

Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero

Sumário Executivo

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero

Sumário Executivo **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**

Rio de Janeiro, RJ
2010

© 2010 Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A reprodução, adaptação, modificação ou utilização deste conteúdo, parcial ou integralmente, são expressamente proibidos sem a permissão prévia, por escrito, do Instituto Nacional de Câncer e desde que não seja para qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/MS (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Tiragem: 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA)
Coordenação Geral
Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica
Rua dos Inválidos, 212 - 3º andar - Centro
20231-020 - Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3970-7412/7413
E-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br
www.inca.gov.br

Coordenação de Elaboração

Ana Maria Ramalho Ortigão Farias

Equipe de Elaboração

Ana Maria Ramalho Ortigão Farias
Maria Beatriz Kneipp Dias
Flávia de Miranda Corrêa
Itamar Bento Claro
Lissandra Andion de Oliveira
Marcos André Félix da Silva

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

g-dés

Ficha Catalográfica

Silvia Dalston

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Flama

Ficha Catalográfica

159p Instituto Nacional de Câncer (Brasil).
Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

40p.: il. color.

1. Neoplasias do colo do útero. 2. Prevenção & controle. 3. Saúde da mulher. 4. Detecção precoce de câncer. I. Título.

CDD-616.99466

Sumário

Grupo de Trabalho instituído pela Portaria 310/2010	04
Colaboradores	04
Cronograma de atividades	05
I Programa Nacional do Controle Câncer do Colo do Útero	08
1. Gestão.....	09
2. Acesso e cobertura	12
3. Qualidade dos exames citopatológicos.....	14
4. Acesso e qualidade do tratamento.....	15
5. Impacto na situação da saúde	16
6. Avaliação de novas tecnologias para a prevenção e controle do câncer do colo do útero de acordo com a realidade do Brasil	18
II Propostas para o aperfeiçoamento técnico e operacional do Programa e da gestão descentralizada do programa de rastreamento	22
Eixo 1: Fortalecimento do rastreamento organizado na atenção primária e da gestão descentralizada do programa de rastreamento.....	23
Eixo 2 – Garantia de qualidade do exame citopatológico.....	27
Eixo 3 – Garantia de tratamento adequado das lesões precursoras.....	30
Eixo 4 – Intensificação das ações de controle do câncer do colo do útero.....	32
Eixo 5 – Avaliação de alternativas de ações para o controle do câncer do Colo do útero	34
Referências Bibliográficas	36
Anexo: Portaria MS n 310, de 10 de fevereiro de 2010	38

Grupo de trabalho instituído pela portaria MS 310/2010

INCA

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva (coordenador)
Cláudio Pompeiano Noronha
Ana Maria Ramalho Ortigão
Olímpio Ferreira de Almeida
Maria Beatriz Kneipp Dias (suplente)
Lucília Maria Gama Zardo (suplente)
José Vicent Payá Neto (suplente)

SAS

Sandro José Martins
Maria Inez Pordeu Gadelha (suplente)
Elisabeth Suzana Wartchow
Claunara Shilling Mendonça (suplente)

SCTIE

Zich Moysés Junior
Flavia Tavares Silva Elias (suplente)

SVS

Eliane de Fátima Duarte
Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira (suplente)

ANVISA

Maria Ângela da Paz
Andressa Honorato de Amorim (suplente)

COLABORADORES

Ana Paula Reche Correa - SCTI
Carlos José Coelho de Andrade – INCA
Claudia Lima - INCA
Débora Cristina Malafaia Fernandes - INCA
Flávia Miranda Corrêa - INCA
Francisca Sonja Ale Girão Farias – SMS – Manaus
Itamar Bento Claro - INCA

ANS

Kylza Aquino Estrella
Claudia Soarez Zouain (suplente)

FIOCRUZ

Fabio Bastos Russomano
Maria José de Camargo (suplente)

CONASS

Edmur F. Pastorello
José Antonio Marques (suplente)

CONASEMS

Wilton Néri
Walter Lavinias (suplente)

FEBRASGO

Etelvino de Souza Trindade
Walquiria Quida Salles Pereira Primo
(suplente)

UF-PARÁ

Paulo Pimentel de Assumpção
Sonia Fátima da Silva Moreira (suplente)

Lissandra Andion de Oliveira - INCA
Marcos André Felix da Silva - INCA
Maria da Graça Cruz Vieira – SESPA – Pará
Maria Fátima Rossi – SESPA – Tocantins
Marília Muniz Cavalcante de Oliveira – SESPA
– Amazonas

Cronograma de atividades

- 25/03/10** - Apresentação do Relatório elaborado pelo INCA sobre a Região Norte.
- 15/04/10** - Apresentação da planilha elaborada pelos Técnicos da DARAO, intitulada:

“Os Avanços e Desafios do Programa de Câncer do Colo do Útero no Brasil” com a finalidade de contribuir à elaboração do documento final de avaliação do Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero.
- 13/05/10** - Apresentação dos estados da Região Norte convidados:

Pará: Maria da Graça Cruz Vieira

Tocantins: Maria Fátima Rossi

Amazonas: Marília Muniz Cavalcante de Oliveira
- 17/06/10** - Discussão sobre a incorporação de novas tecnologias
- 1 - Processo de Incorporação Tecnológica no MS – exposição de Zich Moyses Junior.
- 2 - Estado da Arte sobre Novas Tecnologias de Rastreamento para o Câncer do Colo do Útero – Flavia Miranda.
- 3 - Vacina Contra HPV: Recomendações atuais do MS – Claudio Noronha.
- 4 - Resultados dos Estudos “Patrícia e Future” – Paula Maldonado
- 5 - Evidências sobre Custo e Efetividade – Carlos José C. de Andrade.
- 01/09/10** - Apresentação, discussão e aprovação do Relatório do GT e suas proposições na Reunião do Colegiado de Dirigentes do Ministério da Saúde
- 26/11/10** - Lançamento do Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero.

Este relatório contém as conclusões do Grupo de trabalho constituído pela Portaria GM nº 310 de 10 de fevereiro de 2010 para realizar análise do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e formulação de propostas ao aprimoramento de suas ações.

I - Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero no Brasil baseia-se na detecção precoce deste câncer em mulheres assintomáticas, processo conhecido como rastreamento ou screening.

A literatura sobre rastreamento de câncer identifica como elementos essenciais de um programa com este objetivo os seguintes itens:

- Definição da população-alvo, método e intervalo de rastreamento; e meta de cobertura.
- Infraestrutura assistencial nos três níveis de atenção.
- Sistema de informação para monitorar todo o processo de rastreamento.
- Diretrizes de diagnóstico e tratamento estabelecidas.
- Processo de capacitação e treinamento continuados de profissionais de saúde.
- Informação para a população-alvo.
- Garantia da qualidade das ações.
- Compromisso técnico e político dos gestores para continuidades das ações.
- Garantia de suporte financeiro.

