.

5. A prevenção secundária do cancro do colo do útero é feita graças à despistagem das lesões pré-cancerígenas e ao diagnóstico precoce do cancro, seguidos de um tratamento correcto. As principais técnicas utilizadas são: o exame citológico das células do colo do útero e a despistagem pelo exame visual do colo do útero. Alguns projectos de demonstração, iniciados em seis países<sup>5</sup> da Região Africana e coordenados pela OMS, demonstraram a eficácia, a inocuidade e o desempenho do método de despistagem por exame visual<sup>6</sup>.

6. A prevenção terciária do cancro do colo do útero diz respeito ao diagnóstico e tratamento dos cancros confirmados. O tratamento consiste na cirurgia, na radioterapia e, por vezes, na quimioterapia. Os cuidados paliativos são dispensados aos doentes em estado avançado.

---

1 Ferlay J et al. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base N°5, Version 2.0 Lyon: IARC Press; 2004.

2 Rogo KO et al. Carcinoma of the cervix in an African setting. International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1990, 33: 249-255.

3 WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical cancro (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Cancers in Africa. Summary Report 2009. Disponible sur [www.who.int/hpvcentre](http://www.who.int/hpvcentre)

4 Human Papillomavirus and HPV vaccine: key information for policy makers. Geneva, World Health Organization, 2006.

5 Madagáscar, Malauí, Nigéria, Uganda, Tanzânia e Zâmbia.

6 Mwanahamuntu MH et al. Integrating cervical cancer prevention in HIV/AIDS treatment and care programmes; Bulletin of the World Health Organization, 2008, 86, 8.

7. Tinham já sido identificadas intervenções prioritárias na Estratégia Regional de Luta contra o Cancro (WHO/AFR/RC58/4)<sup>7</sup> e nas recomendações da Reunião Consultiva Regional sobre a prevenção e a luta contra o cancro do colo do útero na Região Africana da OMS<sup>8</sup>. O presente documento tem como finalidade propor acções específicas e orientadas contra o cancro do colo do útero na Região Africana.

## **PROBLEMAS E DESAFIOS**

8. *Ausência de políticas, estratégias e programas de luta contra o cancro do colo do útero.* O cancro do colo do útero é evitável e curável, na condição de ser detectado suficientemente cedo e tratado correctamente. Na África Subsariana, a ausência de políticas, estratégias e programas eficazes de despistagem e de tratamento explica, em grande parte, as elevadas taxas de prevalência e de mortalidade ligadas ao cancro do colo do útero nos países. De facto, sem acesso a serviços de prevenção e de despistagem de qualidade, a maioria das mulheres só recorre à consulta quando o cancro se encontra em estado avançado.

9. *Insuficiência de dados recentes e completos.* Os dados exactos sobre a morbilidade e a mortalidade pelo cancro do colo do útero em África são raros e baseiam-se, geralmente, em dados hospitalares e em estimativas. O registo de casos de cancro na maioria dos países de recursos limitados é difícil, devido à debilidade generalizada dos sistemas de saúde e, em particular, dos sistemas nacionais de informação sanitária. Os registos oncológicos baseados na população são raros ou produzem dados de qualidade medíocre.

10. *Pesada carga económica e psicossocial.* O cancro do colo uterino diagnosticado em estádios avançados nas mulheres africanas entre os 30 e os 69 anos tem consequências devastadoras nos planos físico, psicológico e social, tanto sobre as doentes como sobre as suas famílias e a sua comunidade. Segundo uma análise do Banco Mundial de 1993, uma despistagem do cancro do colo praticada de cinco em cinco anos, elevava-se a 100 dólares americanos por ano de vida ajustado por incapacidade (DALY), comparado com 2 600 dólares americanos por DALY para o tratamento dos cancros invasivos e os cuidados paliativos<sup>9</sup>.

