



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de junho de 2007

---

*Tema 4.9 da agenda provisória*

CE140/14 (Port.)  
29 de maio de 2007  
ORIGINAL: INGLÊS

### ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO REGIONAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

**América Latina e Caribe, 2008-2015**

#### **Introdução**

1. O câncer do colo do útero é a principal causa de mortes por câncer entre as mulheres na América Latina e no Caribe (ALC) (1). Esta Região tem uma das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero mais elevadas do mundo, juntamente com a África Subsaariana e o Sudeste da Ásia. Apesar de sua natureza preventiva, persiste como um problema de saúde pública significativo, em que é calculado que 72.000 novos casos e 33.000 mortes ocorrem anualmente entre mulheres na ALC (1).

2. A incidência de câncer do colo do útero e as taxas de mortalidade na ALC são sete vezes maiores que aquelas observadas na América do Norte. O maior ônus da morbidade é sofrido pelas mulheres do Caribe e da América Central, com taxa de mortalidade estimada em 16 por 100.000 e 15 por 100.000, respectivamente (1). O Haiti tem a taxa de mortalidade de câncer do colo do útero mais elevada da Região (48 por 100.000 mulheres) (ver anexo).

#### **Antecedentes**

3. O maior fator de risco do câncer do colo do útero é a infecção persistente com certos tipos de vírus Papiloma Humano (HPV). Esses vírus são as infecções virais mais comuns transmitidas sexualmente, afetando homens e mulheres diferentemente. Outros fatores de risco de câncer do colo do útero incluem a alta paridade, o alto número de parceiros sexuais, o início precoce da atividade sexual, as baixas condições sócio-econômicas e o tabagismo. Em 2006, as vacinas contra o HPV foram liberadas comercialmente, fornecendo prevenção básica contra o vírus que pode capacitar as mulheres a prevenir o HPV. Esta é uma oportunidade para a Região desenvolver uma

estratégia abrangente para a prevenção e o controle de câncer do colo do útero. Entretanto, a viabilidade econômica da vacina representa um desafio.

4. O câncer do colo do útero também pode ser prevenido fazendo-se triagem nas mulheres assintomáticas para as lesões cervicais pré-cancerosas e tratando as lesões antes que progridam para o câncer invasor. A triagem com citologia (teste de Papanicolaou) foi implementada nas Américas há cerca de 30 anos, mas os países da ALC não tiveram as mesmas diminuições nas taxas de mortalidade observadas na América do Norte (ver anexo). A razão principal é a dificuldade de expandir e manter os programas de triagem de alta qualidade, particularmente devido a: (a) desafios para conseguir cobertura de triagem de mulheres da faixa etária em risco, ou seja, aquelas com mais de 30 anos; (b) má qualidade dos resultados do teste Papanicolaou; e (c) diagnóstico e tratamento incompletos de mulheres que receberam resultado positivo.

5. Os fatores que levaram aos fracassos dos programas de triagem na ALC relacionam-se aos fatores dos serviços de saúde, bem como ao status sociocultural, econômico e educacional das mulheres e sua etnia. Tais fatores também incluem:

- pouca conscientização entre mulheres e homens sobre a importância da triagem;
- acesso limitado aos serviços de diagnóstico e tratamento para pré-câncer;
- capacidade inadequada de tratamento cirúrgico e de radioterapia para mulheres diagnosticadas com câncer invasor; e
- incapacidade para assegurar e manter serviços de qualidade.

6. Também contribuem para o problema fatores socioculturais, econômicos, educacionais e étnicos das mulheres; a coordenação e desempenho deficientes do sistema de saúde; a comunicação inadequada entre os provedores e clientes; e a influência agravada do HIV.