Para discussão dos avanços e desafios a serem enfrentados o grupo de trabalho organizou estes itens em 6 blocos de análise: gestão; acesso e cobertura do rastreamento; qualidade do exame citopatológico; acesso e qualidade do tratamento; indicadores de impacto do programa do câncer de colo e novas tecnologias de controle.

1. Gestão:

Até a década de 80 as ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil eram pontuais e as atividades de atenção à saúde da mulher eram voltadas para o período gravídico-puerperal. A partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)¹ foram incorporadas as ações de detecção precoce do câncer do colo do útero com a publicação de manuais técnicos e orientação a estados e municípios.

Na década de 90, as ações do controle do câncer no Brasil são consolidadas, sob coordenação do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e, em relação ao colo do útero, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PNCCU). Em 1996 foi realizado, pelo INCA/MS, o Projeto Piloto do “Programa Viva

Mulher” em 4 municípios e 1 estado visando ao controle do câncer do colo do útero, culminando em 1998 na 1ª Campanha Nacional de Rastreamento, através do exame Papanicolaou. No período de 1999 a 2001, as ações do Programa Viva Mulher foram expandidas aos 27 estados, através de convênio que possibilitou estruturação das coordenações estaduais.

Período de 1999 a 2001

Ações do Programa Viva Mulher foram expandidas aos 27 estados

Em 2002 ocorreu à segunda mobilização nacional para detecção precoce da doença visando, prioritariamente, captar, acompanhar e tratar as mulheres que nunca haviam realizado o exame citopatológico. Após estes dois momentos de intensificação, as ações foram consolidadas nos estados e Distrito Federal, com destaque para alguns avanços como: a padronização nacional dos laudos de exames; disseminação da técnica de cirurgia de alta frequência; ampliação da oferta do exame citopatológico; disponibilização de informações técnicas e gerenciais e a consolidação do Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO).

Com a publicação das Portarias GM/MS nº 2.439/2005 e GM 399/06 que instituíram, respectivamente, a Política Nacional de Atenção Oncológica e o Pacto pela Saúde, o controle do câncer do colo do útero passa a compor os planos de saúde estadual e municipal, como uma das metas prioritárias inseridas no termo de compromisso de gestão, envolvendo as diferentes esferas na responsabilização do controle deste câncer.

Em decorrência da persistência da relevância epidemiológica do câncer de colo do útero no Brasil e sua magnitude social, é instituído em 10 de fevereiro de 2010 o Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero. (Anexo 1)

Para a avaliação das ações de rastreamento conta-se desde 1999 com o SISCOLO, desenvolvido pelo INCA, em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que permite o acompanhamento dos indicadores de processo do programa, como, por exemplo, avaliar se a

Controle do câncer do colo do útero passa a compor os planos de saúde estadual e municipal

população-alvo está sendo atingida, estimar a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres rastreadas, obter dados sobre a qualidade da coleta de material, calcular o percentual de mulheres em tratamento após a realização do diagnóstico, dentre outros.

Entretanto, o sistema ainda apresenta algumas limitações para a implantação e gestão de um modelo de rastreamento de base populacional organizado. Como principal ponto fraco do sistema destaca-se a falta de cadastro das mulheres de forma a permitir o pareamento dos exames com uma determinada mulher na unidade de atenção primária.

O presente sistema faz a gestão de exames, não de mulheres, não permitindo assim identificar as usuárias da unidade de saúde que nunca foram rastreadas ou que não o estão sendo na periodicidade recomendada. A dificuldade de estruturação e manutenção de equipes gerenciais para o programa de rastreamento, seja nas secretarias estaduais de saúde (SES) seja nas secretarias municipais de saúde (SMS), tem representado um desafio permanente à sustentabilidade das ações, refletindo-se no processo de planejamento e pactuação, na política de qualificação de recursos humanos e na garantia da continuidade do cuidado.

Para o financiamento das ações de rastreamento, desde a implantação do programa em 1998, foram incluídos na Tabela de Procedimentos do SUS, novos procedimentos de modo a atender a linha de cuidados desde a coleta do exame preventivo até o tratamento. O financiamento destes, em momentos de intensificação, não foram inseridos nos tetos financeiros de estados e municípios, com destaque para os procedimentos de coleta, exame citopatológico e cirurgia de alta frequência, que até 2008, foram mantidos

nesta forma de financiamento (Fundo de Ações Estratégicas e Compensações - FAEC). Desde então, estes procedimentos foram incorporados, conforme suas especificidades, no teto financeiro da atenção básica e média complexidade. A existência de uma mesma fonte de financiamento para as ações de assistência e de rastreamento não é uma realidade nos demais países que fazem rastreamento organizado. Este modelo de financiamento estabelece inexoravelmente uma competição entre ações destinadas aos doentes e aos sadios (rastreamento) com natural prejuízo destes últimos, considerando que o sub financiamento do sistema de saúde leva à restrição de oferta.

A comunicação das recomendações do programa necessita de maior ênfase na divulgação das evidências que o embasam, com formulação de estratégias regionais para cobertura da população-alvo e articulação com movimentos sociais para criação de uma rede de mobilização objetivando o fortalecimento do controle social na prevenção do câncer de colo.

2) Acesso e cobertura:

No Brasil, o rastreamento populacional é recomendado prioritariamente para mulheres de 25 a 60 anos, através do exame de Papanicolaou, com periodicidade de três anos, após dois exames consecutivos normais, no intervalo de 1 ano². Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para se obter um impacto significativo na mortalidade por câncer do colo do útero a cobertura de rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo³.

Embora, estas recomendações tenham respaldo nas diretrizes da OMS e em evidências de programas europeus e norte americanos bem sucedidos,

Rastreamento
através do exame
de Papanicolaou

encontra-se resistência entre mulheres e profissionais de saúde na sua utilização, sendo o exame anual equivocadamente considerado uma prática mais eficaz e segura.

Para a estruturação do rastreamento organizado de base populacional, as ferramentas de informação, o modelo de financiamento e as práticas de convocação e registro de mulheres atualmente disponíveis são ainda insuficientes; conseqüentemente o modelo de rastreamento oportunístico predomina no país, apesar de apresentar menor custo-efetividade⁴.

Dados das Pesquisas Nacionais de Amostra de Domicílios (PNAD) informam que o percentual de mulheres na faixa etária alvo submetidas ao exame Papanicolaou pelo menos uma vez na vida aumentou de 82,6% em 2003 para 87,1% em 2008.