11. *Insuficiência ou inexistência de informação e de competências.* Na quase totalidade dos países da Região Africana, as populações e os prestadores de cuidados desconhecem a informação acerca dos métodos de prevenção e de tratamento do cancro do colo do útero. Os profissionais da saúde adoptam muitas vezes protocolos médicos incorrectos, utilizando de forma ineficaz os recursos que já por si são limitados. Para além disso, as mulheres desconhecem os serviços disponíveis, mesmo quando eles existem. Em algumas comunidades, a ignorância e a falta de informação referente a esta doença constituem também obstáculos à prevenção.

---

7 OMS. Prevenção e luta contra o cancro: uma estratégia para a Região Africana da OMS. Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano (OMS/AFR/RC58/4), 2008.

8 Dangou JM. Recommandations de la Consultation régionale d'Ouagadougou sur la prévention et la lutte contre le cancer du col utérin en Afrique. *Journal African du Cancer*, 2009, 1:56-60

9 Jamison, D.T. et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press, World Bank, 1993.

12. *Custo elevado da vacinação contra o VPH.* O custo das vacinas disponíveis contra o VPH continua a ser muito elevado, não estando ao alcance da maioria das populações da Região Africana. De facto, o preço médio para as três doses necessárias está estimado em cerca de 400 dólares americanos, o que constitui um problema de acesso universal a vacina e um desafio à sustentabilidade de qualquer política de intervenção primária baseada na vacinação em larga escala.

13. *Indisponibilidade da prevenção secundária.* O custo da prevenção do cancro do colo do útero pode ser reduzido através da utilização de tecnologias simples, durante a despistagem dos estados pré-cancerígenos. Para aliviar a dificuldade em garantir serviços de qualidade baseados na citologia, em países de fracos rendimentos, dever-se-á privilegiar a despistagem através do exame visual do colo do útero. No entanto, este serviço é pouco utilizado nos países da África Subariana.

14. *Meios terapêuticos inacessíveis e cuidados paliativos negligenciados.* Os prestadores de cuidados recebem normalmente mulheres já com um cancro do colo do útero num estado avançado, e que são confrontadas com dificuldades financeiras. Os fracos recursos terapêuticos disponíveis não podem ser suficientes para fornecer serviços eficazes de cirurgia, radioterapia e de quimioterapia. Só muito raramente se encontram disponíveis os cuidados paliativos necessários neste estágio da doença.

15. *Inacessibilidade geográfica da prevenção terciária.* Os tratamentos utilizados na prevenção terciária não se encontram geralmente disponíveis nos países da Região Africana; e quando existem, as infra-estruturas, os equipamentos e os especialistas estão mal distribuídos e são de difícil acesso.

16. *Insuficiência na colaboração e coordenação das intervenções realizadas.* Foram tomadas iniciativas nos países para prevenir e combater o cancro do colo do útero. Foram, por vezes, realizados progressos notáveis. Contudo, persistem inúmeros problemas e desafios. A colaboração entre os diferentes actores é insuficiente e as iniciativas isoladas carecem de coordenação. Todas as partes intervenientes, nomeadamente as comunidades, os profissionais da saúde, os Estados-Membros e os parceiros, deverão por isso agir em concertação, para ultrapassar estes obstáculos e lutar eficazmente contra o cancro do colo do útero, através das medidas concretas abaixo enunciadas.

## ACÇÕES PROPOSTAS

17. **Elaborar e implementar programas de prevenção e de luta contra o cancro do colo uterino, baseados numa política claramente definida.** A luta contra o cancro do colo do útero, tal como a luta contra os demais cancros na mulher, deverá ser conduzida no quadro de um programa nacional de luta contra o cancro e integrar-se nos serviços existentes dos cuidados primários da saúde reprodutiva e sexual. Os programas deverão visar a sensibilização das mulheres entre os 30 e os 50 anos de idade para a despistagem precoce, tratar correctamente as que já tiverem lesões pré-cancerígenas ou invasivas e prestar cuidados paliativos às que já tiverem cancro em estado avançado<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Prevenção e luta contra o cancro: uma estratégia para a Região Africana da OMS. Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano (OMS/AFR/RC58/4), 2008

18. **Mobilizar e afectar recursos suficientes.** Os países deverão mobilizar recursos e estabelecer uma melhor afectação desses mesmos recursos, a fim de garantir a implementação de programas eficazes, que tenham um efeito duradouro sobre a saúde das mulheres. É importante descentralizar os recursos existentes e disponibilizá-los aos níveis intermédio e periférico do sistema de saúde.