7. Desde 1999, a OPAS vem trabalhando em parceria com a Aliança para a Prevenção de Câncer do Colo do Útero (ACCP), com apoio financeiro da Fundação de Bill e Melinda Gates para abordar este problema de saúde pública. Projetos de demonstração foram estabelecidos sobre novos enfoques à triagem e ao tratamento de pré-câncer no Peru, El Salvador e Suriname. Foram também fornecidas assistência técnica e financeira a 10 países da Região para fortalecer seus programas de triagem já existentes e criar um programa sub-regional através do CAREC. No que se refere ao tratamento de câncer, a OPAS vem há muito trabalhando nas Américas para melhorar os serviços de radioterapia e fortalecer a capacidade de tratamento.

8. A resolução da 58<sup>a</sup> Assembléia Mundial da Saúde sobre a Prevenção e Controle do Câncer (WHA58.22) (2005) apela em favor da ação relativa à triagem para detecção

de câncer do colo do útero, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. A resolução do 47º Conselho Diretor CD47.R9 (2006) sobre a Estratégia e o Plano de Ação Regional sobre um Enfoque Integrado à Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, inclusive Dieta, Atividade Física, e Saúde, fornece uma estrutura para ação. Essas duas resoluções, levadas em consideração na proposta desta estratégia e plano de ação regional são analisadas neste projeto.

### **Análise: Estratégias eficazes para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero**

9. Um enfoque amplo abrange intervenções juntamente com atenção contínua, da prevenção primária à triagem e detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. Requer um pacote completo de serviços vinculados constando de educação sanitária e empoderamento da comunidade, vacinação de adolescentes, triagem de mulheres, tratamento àquelas detectadas com lesões cervicais pré-cancerosas ou câncer invasor, e tratamento de sintomas, especialmente da dor.

10. Prevenção básica. Resultados dos ensaios de eficácia em larga escala demonstraram que as vacinas do HPV fornecem quase 100 % de proteção contra lesões cervicais pré-cancerosas causadas pelos genótipos da vacina. Espera-se que as vacinas do HPV reduzam o futuro ônus mundial de câncer do colo do útero em 70% (4). A triagem, porém, ainda terá que continuar no futuro próximo. Modelos anteriores que demonstraram a eficácia em função dos custos de se fazer triagem para câncer do colo do útero foram estendidos para incluir as vacinas. Esses modelos em custo e repercussão sugerem que a vacinação e a triagem são mais econômicas que o status quo (5).

11. A educação sanitária, inclusive a assistência a adolescentes, mulheres e homens, é parte integrante da prevenção básica do câncer do colo do útero. Isto inclui informações às pessoas sobre o câncer do colo do útero, suas causas e história natural, e a disponibilidade da vacina do HPV; a triagem; o aumento da conscientização dos sinais e sintomas; e a redução do temor, vergonha e estigma. A educação sanitária é mais eficaz quando prestada em locais da comunidade, com apoio e participação das famílias, líderes comunitários, grupos de defesa e apoio às mulheres, setor não-governamental e mídia.

12. Triagem e tratamento do pré-câncer. Os programas de triagem eficazes precisam ter como base um teste de triagem eficaz; a alta cobertura da triagem; o diagnóstico e tratamento de acompanhamento apropriados para as pacientes cujos testes foram positivos; e a alta qualidade dos cuidados médicos. Além disso, com a introdução de vacinas do HPV, as normas de triagem terão que ser reavaliadas para acomodar as necessidades de triagens menos frequentes, triagens nas mulheres de faixa etária mais alta e uso de diferentes modalidades de triagem, como o teste de HPV.

13. O teste Papanicolaou, o mais usado em triagens, tem uma desvantagem inerente quanto à sensibilidade média, que é de 50% ou menos, em locais com recursos escassos. Por exemplo, num estudo realizado num distrito do Peru, o teste Papanicolaou demonstrou uma sensibilidade de 27% (6). Outra desvantagem é que envolve múltiplas visitas da paciente, que com freqüência leva a diagnóstico e tratamento incompletos. Por exemplo, num estudo no Peru, 75% das mulheres com resultados anormais de teste de Papanicolaou não tiveram qualquer cuidado médico de seguimento (7).