Corroborando estes dados registrou-se no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), no ano de 2008, as produções de 11,8 milhões de exames citopatológicos do colo do útero, dos quais mais de 70% foi realizado na população-alvo, representando um aumento de 46% na oferta em relação a 1998, ano da primeira campanha do Programa Viva Mulher. Através do SISCOLO percebe-se também um aumento do número de municípios que realizaram a coleta do exame citopatológico de 89,5% (2004/2005) para 95% (2007/2008), como reflexo da política de expansão da estratégia de saúde da família.

Quanto à periodicidade com que o exame citopatológico é ofertado, dados do SISCOLO apontam que, em 2008, aproximadamente 80% das mulheres informaram terem realizado alguma citologia anterior, das quais, 47% foram coletadas nos últimos 12 meses, com variação entre 42% na Região Sudeste e 55% na Região Nordeste. A oferta de exames pelo SUS atualmente seria suficiente para a cobertura da população feminina na faixa etária prioritária, porém observa-se que grande parte dos exames são ofertados como repetições desnecessárias em intervalos menores do que o recomendado.

3) Qualidade dos exames citopatológicos

A qualidade do exame citopatológico (teste de Papanicolaou) é condição fundamental para a garantia do programa de rastreamento⁵. O indicador de percentual de amostras insatisfatórias é utilizado para avaliar a qualidade da coleta e do preparo das lâminas, tanto na unidade de coleta como no laboratório. No Brasil como um todo, este indicador manteve-se estável entre 2002 e 2008, abaixo de 1,2%, ou seja, menor que o parâmetro da OMS (até 5%). A Região Norte apresenta este indicador acima da média nacional, porém com tendência de queda de 3,4% para 1,5% no período citado (SISCOLO).

Apesar deste quadro favorável observa-se que em alguns estados das regiões Norte e Nordeste mais de 30% dos municípios apresentam índice de amostras insatisfatórias acima de 5% (SISCOLO).

A literatura e a experiência dos países com programas de rastreamento organizado de base populacional apontam que a escala de produção é de grande relevância para a qualidade da leitura das lâminas de exame colpocitológico. Nestes países a implantação do rastreamento foi acompanhada de uma política de centralização dos laboratórios. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) recomenda que um laboratório de excelência, para manutenção de padrões de qualidade, necessita apresentar uma produção mínima de 15.000 exames/ano⁶. No Brasil, entre os laboratórios que prestaram serviços ao SUS em 2008, apenas 15% de um total de 1.116 unidades apresentaram produção acima deste limiar. Com produção acima de 10.000 exames/ano estão 25% dos laboratórios e 58% realizam menos de 5.000 exames/ano. Este último percentual é de 70% na Região Norte, o que configura um obstáculo à obtenção de expertise técnica na leitura das lâminas de citopatologia (SISCOLO).

O monitoramento de qualidade dos exames citopatológicos foi definido através da Portaria SPS/SAS nº 92 de 16/10/2001, no entanto, o monitoramento externo da qualidade, essencial nos programas organizados, não foi amplamente implantado no país. Ressalte-se que o SISCOLO possui funcionalidades para gerenciamento do controle de qualidade dos laboratórios e dos exames.

4. Acesso e qualidade do tratamento:

Desde 2002 existem diretrizes padronizadas para a abordagem dos exames citopatológicos alterados, as quais foram atualizadas em 2006². Estas diretrizes recomendam o tratamento ambulatorial das lesões de alto grau em unidades de nível de atendimento secundário, por meio de exérese da zona de transformação (EZT) por cirurgia de alta frequência (CAF), permitindo o tratamento imediato das lesões após confirmação colposcópica do diagnóstico – prática chamada “Ver e Tratar”. O objetivo desta estratégia é facilitar o acesso das mulheres ao tratamento e diminuir possibilidades de perdas no seguimento. Constata-se, entretanto, que a adesão médica a estas recomendações é baixa, sendo frequente o encaminhamento das mulheres com lesões de alto grau para realização do procedimento em regime de internação. Dentre as razões levantadas para esta conduta, lista-se o pagamento diferenciado quando ocorre internação com registro do procedimento como conização e a alegação de insegurança técnica pelos profissionais na execução do procedimento ambulatorial.

A oferta de exames de confirmação diagnóstica e tratamento ambulatorial, segundo os registros do SIA é inferior à esperada tendo como base o número de citopatológicos realizados e a taxa de detecção de lesões de alto grau na população, registrada no SISCOLO. Além do encaminhamento inadequado de pacientes para internação, existem perdas no acompanhamento de mulheres com lesão de alto grau, comprometendo o sucesso do rastreio. Ressalta-se que o percentual médio de seguimento/tratamento informado é de apenas 9% no país (SISCOLO), demonstrando que poucos gestores acompanham os resultados do seguimento e tratamento das mulheres, apesar da existência de módulo para tal no sistema de informação.

No tratamento do câncer invasor a recomendação é de encaminhamento para as Unidades ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON/CACON), sendo condição de habilitação de hospitais gerais para tratamento de câncer a oferta de tratamento para os cânceres mais prevalentes, dentre eles o câncer de colo de útero. A oferta de braquiterapia no país aumentou consideravelmente nos últimos anos, podendo-se afirmar que, com exceção de situações

pontuais, não existe déficit de oferta desta modalidade de radioterapia em nenhuma região considerando para cálculo da necessidade do equipamento HDR, o número total estimado de casos novos de câncer do colo do útero e do útero, porção não especificada, pela capacidade de produção do equipamento⁷.

5) Impacto na situação de saúde

Como resultado das ações observa-se uma diminuição no diagnóstico de lesões invasoras (carcinoma invasor) com aumento da detecção de lesão de alto grau; o indicador razão lesão de alto grau/carcinoma invasivo no exame citopatológico foi 8,3 em 2000 e aproximadamente 12 em 2008 (SISCOLO). Tais resultados terão impacto na incidência do câncer do colo do útero na dependência do tratamento adequado das lesões de alto grau.

O objetivo do rastreamento do câncer do colo do útero é reduzir sua incidência e mortalidade. Estima-se que em 2010 ocorram 18.430 casos novos de doença invasiva o que representa 18 casos por 100.000 mulheres⁷. Embora seja o segundo tumor mais frequente nas mulheres brasileiras chama atenção a existência de grandes variações regionais. Na Região Norte é o câncer mais frequente, com 24,3% de todos os casos de câncer feminino, ao passo que na Região Sudeste ele é o terceiro tumor mais frequente, com 7,8% do total de casos novos nas mulheres. Nas capitais dos estados da Região Norte a sua incidência estimada é de 39,6 casos por 100 mil, ou seja, maior que o dobro da média nacional.

