

Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática

Raisa Santos Cerqueira,¹ Hebert Luan Pereira Campos dos Santos,¹ Nilia Maria de Brito Lima Prado,¹ Rebecca Gusmão Bittencourt,¹ Daniela Gomes dos Santos Biscarde² e Adriano Maia dos Santos¹

Como citar

Cerqueira RS, Santos HLPC, Prado NMBL, Bittencourt RG, Biscarde DGS, Santos AM. Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática. 2022;46:e107. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.107>

RESUMO

Objetivo. Descrever as estratégias para prevenção e controle do câncer do colo do útero (CCU) na atenção primária à saúde (APS) na América do Sul.

Métodos. Revisão de literatura em duas etapas: revisão documental em *sites* governamentais de Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela; e revisão sistemática da literatura nas bases LILACS, MEDLINE, Scopus, SciELO e Science Direct.

Resultados. Foram incluídos 21 documentos institucionais (planos, guias de prática e diretrizes nacionais) e 25 artigos. Todos os países tinham taxas elevadas de morbimortalidade por CCU. Predominou o rastreamento oportunístico na APS, embora os documentos disponíveis sinalizassem intenções e estratégias para diagnóstico precoce e acompanhamento longitudinal dos casos suspeitos e confirmados, preferencialmente na rede pública. Todos os países adotavam uma concepção abrangente de APS, embora o processo de implementação estivesse em estágios heterogêneos e predominassem a focalização e a seletividade. Destaca-se pior acesso ao rastreamento para mulheres de regiões rurais ou remotas e para povos originários. A indisponibilidade de serviços de APS próximos às residências/comunidade foi uma importante barreira para o rastreamento do CCU.

Conclusões. A fragmentação dos sistemas de saúde e a segmentação na oferta de serviços são obstáculos para a prevenção e o controle do CCU na América do Sul. São necessários programas organizados de rastreamento do CCU e a incorporação de busca ativa para realização do Papanicolaou via APS. A interculturalidade nas práticas e a formulação de políticas numa perspectiva interseccional são fundamentais para superar as iniquidades no controle do CCU nos países sul-americanos.

Palavras-chave

Câncer do colo do útero; atenção primária à saúde; acesso universal aos serviços de saúde; teste de Papanicolaou; América do Sul.

O câncer do colo do útero (CCU) é o quarto tumor mais frequente entre as mulheres no mundo, embora seja prevenível e curável quando detectado precocemente e adequadamente tratado (1). Considerando que aproximadamente 85% dos casos de CCU ocorrem em países de baixa e média renda e acometem,

sobretudo, mulheres jovens com baixa escolaridade e socioeconomicamente vulneráveis, que encontram barreiras de acesso aos serviços de saúde, esse tipo de câncer representa um importante indicador de iniquidade (1-3). Na América do Sul e Central, a carga de doença associada ao CCU é alta, com taxas elevadas

¹ Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória da Conquista (BA), Brasil. ✉ Adriano Maia dos Santos, maiaufba@ufba.br

² Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador (BA), Brasil.

de incidência e taxas baixas de triagem, mesmo em países que possuem programas nacionais de rastreamento (2-4). Por sua vez, os países europeus que alcançaram sucesso no controle do CCU implementaram ampla cobertura populacional de rastreamento organizado (5) e incorporaram um robusto programa de vacinação contra o papilomavírus humano (HPV, do inglês *human papillomavirus*) (1, 2). A cobertura nesses países também está relacionada à busca ativa das mulheres e ao acompanhamento longitudinal após um teste de triagem positivo (1, 5).

A atenção primária à saúde (APS), um componente-chave dos sistemas de saúde (6), tem função central no controle do CCU (7-9). A persistência de altas taxas de mortalidade por CCU associa-se a inadequações nos sistemas de saúde (1), barreiras de acesso ao rastreamento, cobertura insuficiente (2-4, 10) e dificuldade de atenção numa perspectiva interseccional (11). Entretanto, embora uma estrutura de saúde e uma assistência adequadas sejam requisitos fundamentais para melhorar o controle do CCU (7), são insuficientes (8); aspectos como valores culturais das mulheres (9) e discriminação institucional por questões étnicas (12), sexuais e de gênero (9, 11, 13) interferem na qualidade e na adesão ao rastreamento. Nesse contexto, a APS tem um papel não apenas na captação das mulheres e na realização de rastreamento citológico, mas também nas ações de mobilização comunitária, educação em saúde e aconselhamento para garantir altas coberturas vacinal, de triagem e adesão a tratamento (14).