14. Novos indícios gerados pela ACCP indicam que a estratégia mais eficiente e eficaz, em locais com recursos escassos, é fazer triagem usando exame visual (VIA) ou teste de HPV e tratando as lesões pré-cancerosas usando crioterapia (congelamento) (8-13). Isto é possível em condições superlativas em uma única consulta a uma clínica geral, podendo ser feito por provedores competentes, inclusive enfermeiras e parteiras treinadas (13).

15. Toda mulher tem o direito de fazer a triagem pelo menos uma vez na vida. Os relatórios revelaram baixa cobertura de triagem na ALC, particularmente entre as mulheres indígenas. Por exemplo, no Equador e na Guatemala, respectivamente 70% e 58% das mulheres indígenas informaram nunca ter feito um exame Papanicolaou (ver anexo). Isto ilustra a necessidade de dirigir recursos em prol das mulheres que nunca sofreram triagem, especialmente as de grupos vulneráveis e desfavorecidos, e a importância de associar-se aos grupos de defesa às mulheres para intensificar a participação da comunidade.

16. Tratamento do câncer invasor: O prognóstico para as mulheres com câncer invasor do colo do útero é afetado pela extensão da doença à época do diagnóstico. Operação cirúrgica e radioterapia são as modalidades de tratamento recomendadas, resultando nas taxas de cura de 85% a 90% (16, 17). A escolha do tratamento depende dos fatores das pacientes e dos especialistas disponíveis localmente.

17. Cuidados paliativos. Os serviços de cuidados paliativos são um componente integral dos programas de controle do câncer. Eles incluem o controle de sintomas e alívio da dor, tais como acesso a opióides e radioterapia paliativa, e apoio espiritual e psicossocial. Esses serviços podem ser prestados simples e economicamente.

**Proposta: Estratégia e plano de ação regional para a prevenção e o controle de câncer do colo do útero – 2008-2015**

18. A Estratégia e o Plano de Ação Regional para a Prevenção e o Controle de Câncer do Colo do Útero é baseada no surgimento das vacinas do HPV e em novos indícios do ACCP sobre enfoques econômicos à triagem e ao tratamento de pré-câncer. Apela ao Secretariado e a seus Estados Membros para que colaborem com organizações parceiras,

inclusive com grupos de defesa e apoio às mulheres e com atenção às sub-regiões e países com o maior ônus de morbidade para:

- recomendar e negociar o acesso equitativo e barato a vacinas do HPV para países da ALC;
- ajudar a revitalizar os programas abrangentes de prevenção e controle, que incluem a melhoria da eficácia da triagem e serviços de tratamento e a introdução da vacina de HPV no setor público;
- assumir a responsabilidade sobre as comunicações sociais para aumentar a conscientização sobre o câncer do colo do útero e envolver as comunidades nos esforços de prevenção, concentrando-se em mulheres de grupos desfavorecidos e vulneráveis, incluindo-se as indígenas;
- incorporar o enfoque de visita única para triagem e tratamento com exames visuais ou teste de HPV, seguido da crioterapia nos centros de clínica geral e através de campanhas de extensão, particularmente nos locais onde os recursos não são suficientes para garantir a qualidade da triagem de citologia;
- melhorar o acesso, disponibilidade e qualidade de serviços de tratamento e cuidados paliativos.

19. A Estratégia Regional de luta contra as doenças não transmissíveis (DNT) tem uma meta geral de prevenir e reduzir o ônus das doenças crônicas e seus fatores de risco nas Américas. Para apoiar esta meta geral, a Estratégia Regional de Prevenção e Controle de Câncer do Colo do Útero tem como meta e finalidade:

*Meta:* Reduzir a incidência e a mortalidade causadas pelo câncer do colo do útero na América Latina e no Caribe.

- Até 2015, haverá uma redução de 20% de incidência do câncer invasor do colo do útero na Região.
- Até 2015, haverá uma redução de 30% na mortalidade por câncer invasor do colo do útero na Região.

*Finalidade:* Melhorar a capacidade do país para a implementação sustentada de programas organizados, abrangentes e integrados de prevenção e controle de câncer do colo do útero.