Nas cidades brasileiras cobertas pelos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) as taxas de incidência ajustadas por idade pela população mundial variam de 56,2 em Manaus e Palmas a 11,5 casos por 100 mil mulheres em Jaú. Nesta variação de taxas para diferentes cidades brasileiras verifica-se que a mediana está próxima de 24,5 casos por 100 mil mulheres.

Em 2007 foram registrados 4.691 óbitos no país por esta neoplasia (Sistema de Informação de Mortalidade - SIM). Nas últimas três décadas observa-se que as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero se mantêm praticamente constantes. No entanto, para a análise de tendências temporais de mortalidade

por causas específicas deve-se considerar a expressiva melhora no SIM, principalmente no interior, que a partir dos anos 90 apresentou um decréscimo no percentual de causas mal definidas de 55% e 80% nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente; este fato pode ter influenciado na tendência, deixando-se de captar uma redução real nas taxas de mortalidade.

Nas capitais brasileiras o cenário é diferente, com decréscimo das taxas padronizadas pela população mundial de 8,4 em 1980 para 5,4/100 mil mulheres em 2007, como resultado do maior acesso ao diagnóstico e tratamento. Assim como ocorre na incidência, também há importante variação nas taxas de mortalidade em sua distribuição geográfica, com maior risco de morrer entre as mulheres da Região Norte. Em 2007 foram registrados 458 óbitos por câncer do colo do útero nesta região, representando uma taxa bruta de 6,4/100 mil e padronizada pela população mundial, de 8,6 óbitos por 100 mil mulheres. Apesar de representarem 10% dos óbitos por câncer de colo do útero do país, o risco de morrer por esta neoplasia é 32% superior à média nacional, o que faz do câncer do colo do útero a primeira causa de morte por neoplasia maligna na Região Norte. Nas Regiões Sul e Sudeste o câncer do colo do útero ficou em sexto e quinto lugar, respectivamente, entre as mortes por neoplasias em mulheres em 2007.

Foram registrados
4.691 óbitos no país

6. Avaliação de novas tecnologias para a prevenção e controle do câncer de colo do útero de acordo com a realidade do Brasil:

A discussão sobre a incorporação da vacina contra HPV no Brasil foi feita de forma integrada, levando em consideração as sugestões e recomendações elaboradas pelo grupo de trabalho anterior, designado com este objetivo em dezembro de 2006 através da Portaria Nº 3.124/GM⁸. Esta discussão considerou as duas vacinas atualmente disponíveis e aprovadas pela ANVISA para uso no Brasil, sendo uma quadrivalente (Gardasil, Merck®) e outra bivalente (Cervarix, Glaxo-Smith-Kline®) com fim de prevenção primária para câncer do colo de útero.

A avaliação das evidências científicas disponíveis até o momento relacionadas à vacinação contra o HPV⁹⁻¹³ indica que:

- Ambas as vacinas são profiláticas, isto é, a proteção conferida é maior quando aplicada em mulheres livres da infecção, ou, antes do início da vida sexual.
- Não há diferença de eficácia entre as duas vacinas em relação à prevenção de lesões intraepiteliais cervicais.
- Dificuldades de adesão ao esquema vacinal apontam para efetividade menor do que aquela observada nos ensaios clínicos.
- Ainda existem lacunas de conhecimento relacionadas à duração da eficácia, à eventual necessidade de dose de reforço e à proteção cruzada.
- A abrangência da proteção conferida pela vacina é dependente da proporção dos tipos 16 e 18 de HPV prevalentes na população.
- A vacinação não exclui a necessidade do rastreamento e causa impacto significativo no custo do sistema de saúde sem correspondente economia para as ações de rastreamento.
- A redução da prevalência de lesões intraepiteliais cervicais aponta para necessidade de utilização de testes mais sensíveis e específicos para o rastreamento de populações vacinadas.

- As desigualdades existentes de acesso ao rastreamento poderão ser perpetuadas no wacesso as vacinas.

Ademais, em função da própria história natural da doença¹⁴, espera-se um impacto da vacinação na redução do câncer em 30-40 anos. No entanto há necessidades atuais na perspectiva do controle do câncer de colo uterino que podem ser atendidas pela ampliação e qualificação do rastreamento e tratamento das lesões precursoras e dos casos de câncer detectados, que podem ter impacto na redução da mortalidade em aproximadamente 10 anos, principalmente na população com maior incidência deste tipo de câncer³.

Adicionalmente foram prestados esclarecimentos sobre os processos de incorporação tecnológica no âmbito de Ministério da Saúde e, conseqüentemente, o grupo concluiu que a incorporação da vacina contra HPV na realidade atual não é factível, pois levaria à inviabilidade do equilíbrio no financiamento do SUS.

O grupo também considerou prudente se esperar o resultado do estudo que se encontra em desenvolvimento, financiado pelo DECIT/MS, sobre custo-efetividade da vacina no Brasil. Os resultados deste estudo podem ser conclusivos para uma decisão futura sobre o tema.

Quanto à orientação de incorporação tecnológica para uma futura produção nacional por laboratórios públicos que já produzem outras vacinas no Brasil, o grupo também sugeriu cautela em função da existência de estudos que avaliam a disponibilidade, prevista para os próximos anos, de uma nova geração de vacinas contra HPV mais efetivas que as atuais.

Quanto aos métodos diagnósticos empregados para o rastreamento, também foi apresentada uma revisão sobre eficácia e custo-efetividade.

As evidências científicas disponíveis apontam que a citologia em meio líquido ou automatizada, além de mais caras, não apresentam melhor desempenho quando comparadas com a técnica convencional¹⁵. Entretanto, a automação^{16,17} pode ser considerada uma alternativa para áreas carentes de profissionais especializados. Foi aventada a possibilidade de desenvolvimento de pesquisa nessa linha.

A técnica de inspeção visual simples com ácido acético é mais sensível e menos específica que a citologia, tendo como vantagens o baixo custo, execução por profissionais não médicos e resultado imediato¹⁸⁻²⁰. Foi também apresentada a possibilidade de disponibilização do teste de DNA-HPV por autocoleta para mulheres não aderentes ao rastreamento²¹⁻²³. Até hoje o uso deste método no Brasil foi experimental e pontual, tendo maior custo que o teste de Papanicolaou.

O teste de detecção de DNA-HPV oncogênico comprovadamente apresenta maior sensibilidade e menor especificidade do que a citologia e, portanto, sua utilização para o rastreamento está sendo proposta nos países desenvolvidos, com triagem citológica dos casos positivos^{24,25}. No Brasil esta estratégia ainda não foi analisada.