19. **Assegurar a promoção da saúde e envolver as comunidades.** A educação e o aconselhamento são parte integrante de qualquer programa de luta contra o cancro do colo do útero. A participação comunitária é essencial, para encetar o diálogo com as mulheres, melhorar a compreensão dos meios de despistagem e de tratamento, mas também para esclarecer os receios, as dúvidas e as ideias pré-concebidas. As mensagens da educação para a saúde que visam evitar os comportamentos de risco deverão ser o reflexo das políticas nacionais, a fim de levar as pessoas a adoptarem práticas sexuais e estilos de vida mais saudáveis. Estas mensagens privilegiarão nomeadamente a utilização do preservativo como meio de prevenção primária, susceptível de reduzir também as infecções sexualmente transmissíveis.

20. **Melhorar os conhecimentos e as competências do pessoal de saúde.** Será desejável ajudar os prestadores a adoptar uma abordagem orientada para a saúde pública no que se refere à despistagem e aos tratamentos e dar-lhes formação, para que eles possam adquirir as competências necessárias ao aconselhamento das suas doentes e prestar serviços de qualidade, a todos os níveis do sistema de saúde.

21. **Implementar as técnicas de exame visual para o despiste do cancro do colo do útero, acompanhadas de um tratamento imediato por crioterapia.** A aplicação desta técnica simples e de baixo custo permitirá reduzir a morbilidade e a mortalidade por cancro do colo do útero. Para tal, as capacidades neste domínio deverão ser melhoradas. Deverá ser adoptada uma implementação gradual, para que cada etapa apresente um resultado mensurável e para que os progressos alcançados possam ser avaliados.

22. **Introduzir a vacinação contra o VPH como forma de luta contra o cancro do colo do útero.** A introdução da vacinação contra o VPH nos programas nacionais alargados de vacinação apenas será viável se o custo da vacina for acessível. Para tal, os governos, com o apoio da OMS e dos parceiros do desenvolvimento, levarão a cabo acções de advocacia junto das empresas farmacêuticas, para negociarem preços mais baixos. A vacina contra o VPH deverá ser administrada prioritariamente às adolescentes com idades compreendidas entre os 9 e os 13 anos, e de acordo com o contexto epidemiológico de cada país. Os países candidatos à introdução da vacina deverão disponibilizar, com o apoio dos parceiros, os recursos financeiros suficientes para garantir a cobertura vacinal completa e evitar as roturas de *stock*.

23. **Garantir o tratamento das doentes com cancros em estado avançado.** O bem-estar e o acompanhamento das mulheres com um cancro invasivo dependem da qualidade do seu tratamento. Os prestadores dos níveis de cuidados primários e secundários deverão ter formação para orientarem as mulheres para estabelecimentos de saúde especializados, com pessoal qualificado, meios terapêuticos adequados e cuidados paliativos.

**24. Implementar um sistema de vigilância adequado, controlar as intervenções e avaliar o impacto do programa de prevenção.** Serão registados os dados sanitários acerca do seguimento das doentes, a fim de avaliar as intervenções e medir o impacto dos programas. Os diversos centros de tratamento do cancro do colo do útero estarão em ligação com as bases de dados nacionais e/ou regionais, para apreciar o desempenho e as necessidades dos programas. Os resultados da avaliação poderão ser usados para a mobilização de recursos e para um apoio político sustentado.

**25. Reforçar a colaboração interdisciplinar e as parcerias intersectoriais e multisectoriais para uma sinergia na acção.** O sector privado, as associações sócio-profissionais, as organizações não governamentais, os centros de colaboração da OMS e outros parceiros serão chamados a contribuir para a implementação das acções específicas acima mencionadas, no quadro dos programas nacionais de luta contra o cancro. Essas colaborações e parcerias serão coordenadas para uma melhor eficácia e para uma utilização mais racional dos recursos.