- Até 2015, pelo menos 25 países na Região terão aperfeiçoado os programas para executar eficazmente novas tecnologias e enfoques, vinculando a vacinação, a triagem e o tratamento de pré-câncer; o tratamento do câncer invasor; e, nos locais

com recursos escassos, incorporando enfoques de triagem e tratamento inovadores.

20. A Estratégia Regional de DNT tem quatro linhas principais de ação: política pública e promoção da causa; vigilância; promoção da saúde e prevenção de doenças; e gestão integrada de doenças crônicas e fatores de risco. A Estratégia Regional de Prevenção e Controle de Câncer do Colo do Útero inclui componentes e objetivos que são equiparados com as linhas de ação da DNT, do seguinte modo:

***Política pública e promoção da causa***

***A. Promoção da causa e comunicação***

Vontade política: Para elevar a conscientização dos formuladores de políticas, grupos de defesa e apoio às mulheres e profissionais da saúde, para aumentar os compromissos políticos, financeiros e técnicos com os programas de prevenção e controle de câncer do colo do útero.

- Até 2015, pelo menos 25 países terão aperfeiçoado seus programas contra o câncer do colo do útero para que sejam mais abrangentes, vinculando a vacinação do HPV, e triagem seguida de tratamento imediato para pré-câncer, tratamento e cuidados paliativos.

Empoderamento da comunidade: Para comunicar-se com êxito com mulheres, famílias, sociedade civil, mídia e grupos da comunidade, inclusive grupos de defesa e apoio às mulheres, para aumentar a participação de adolescentes e mulheres em programas de prevenção e controle de câncer do colo do útero.

- Até 2015, pelo menos 25 países, apoiados pelos esforços de comunicação regionais terão instituído campanhas de comunicação social que resultem na participação de pelo menos 80% da população-alvo em programas.

***B. Parcerias e Mobilização de Recursos***

Para criar e fomentar as parcerias sinérgicas para mobilizar e potencializar os recursos financeiros, técnicos e outros, que promovam a introdução e adoção precoce de tecnologias econômicas para prevenção e controle do câncer do colo do útero.

- Até 2010, pelo menos três novas parcerias internacionais terão sido criadas e convênios firmados com pelo menos dois novos organismos doadores para pôr em prática a Estratégia e Plano de Ação Regional.

### ***Promoção da saúde e prevenção de doenças***

Introdução de vacinas do HPV: Para melhorar o potencial para o controle abrangente de câncer do colo do útero através da introdução eficaz e equitativa das vacinas do HPV.

- Até 2015, as vacinas do HPV estarão disponíveis a preços módicos no setor público através do Fundo Rotativo da OPAS.
- Até 2015, as vacinas do HPV estarão incluídas na programação de vacinação nacional de pelo menos 10 países.

### ***Gestão Integrada de Doenças***

#### ***A. Triagem e tratamento de pré-câncer***

Para iniciar, melhorar e manter os serviços eficazes e equitativos para a triagem e o tratamento do pré-câncer, utilizando novos enfoques baseados em observações que garantirão ampla cobertura de triagem; garantirão completo acompanhamento de mulheres cujos resultados foram positivos; e assegurarão atendimento de qualidade.

- Até 2015, pelo menos 25 países terão feito a triagem de 80% das mulheres com idades entre 30 a 50 anos pelo menos uma vez e tratado 100% das mulheres cujos resultados foram positivos.
- Até 2015, pelo menos 20 países terão incorporado o enfoque de visita única para triagem e tratamento com exame visual ou teste de HPV, seguido de tratamento de crioterapia nos serviços de rotina de clínica geral.

#### ***B. Diagnóstico e tratamento do câncer invasor***

Para melhorar a capacidade, acesso, disponibilidade, oportunidade e qualidade de serviços de diagnóstico e de tratamento cirúrgico e radioterapia com um enfoque centrado no paciente.