Países sul-americanos enfrentam desafios na consolidação de modelos assistenciais alicerçados em uma APS abrangente (6, 15). Além das diversidades socioeconômica, geográfica, cultural e étnica, a região possui diferentes estruturas de saúde, com segmentação na oferta de serviços e problemas derivados de subfinanciamento (15).

No presente artigo, descrevem-se os resultados de uma análise documental e da revisão sistemática da literatura para identificar as estratégias de prevenção e controle do CCU no âmbito da APS em países da América do Sul. Entende-se que os resultados podem subsidiar a formulação de políticas e apoiar estratégias para controle do CCU, especialmente em países latino-americanos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão da literatura sobre políticas e iniciativas de controle do CCU no âmbito da APS em países sul-americanos — Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Adotou-se a declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) como diretriz para o desenvolvimento desta revisão sistemática. A questão de pesquisa foi estruturada a partir da especificação de três componentes: população incluída nos estudos (mulheres), delineamento dos estudos (pesquisas sobre políticas para controle do CCU na APS) e desfecho analisado (implementação de ações para rastreamento do CCU na APS em países da América do Sul). A pergunta de investigação foi: quais são, e em que medida estão sendo implementadas, as políticas para controle do CCU no âmbito da APS em países da América do Sul? Foram utilizadas duas estratégias de produção dos dados: pesquisa documental, para identificar as políticas específicas nos *sites* governamentais dos países selecionados; e revisão da literatura, para identificar as experiências de implementação de ações no âmbito da APS.

Na primeira estratégia, foram analisados os documentos mais recentes disponibilizados nos *sites* oficiais dos ministérios da saúde dos países selecionados, publicados até abril de 2021. Na ausência de documentos nos referidos *sites*, recorreu-se ao *Google Scholar*. A partir do conteúdo desses documentos, considerou-se uma categorização dos países conforme estratégias para controle do CCU na APS, compreendendo três estratos: a) foram categorizados como avançados os países que apresentaram estratégias delineadas sobre a organização das ações a serem desenvolvidas no âmbito da APS; b) como intermediários os países que possuíam alguma informação sobre o papel da APS no controle do CCU, porém sem delineamento claro das ações a serem desenvolvidas pela APS; e c) como incipientes os países que não possuíam informação disponível sobre o papel da APS no controle do CCU.

Para o desenvolvimento da segunda estratégia, o estudo de revisão sistemática, foram utilizados os seguintes termos de busca: América do Sul, atenção primária à saúde, serviços de saúde da mulher, saúde da mulher, neoplasias do colo do útero, sistemas de saúde, útero, qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde, assistência integral à saúde, continuidade da assistência ao paciente, integralidade em saúde, serviços preventivos de saúde, teste de Papanicolaou e lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL, do inglês *high-grade squamous intraepithelial lesion*). Foram pesquisadas as bases de dados LILACS, MEDLINE, Scopus, SciELO e Science Direct. A filtragem dos estudos (em abril de 2021) considerou os seguintes critérios de elegibilidade: artigos publicados entre 2007 (ano de publicação do documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde sobre renovação da APS nas Américas) (6) e abril de 2021; texto completo disponível em inglês, espanhol ou português; e foco em ações de controle do CCU no contexto da APS. Foram excluídos editoriais, teses e literatura cinzenta.

Os artigos selecionados foram examinados para coleta das seguintes informações: ano, periódico, autor, objetivo, país, metodologia, local de publicação, estratégia adotada para controle do CCU e principais achados do artigo. Esses itens foram registrados em uma planilha do *Microsoft Excel*[®]. Por fim, a qualidade metodológica dos artigos foi avaliada de acordo com a natureza do estudo. Nas pesquisas quantitativas, foram utilizados os 22 critérios propostos pela iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Para os estudos qualitativos, foram utilizados os 32 critérios descritos no instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (CoReQ). Nenhuma dessas avaliações teve finalidade de exclusão dos artigos selecionados; serviram, essencialmente, para avaliar a qualidade e a robustez de cada publicação.