Estudo realizado no país em 2005, comparando o teste de Papanicolaou com novas tecnologias de rastreamento do câncer cérvico-uterino na perspectiva do SUS, concluiu que embora o teste de Papanicolaou possa ser mais custo-efetivo, o teste de detecção de DNA-HPV oncogênico pode vir a mostrar melhor razão de custo-efetividade na dependência dos preços praticados no setor de saúde²⁶. Embora exista a possibilidade de redução de custos dos testes de DNA-HPV, os mesmos são dependentes de tecnologia estrangeira e vale ressaltar ainda que para a implantação de uma nova tecnologia, como parte do programa de controle do câncer do colo do útero, é necessário verificar este impacto também do ponto de vista estrutural. A modificação de rotinas já estabelecidas implica, entre outros, em custos não previstos, perda de produtividade temporária e necessidade de treinamento e capacitação de recursos humanos para a reorganização da assistência. Assim, apenas a garantia de acesso a um exame sensível de rastreamento não é suficiente para impactar na redução da mortalidade, objetivo principal de todo programa de rastreamento.

O teste rápido de detecção de DNA-HPV oncogênico despertou interesse por apresentar baixa densidade tecnológica e poder ser realizado por equipe de generalistas sem especialização laboratorial, após treinamento básico²⁷⁻²⁸. O em-

prego deste teste poderia ser viável em regiões remotas, sem acesso regular à assistência, como em áreas ribeirinhas da Região Norte, aplicado por equipes fluviais de saúde da família. Nos casos positivos, o teste rápido poderia ser associado imediatamente à inspeção visual simples com ácido acético e ao método “Ver e Tratar”. Essa estratégia foi considerada uma metodologia de rastreamento merecedora de avaliação através de projeto de pesquisa, dependente de colaboração com a Fundação Bill e Melinda Gates e com o laboratório produtor, pois o teste rápido encontra-se em fase de pré-qualificação, indisponível comercialmente.

Teste de detecção
de DNA-HPV
oncogênico.

Apresenta maior sensibilidade
e menor especificidade do
que a citologia

II - Propostas para o aperfeiçoamento técnico e operacional do Programa

Assumindo a competência para a qual foi constituído, o Grupo de Trabalho elaborou propostas para o aperfeiçoamento técnico e operacional do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. As proposições foram realizadas após ampla análise do cenário nacional, com avaliação da estrutura e das estratégias para alcançar os objetivos de redução das taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero preconizados pelo programa. As propostas apresentadas pelo grupo de trabalho foram sistematizadas pelos redatores em 5 eixos e apresentadas de acordo com a prioridade estabelecida:



Eixo 1:

Fortalecimento do rastreamento organizado na atenção primária e da gestão descentralizada do programa de rastreamento.

1.1) Mudar o modelo de financiamento:

- repasse do custeio dos exames de rastreamento para o teto da SVS do pagamento de citopatologia;
- inclusão de recursos para o gerenciamento do programa de rastreamento;
- definição de financiamento para o controle de qualidade da citopatologia.

1.2) Aprimorar o SISCOLO através de:

- criação de cadastro das mulheres e/ou interface com os sistemas de cadastros da atenção primária;
- garantia de exames linkados às mulheres cadastradas



- identificação do tempo decorrido do último exame e da necessidade de novo convite para rastreamento (periodicidade)
- emissão de convites e/ou listas para as mulheres realizarem os exames
- desenvolvimento do sistema web
- emissão de laudo do SISCOLO via web (assinatura eletrônica)

1.3) Fortalecer a descentralização da gestão:

- a) Criar Comitê ou Câmara Técnica no nível federal (manutenção do GT - Port. 310) e estimular a estruturação de comitês estaduais e municipais
- b) Ampliar a interlocução com o CONASS e CONASEMS apresentando as ações de controle do câncer do colo do útero como pauta nas reuniões das câmaras técnicas da CIT e buscar a aprovação das propostas no Conselho Nacional de Saúde.
- c) Realizar oficinas para Treinamento Gerencial do Sistema de Informação
- d) Incluir o tema do controle do câncer do colo do útero nos cursos de gestão descentralizados promovidos por órgãos formadores de RH para o SUS
- e) Identificar as deficiências e equipar as SES para a realização de videoconferências e EAD. (aquisição de aparelhos de vídeo conferências, articulação com rede RUTE)
- f) Realizar seminário com representantes estaduais para avaliação das ações de controle do câncer do colo do útero, envolvendo as equipes gerenciais de Saúde da Mulher, de Atenção Primária e das Ações de Controle de Câncer.

1.4) Fortalecer as parcerias e ampliar a divulgação das recomendações e condutas para o controle do câncer do colo do útero

- a) oficializar a rede Rede Colaborativa para Prevenção do Câncer do Colo do Útero e ampliar suas parcerias
- b) ampliar parceria com a ABG, Febrasgo, Sociedade de Medicina de Família e Comunidade (SMFC), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), So-

cidade Brasileira de Citopatologia e outras entidades profissionais envolvidas na ampliação da cobertura e qualidade do rastreamento

- c) apoiar a realização de eventos das Sociedades parceiras
- d) fortalecer estratégias que promovam o intercâmbio de experiências entre as instâncias do controle social do SUS, particularmente com o movimento organizado de mulheres

1.5) Divulgar intensivamente as recomendações e condutas:

- a) Incluir no calendário do Ministério da Saúde de ações publicitárias previstas para 2011 a campanha “Ano de Controle do Câncer do Colo do Útero”, com ações direcionadas a profissionais de saúde e gestores (recomendações e condutas) e para esclarecimento da população (recomendações);
- b) Promover ações pré-campanha para gestores/profissionais de saúde;

**Aprovação das propostas nos
Conselhos de Saúde.**

Ampliar a interlocução com o
CONASS e
CONASEMS

- c) Promover ações de sustentação da campanha para todos os públicos ao longo do ano, com apoio e ação coordenada das assessorias de imprensa do MS e INCA;
- d) Estabelecer no calendário anual do Ministério da Saúde a Semana de Prevenção do Câncer do Colo do Útero.

1.6) Fortalecer a formação e qualificação dos profissionais de saúde envolvidos nas ações do rastreamento organizado

- a) incorporação das metodologias de ensino à distância ou outras formas de ensino/aprendizagem adequadas às diferentes realidades;
- b) produção de material educativo adequado para EAD sobre o controle do câncer do colo do útero;
- c) produção de material para apoio à qualificação dos agentes comunitários de saúde.

1.7) Aprimorar as informações epidemiológicas do câncer do colo do útero nos sistemas nacionais SIM, RHC, RCBP

1.8) Intensificar a articulação com as redes de conhecimento (universidades e grupos de pesquisas) e fortalecer políticas de pesquisas na área de controle do câncer do colo do útero.