- Até 2010, 100% de todos os tratamentos com radioterapia de câncer do colo do útero seguirão as normas internacionais dos protocolos clínicos, prestados por provedores capacitados.
- Até 2015, 100% de todas as mulheres detectadas com câncer invasor do colo do útero receberão tratamento apropriado e oportuno, através de cirurgia ou radioterapia.

*C. Cuidados paliativos*

Para aumentar o acesso e disponibilidade de cuidados paliativos, inclusive terapia da dor.

- Até 2015, todos os países da Região terão em funcionamento, serviços para cuidados paliativos que ministrem terapia de sintomas e dor superlativa e apoio psicossocial.
- Até 2015, todos os países da Região terão legislação implantada para melhor acesso à medicação com opióides e para possibilitar que médicos, enfermeiras e farmacêuticos possam ministrar os opióides aos pacientes segundo as necessidades.

21. Inerente a cada um dos componentes acima há uma série comum de temas intersetoriais que são refletidos nas atividades da Estratégia e Plano de Ação Regional (ver anexo). Esses temas incluem formulação de políticas, fortalecimento de sistemas de saúde, planejamento de programas, execução e administração, protocolos clínicos e diretrizes de prática clínica, garantia da qualidade, vigilância, acompanhamento e avaliação, treinamento, pesquisa, comunicação e difusão de informação.

22. A incidência de câncer do colo do útero e de taxas de mortalidade serão monitoradas e os relatórios periódicos serão preparados usando-se as estimativas anuais informadas pelos países-membros à OPAS e também os dados de país compilados pelo Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer. Os dados de referência serão retirados das estimativas atualmente disponíveis, as quais abrangem o ano de 2005. Todos os outros indicadores nesta Estratégia serão monitorados através de estudos periódicos, e os dados de referência serão os das informações atualmente coletadas pela OPAS e pelos países-membros em atividades relacionadas aos programas de prevenção e controle de câncer do colo do útero. Um relatório de avaliação será preparado quando da finalização desta estratégia para informar sobre os sucessos em atingir os indicadores acima.

23. Para pôr em prática a Estratégia e o Plano de Ação Regional, esforços redobrados serão concentrados nestas sub-regiões e países com as mais elevadas taxas de mortalidade de câncer do colo do útero. Nos países, os esforços mais intensificados concentrar-se-ão nas áreas e distritos com as taxas mais elevadas de mortalidade e nas populações compostas de grupos desfavorecidos e vulneráveis. O Secretariado realizará os esforços de uma maneira interprogramática para assegurar a implementação da Estratégia Regional sustentada e com êxito.



### **Ação pelo Comitê Executivo**

24. Com base nas informações fornecidas, solicita-se que o Comitê Executivo considere as seguintes ações: reafirmar a prevenção e controle de câncer do colo do útero como uma alta prioridade; instar os Estados Membros a materializar seu compromisso em forma de normas, planos de ação e apoio financeiro à prevenção e controle de câncer do colo do útero; examinar e fortalecer a Estratégia e Plano de Ação Regional para a Prevenção e Controle de Câncer do Colo do Útero proposta; e apoiar a mobilização de recursos técnicos e financeiros nos âmbitos regional, sub-regional e nacional.

## Referências

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase No. 5. version 2.0, IARC Press, Lyon, 2004.
2. Health Canada. Progress Report on Cancer Control in Canada. Ottawa, Health Canada, 2004.
3. Murillo R, Quintero A, Pineros M, Bravo MM, Cendales R, Wiesner C, Lizcan LA. Modelo Para el Control del Cáncer en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá 2006.
4. World Health Organization. Preparing for the Introduction of HPV Vaccines: policy and programme guidance for countries. Geneva, WHO. 2006.
5. Garnett GP, Kim JJ, French K, Goldie SJ. Modeling the impact of HPV vaccines on cervical cancer and screening programs. *Vaccine*. 2006;24S3:S3/178-S3/186.
6. Luciani, S, Winkler J. Cervical Cancer Prevention in Peru: lessons learned from the TATI demonstration project. Washington, PAHO, 2006.
7. Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, et al. Follow up care of women with abnormal cytology in a low resource setting. *Cancer Detection and Prevention*. 2003; 27: 466-471.
8. Sankaranarayanan R, Nene BM, Dinshaw KA, et al. A cluster randomized controlled trial of visual, cytology and human papillomavirus screening for cancer of the cervix in rural India. *Int J Cancer*. 2005 Sep;116(4):617-623.
9. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, et al. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med*. 2005;353(20):2158-2168.
10. Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists (RTCOCG)/JHPIEGO Corporation, Cervical Cancer Prevention Group (JCCCPG). Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet*. 2003;361(9360):814-820.
11. Denny L, Kuhn L, De Souza M, Pollack AE, Dupree W, Wright TC Jr. Screen-and-treat approaches for cervical cancer prevention in low-resource settings: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294(17):2173-2181.
12. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *Int J of Gynaecol Obstet*. 2005;89(2):S4-S12.