26. Convida-se o Comité Regional a analisar e aprovar as acções propostas no presente documento.

**ANEXO**

**Quadro : Incidência e mortalidade estimadas do cancro do colo do útero na Região Africana da OMS (todas as idades) em 2008**

Pays	Incidência anual, 2008			Mortalidade, 2008		
	Número de casos	Taxa bruta	TFI (Mundo)	Número de óbitos	Taxa bruta	TFI (Mundo)
África do Sul	5743	22,8	26,6	3027	12,0	14,5
Argélia	1398	8,2	10,4	797	4,7	6,1
Angola	1504	16,5	30,0	1008	11,0	21,9
Benin	925	21,5	35,0	616	14,3	24,4
Botsuana	163	16,9	22,2	83	8,6	12,1
Burkina Faso	1230	16,1	28,6	838	11,0	21,5
Burundi	1270	30,8	49,1	900	21,8	37,2
Camarões	1474	15,4	24,0	995	10,4	17,0
Cabo Verde	67	25,7	34,9	40	15,4	21,3
Comores	110	33,4	51,7	76	23,1	39,1
Congo	304	16,8	27,2	191	10,5	17,6
Côte d'Ivoire	1601	15,9	26,9	1095	10,8	19,1
Eritreia	180	7,2	12,9	126	5,0	9,8
Etiópia	4648	11,5	18,8	3235	8,0	14,0
Gabão	130	17,9	24,4	76	10,5	14,6
Gâmbia	195	23,3	32,4	133	15,9	24,4
Gana	1736	26,4	39,5	2006	17,4	27,6
Guiné	1736	35,7	56,3	1217	25,0	41,7
Guiné-Bissau	185	23,3	35,1	130	16,4	26,0
Guiné Equatorial	59	17,8	25,0	41	12,3	18,5
Quêni	2454	12,7	23,4	1676	8,6	17,3
Lesoto	279	25,8	35,0	178	16,4	22,7
Libéria	487	25,5	41,8	341	17,9	31,2
Madagáscar	1553	16,2	27,2	1085	11,3	20,5
Malawi	2316	31,0	50,8	1621	21,7	38,3
Mali	1491	23,2	37,7	1010	15,7	28,4
Maurícias	98	15,20	12,9	64	9,9	8,2
Mauritânia	364	23,0	35,1	244	15,4	25,5
Moçambique	3690	32,1	50,6	2356	20,5	34,5
Namíbia	117	10,8	15,8	63	5,8	8,9
Níger	572	7,8	15,6	405	5,5	12,0
Nigéria	14550	19,3	33,0	9659	12,8	22,9
Uganda	3577	22,6	47,5	2464	15,6	34,9
República Centro-Africana	284	12,9	19,4	201	9,1	14,1
República Democrática do Congo	3839	11,8	21,3	2760	8,5	16,4
Ruanda	986	19,7	34,5	678	13,5	25,4
São Tomé e Príncipe	...	...	...	...	...	...
Senegal	1197	19,4	34,7	795	12,9	25,5
Seychelles	...	...	...	...	...	...
Serra Leoa	670	23,5	41,9	466	16,3	33,0
Suazilândia	198	33,1	50,0	116	19,4	31,4
Tanzânia	6241	29,3	50,9	4355	20,4	37,5
Chade	615	11,2	19,9	425	7,7	14,6
Togo	595	18,2	30,0	417	12,8	21,8
Zâmbia	1839	29,1	52,8	1276	20,2	38,6
Zimbabué	1855	28,8	47,4	1286	20,0	33,4

Notas :

- ...: Dados indisponíveis.
- TFI : Taxa em Função da Idade. A taxa bruta e a TFI são por 100 000.
- O número de casos de cancro e o número de óbitos são em valores absolutos.

Fonte : IARC, GLOBOCAN, 2008: <http://www-dep.iarc.fr>