- a) priorizar junto aos órgãos de fomento as pesquisas na área de controle do câncer do colo do útero com foco em avaliação das ações do programa nos diferentes níveis de atenção

Eixo 2:

Garantia de qualidade do exame citopatológico

2.1) Desenvolver uma política para a indução de escala de produção de exames citopatológicos como estratégia de melhoria de expertise técnica;

- a) estabelecer linha de financiamento para estruturação de laboratórios de citopatologia de grande porte;
- b) promover o critério de produção anual mínima de 15 mil exames citopatológicos por laboratório, como um dos critérios de regionalização da rede, evitando a pulverização da oferta de exames no SUS.

2.2) Reestruturar e implantar o Programa de Monitoramento Interno e Externo da Qualidade do Exame Citopatológico (MIQ e MEQ):

- a) implantar uma política de certificação e credenciamento de laboratórios de citopatologia no SUS;
- b) estabelecimento de indicadores e parâmetros para o monitoramento interno da qualidade;
- c) estabelecimento de critérios para a implantação do monitoramento externo de acordo com a realidade local;

15 mil exames citopatológicos por laboratório

2.3) Qualificar a coleta do exame citopatológico por meio de estratégias de educação permanente para os profissionais da rede básica,

- a) produzir vídeo dirigido aos profissionais da atenção primária para a coleta adequada do material citológico do colo do útero;
- b) realizar ações de capacitação nos municípios com índices elevados de insatisfatoriedade e percentuais reduzidos de representatividade da amostra.

2.4) Ampliar a oferta de cursos de formação de técnicos em citologia através do Programa de Formação de Profissionais Técnicos em Saúde -PROFAPS



Eixo 3:

Garantia de tratamento adequado das lesões precursoras

3.1) Implantar Centros Qualificadores de Ginecologistas para Assistência Secundária às Mulheres com Lesões Intraepiteliais do Colo do Útero para qualificação de ginecologistas que trabalham nas unidades secundárias e apoio ao gestor na organização e programação da oferta de serviços;

3.2) Consolidar a Rede Colaborativa para Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero, constituída pelos Centros Qualificadores, Unidades de Referência para tratamento de lesão precursora e coordenações estaduais de controle do câncer do colo do útero;

3.3) Estabelecer linha de financiamento para as secretarias de saúde para ampliação e estruturação da rede de referência secundária, no diagnóstico e tratamento das lesões precursoras, considerando a necessidade e a oferta de serviços existentes;

3.4) Criar processo de certificação para as unidades de referência secundária.

3.5) Revisar e atualizar as diretrizes clínicas para o controle do câncer do colo do útero com base nas evidências científicas disponíveis.

3.6) aperfeiçoar os processos regulatórios na linha de cuidados para o controle do câncer do colo do útero:

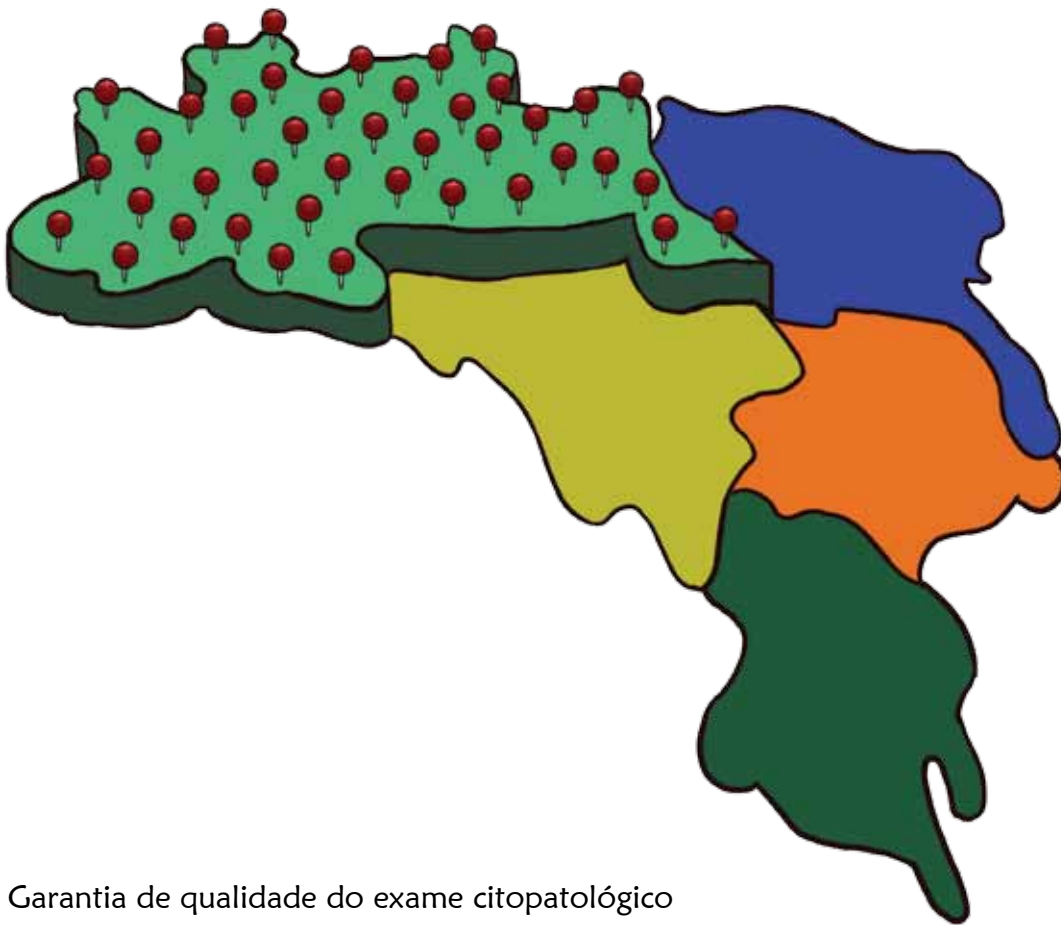
- a)** estabelecimento e publicação de parâmetros de programação para oferta de procedimentos da linha de cuidados para o controle do câncer do colo do útero (Colposcopia/biópsia/EZT/ Conização);
- b)** pautar na CIB a adequação dos mecanismos de regulação à linha de cuidados para prevenção e tratamento do câncer do colo do útero



Eixo 4:

Intensificação das ações de controle do câncer de colo do útero na Região Norte:

- 4.1) Fortalecimento do rastreamento organizado na atenção primária e da gestão descentralizada do programa de rastreamento
- a) oficinas regionais para Treinamento Gerencial do Sistema de Informação;
 - b) realização de oficinas nos estados da região norte envolvendo secretarias estaduais e das capitais para acompanhamento dos planos estaduais
 - c) realização de seminário regional sobre as ações de controle do câncer do colo do útero, envolvendo as equipes gerenciais de Saúde da Mulher, de Atenção Primária, das Ações de Controle de Câncer e outras com o objetivo de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado;
 - d) criação de Comitês ou Câmaras Técnicas nos estados da Região Norte envolvendo representantes de diferentes áreas relacionadas ao controle do câncer (atenção primária, controle e avaliação, vigilância, saúde da mulher, assistência, etc).
 - e) fortalecer estratégias que promovam o intercâmbio de experiências entre as instâncias do controle social do SUS
 - f) ampliar a integração com Forças Armadas em sua atuação junto a populações de fronteira e ribeirinhas, para repasse de informações e adoção de protocolos únicos de conduta
 - g) utilizar unidades móveis de rastreamento em locais com difícil acesso à atenção básica.
 - h) aprimorar as informações epidemiológicas sobre câncer do colo do útero com objetivo de avaliação de impacto da iniciativa de intensificação



4.2) Garantia de qualidade do exame citopatológico

- a) financiar a implantação de um laboratório de citopatologia de grande porte (mais de 60.000 exames /ano) no Estado do Pará
- b) implantação de monitoramento externo de qualidade dos laboratórios nos estados AM, PA, AP, TO, RR, RO, AC
- c) avaliação de viabilidade de automação de laboratórios na região Norte para ampliação de oferta e monitoramento de qualidade

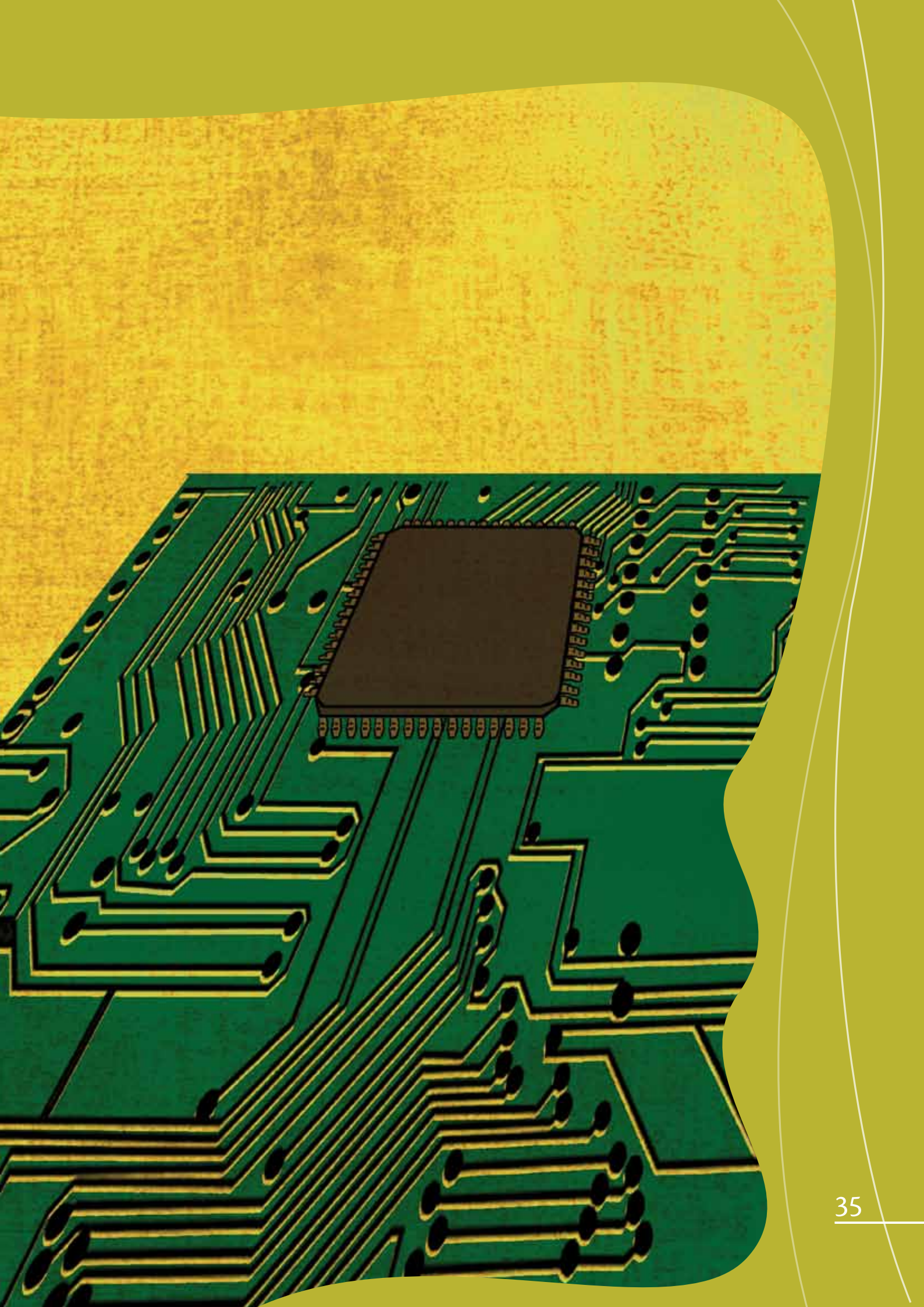
4.3) Garantia de tratamento adequado das lesões precursoras

- a) implantar Centros Qualificadores de Ginecologistas para Assistência Secundária às Mulheres com Lesões Intraepiteliais do Colo do Útero na Região Norte, para qualificação de ginecologistas que trabalham nas unidades secundárias e apoio ao gestor na organização e programação da oferta de serviços
- b) Priorizar a Região Norte no estabelecimento de linha de financiamento para as secretarias de saúde para ampliação e estruturação da rede de referência secundária, no diagnóstico e tratamento das lesões precursoras, considerando a necessidade e a oferta de serviços existentes;

Eixo 5:

Avaliação de alternativas de ações para o controle do câncer de colo

- a) realizar estudos-piloto sobre alternativas tecnológicas de rastreamento para populações muito afastadas de grandes centros, onde a metodologia convencional encontra barreiras para implantação.
- b) financiar linhas de pesquisas para avaliação de custo-efetividade de citologia automatizada, na perspectiva de desenvolvimento de escala de produção para laboratórios selecionados.
- c) orientar gestores sobre as consequências da adoção não criteriosa do uso das vacinas com possível impacto negativo desta prática na alocação de recursos financeiros disponíveis para a assistência à saúde



Referências Bibliográficas

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher - bases de ação programática. Ministério da Saúde/Brasília, 1984.

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas - recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro - INCA, 2006.

3 - WHO. World Health Organization. National cancer control programmes - policies and managerial guidelines. - 2nd. ed. Geneva - WHO, 2002.