13. Jacob M, Broekhuizen FF, Castro W, Sellors J. Experience using cryotherapy for treatment of cervical precancerous lesions in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;89(2):S13–S20.
14. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice. WHO, Geneva, 2006.
15. Perez CA, Grigsby PW, Nene SM, et al. Effect of tumor size on the prognosis of carcinoma of the uterine cervix treated with irradiation alone. *Cancer* 69 (11): 2796-806, 1992.
16. Eifel PJ, Burke TW, Delclos L, et al. Early stage I adenocarcinoma of the uterine cervix: treatment results in patients with tumors less than or equal to 4 cm in diameter. *Gynecol Oncol* 41 (3): 199-205, 1991.
17. Landoni F, Maneo A, Colombo A, et al. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *Lancet* 350 (9077): 535-40, 1997.
18. Hareyama M, Sakata K, Oouchi A, et al. High-dose-rate versus low-dose-rate intracavitary therapy for carcinoma of the uterine cervix: a randomized trial. *Cancer* 94 (1): 117-24, 2002.
19. Lertsanguansinchai P, Lertbutsayanukul C, Shotelersuk K, et al. Phase III randomized trial comparing LDR and HDR brachytherapy in treatment of cervical carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 59 (5): 1424-31, 2004.

Anexos

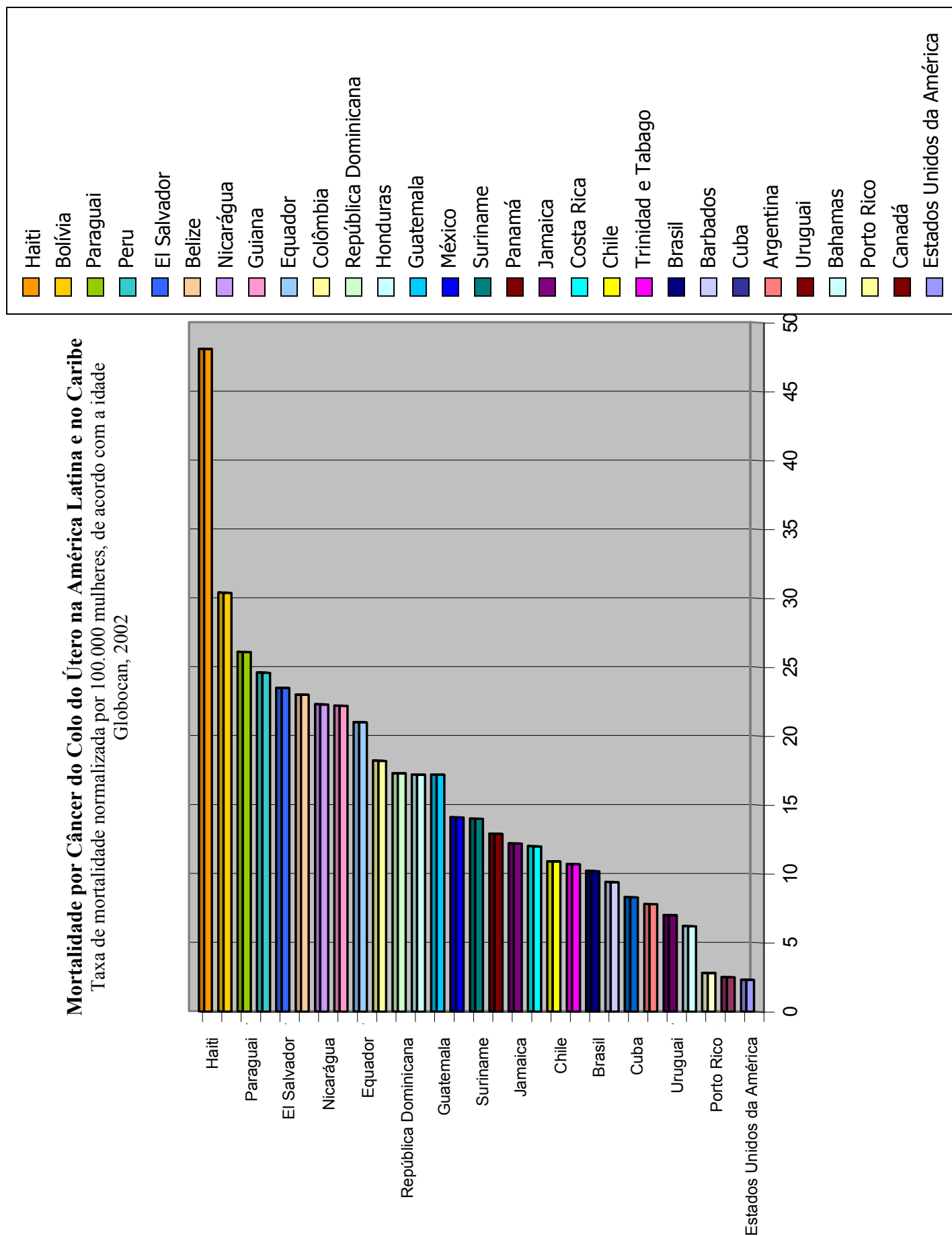
1. **Gráficos**

- Câncer do Colo do Útero e Taxas de Mortalidade Normalizadas de acordo com a Idade em Países Seleccionados
- Mortalidade por Câncer do Colo do Útero na América Latina e no Caribe
- Desigualdades em Cobertura de Triagem de Câncer do Colo do Útero

2. **Centros ativos de colaboração da OPAS/OMS em matéria de câncer**

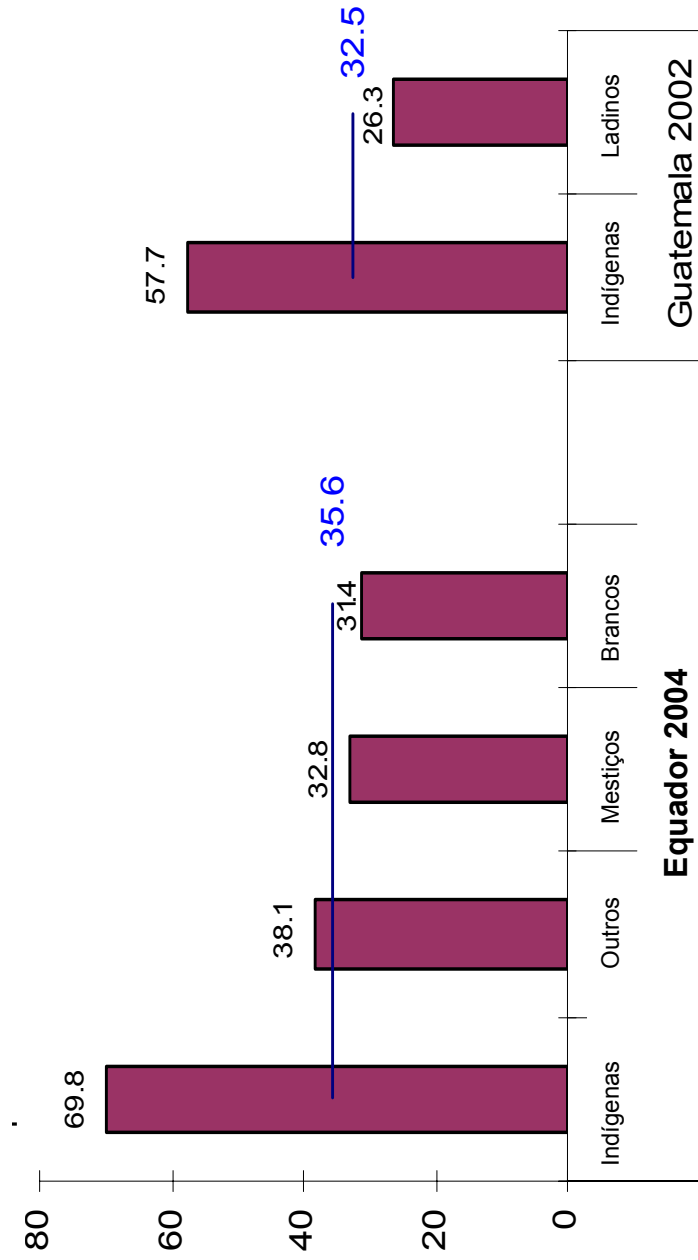
3. **Consequências orçamentárias e administrativas**





### Desigualdades em Cobertura de Triagem de Câncer do Colo do Útero

Proporção de mulheres que nunca fizeram teste de Papanicolaou no Equador e na Guatemala



Source: ENDEMAIN, ECUADOR-INEC 2004 ; DHS - 2002 GUATEMALA

## **2. Centros ativos de colaboração da OPAS/OMS em matéria de câncer**

### **Centro da OMS para o tratamento do câncer**

MD Anderson Cancer Center  
Universidade do Texas  
Houston, Texas

- criar programas de pesquisa e educação profissional para o tratamento complementar do câncer, especialmente para os países da América Latina.
- implementar programas internacionais de pesquisa para o alívio dos sintomas e tratamento complementar para os pacientes de câncer
- oferecer um modelo para divulgação internacional sobre as melhores práticas de tratamento complementar baseadas em observações em países que requeiram assistência.
- avaliar e aperfeiçoar as modalidades nacionais e internacionais de treinamento e tratamento complementar.

### **Centro de colaboração da OMS quanto a normas e comunicações em termos de tratamento de câncer**

(Grupo de estudos sobre dor e normas) Pain and Policies Studies Group  
Universidade de Wisconsin  
Madison, Wisconsin

- implementar estudos de normas internacionais para identificar e abordar as barreiras à disponibilidade de opióides em termos de política nacional e sistemas de cuidados de saúde nacionais.
- instituir estudos comparativos de política nacional, de desenvolvimento de métodos de pesquisa e de projetos de demonstrações.
- fornecer assistência técnica para melhorar a disponibilidade de analgésicos opióides para terapia da dor e tratamento paliativo.



### **3. Conseqüências orçamentárias e administrativas**

#### **Relação com o orçamento do programa 2006-2007**

Objetivo estratégico: 3.0  
Resultados esperados por toda a região: 3.1, 3.2, 3.4, 3.5

#### **Conseqüências orçamentárias**

Custo total estimado para implementação durante o período da iniciativa:  
US\$10 milhões durante 8 anos (2008-2015)

Custo estimado para o biênio 2008-2009  
US\$2,5 milhões

Do custo estimado, quanto pode ser incluído em atividades programadas existentes?  
US\$200.000,00

#### **Conseqüências administrativas**

##### Locais de implementação

- Sede da OPAS, escritórios da OPAS/OMS em países, CAREC, CLAP
- Implementação terá início em 5 países prioritários da OPAS, também elegíveis para a GAVI e que possuem as taxas mais elevadas de câncer do colo do útero: Haiti, Bolívia, Nicarágua, Honduras e Guiana

##### Requisitos adicionais de pessoal

- 2 funcionários com equivalência de período integral (FTES): funcionário médico e especialista em saúde pública

##### Prazos para implementação e avaliação

- 2008-2015