4 - Adab P et al. Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening - comparison with organized screening. *Med Care* 2004;42(6) - 600-9.

5 - Wiener HG et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening - recommendations for cytology laboratories. *Cytopathology* 2007;18(2) -67-78.

6 - Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulo de citología - procedimientos. Washington, D.C. - OPS, 2000.

7 - Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010 - Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro - INCA; 2009.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Parecer sobre a vacina contra HPV. Relatório do Grupo de Trabalho para Avaliação da Incorporação da Vacina contra HPV, instituído pela Portaria 3124 de 7 de dezembro de 2006. Brasília - INCA, SAS, SVS, SCTIE, abril de 2007.

9 - FUTURE II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *N Engl J Med* 2007;356(19) -1915-27.

10 - GlaxoSmithKline Vaccine HPV-007 Study Group. Sustained efficacy and immunogenicity of the human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine - analysis of a randomised placebo-controlled trial up to 6.4 years. *Lancet* 2009;374(9706) -1975-85.

11 - Paavonen J et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA) - final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet* 2009;374(9686) -301-14.

12 - WHO position paper. Human papillomavirus vaccines. *Weekly epidemiological record* 2009, 84, 118-131. Disponível em <http://www.who.int/wer>

13 - WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Cancers in Brazil. Summary Report 2010. [Acessado em 17/Abril/2010]. Disponível em - www.who.int/hpvcentre

14 - International Agency of Research on Cancer Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 2007; 90 - 1-636.

15 - Arbyn M et al. Liquid compared with conventional cervical cytology - a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2008;111(1) -167-77.

16 - Nieminen P et al. Randomized evaluation trial on automation-assisted screening for cervical cancer - results after 777,000 invitations. *J Med Screen* 2007;14(1) -23-8.

17 - Bibbo M, Wilbur D. *Comprehensive Cytopathology*. Philadelphia - Elsevier; 2008.

18 - Gaffikin et al. Performance of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening - a qualitative summary of evidence to date. *Obstet Gynecol Surv* 2003;58(8) -543-50.

19 - Wright TC. Cervical Cancer Screening Using Visualization Techniques. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;31 -66-71.

20 - Arbyn M et al. Pooled analysis of the accuracy of five cervical cancer screening tests assessed in eleven studies in Africa and India. *Int J Cancer* 2008;123(1) -153-60.

21 - Petignat P. Are self-collected samples comparable to physician-collected cervical specimens for human papillomavirus DNA testing? A systematic review and metaanalysis. *Gynecol Oncol* 2007;105(2) -530-5.

22 - Oliveira R. Adesão ao método de autocoleta para rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero [Dissertação de Mestrado]. Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, IFF-FIOCRUZ; 2008.

23 - Gök M. HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening - cohort study. *BMJ* 2010;340 -c1040.

24 - Cuzick J et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer* 2006;119(5) -1095-101.

25 - Leinonen et al. Age-specific evaluation of primary human papillomavirus screening vs conventional cytology in a randomized setting. *J Natl Cancer Inst* 2009;101(23) -1612-23.

26 - Caetano R et al. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. *Rev. Saúde Coletiva*; 16(1) -99-118, 2006.

27 - Gravitt PE et al. New technologies in cervical cancer screening. *Vaccine* 2008;26 Suppl 10 -K42-52.

28 - Qiao YL et al. A new HPV-DNA test for cervical-cancer screening in developing regions - a cross-sectional study of clinical accuracy in rural China. *Lancet Oncol* 2008;9(10) -929-36.

ANEXO 1:



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 310, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2010

Institui Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a persistência da relevância epidemiológica do câncer de colo do útero no Brasil e sua magnitude social;

Considerando a dificuldade da maioria dos Estados federativos em alcançar a meta pactuada de razão entre exames citopatológicos e população-alvo, conforme demonstrado pelo monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, referentes ao câncer de colo uterino para o ano de 2008;

Considerando a necessidade de se ampliar a participação da atenção básica no rastreamento organizado da população brasileira e seguimento dos casos detectados de câncer de colo do útero;

Considerando a necessidade de ampliar o acesso das mulheres com lesões intraepiteliais cervicais de alto grau aos cuidados de média e alta complexidade;

Considerando a necessidade de rever sistematicamente as informações obtidas a partir dos bancos de dados disponíveis; e

Considerando a necessidade de avaliar novas tecnologias para a prevenção e controle do câncer de colo de útero, resolve:

Art. 1º Instituir Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero.

Art. 2º Definir que compete ao Grupo de Trabalho:

- I avaliar os resultados do Programa Nacional de Controle Câncer de Colo do Útero, correlacionando seus indicadores de processo e gestão com a evolução das curvas de incidência e mortalidade, nacional e regionalmente;
- II indicar, de modo sistemático, pontos fortes e fracos do atual Programa;
- III elaborar propostas de aperfeiçoamento técnico e operacional do Programa;
- IV elaborar proposta de ação dirigida às regiões de mais altas taxas de incidência e de mortalidade; e
- V avaliar o estado da arte de novas tecnologias para a prevenção e controle do câncer de colo do útero e propor estudos dirigidos para a realidade do Brasil;

Art. 3º Estabelecer que o Grupo de Trabalho será integrado pelos representantes dos seguintes órgãos e entidades:

I - do Ministério da Saúde - MS:

- a) três representantes do Instituto Nacional de Câncer - INCA;
 - b) dois representantes da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;
 - c) um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE; e
 - d) dois representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS.
- II um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
 - III um representante da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ;
 - IV um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;
 - V um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;
 - VI um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

VII um representante da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; e

VII um representante da Universidade Federal do Pará.

§ 1º O Instituto Nacional de Câncer será responsável pela coordenação técnica e administrativa necessária ao desenvolvimento das atividades deste Grupo de Trabalho.

§ 2º Os membros do Grupo de Trabalho, titulares e suplentes, serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades, ao Ministério da Saúde.

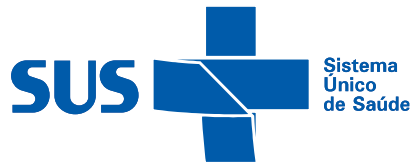
§ 3º O Grupo de Trabalho poderá convidar entidades ou especialistas que atuem em atividades relacionadas à prevenção e controle de câncer de colo do útero, sempre que entenda necessária a sua colaboração.

§ 4º A colaboração dos membros do Grupo de Trabalho não será gratificada ou remunerada.

Art. 4º Estabelecer que o Grupo de Trabalho deverá apresentar o seu relatório ao Ministério da Saúde em até 90 (noventa) dias, a contar da data da publicação desta Portaria.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO



**Ministério
da Saúde**

**Governo
Federal**