RESULTADOS

O *corpus* da revisão documental foi composto por 21 publicações, que abarcaram protocolos, planos nacionais e guias clínicos contendo as diretrizes e ações de controle do CCU (16-36). A tabela 1 apresenta a síntese das ações de controle do CCU na APS descritas em documentos institucionais dos países de interesse e o mapeamento dos modelos de organização da APS.

Dos 10 países analisados, Bolívia (20, 21), Brasil (22-24), Chile (25) e Peru (31-33) possuíam estratégias específicas de controle do CCU na APS. Argentina (16-19), Equador (28, 29) e Paraguai (30) apenas faziam menção à APS no controle do CCU, mas sem

TABELA 1. Modelos de atenção primária à saúde e ações para controle do câncer do colo do útero na atenção primária em países selecionados da América do Sul*

País (artigo)	Modelo de APS	Ações para controle do CCU na APS
Argentina (16-19)	Concepção abrangente de APS na política nacional. Persiste uma estrutura mista, descentralizada e segmentada, ofertada por seguros e prestadores privados.	Fortalecimento da APS para ampliação da cobertura do rastreamento. Rastreamento oportunístico.
Bolívia (20, 21)	Concepção abrangente no <i>Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural</i> . Interculturalidade como elemento formal da APS. Persiste o modelo de APS seletiva, com oferta restrita de serviços.	APS responsável pelo controle do CCU, respeitando a diversidade cultural. Redes de vigilância locais com participação da comunidade. Busca ativa. Rastreamento oportunístico.
Brasil (22-24)	Concepção abrangente na Política Nacional de Atenção Básica, com predomínio da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde.	APS identifica/rastreia e acompanha durante tratamento. Avalia a necessidade de intervenções, inclusive em caso de cuidado paliativo. Vacinação contra o HPV. Rastreamento oportunístico.
Chile (25)	Concepção abrangente no <i>Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria</i> . Persiste uma atenção mista, com participação do setor público e intermediários financeiros na prestação de serviços privados.	APS como ponto de integração da Rede de Atenção Oncológica. Ações de rastreamento, reabilitação e cuidados paliativos. Vacinação contra o HPV. Rastreamento oportunístico. Rastreamento com teste de DNA-HPV.
Colômbia (26, 27)	Operacionalmente, ainda não existe um modelo de APS predominante. Persiste um modelo pluralista com prestação por seguros privados.	Não foram localizados ou não existem diretrizes que orientem o controle e o cuidado do CCU na APS.
Equador (28, 29)	Concepção abrangente de APS, com priorização do <i>Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural</i> . Incorporação da interculturalidade. Persiste um modelo misto.	Realizar promoção da saúde, inclusive detecção precoce do CCU. Rastreamento oportunístico.
Paraguai (30)	Concepção abrangente de APS na política nacional, com <i>Unidades de Salud de la Familia</i> predominantes no sistema público. Configura-se um sistema misto.	Atribui à APS: detecção, tratamento, referência, seguimento e promoção da saúde. Rastreamento oportunístico.
Peru (31-33)	Concepção abrangente de APS priorizada pelo <i>Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad</i> . Persistem serviços por seguros sociais privados.	APS realiza educação em saúde, rastreamento e encaminhamento para colposcopia de alterações citológicas. Rastreamento oportunístico.
Uruguai (34, 35)	Concepção abrangente de APS no <i>Sistema Nacional Integrado de Salud</i> . Existe um modelo de prestadores privados de segurança social sem fins lucrativos.	Não explicitam o papel da APS no controle do CCU. Ações educativas, vacinação e rastreamento estão no <i>Plan Nacional de Prevención Integral de Cáncer de Cuello Uterino</i> .
Venezuela (36)	Concepção abrangente de APS e incorporação da interculturalidade. Persiste modelo de segmentação e fragmentação.	Não foram localizados ou não existem diretrizes que orientem o controle e cuidado do CCU na APS.

* Diante da escassez de informações nos documentos, parte da caracterização dos modelos de APS foi complementada com literatura de suporte (6, 15). Essas informações na íntegra podem ser disponibilizadas pelos autores mediante solicitação. APS = atenção primária à saúde; CCU = câncer do colo do útero; DNA-HPV = ácido desoxirribonucleico-papilomavírus humano; HPV = papilomavírus humano.

detalhamento das ações previstas. Os documentos da Colômbia (26, 27) e do Uruguai (34, 35) não delineavam ações específicas no contexto da APS. Para a Venezuela (36), não foram localizados documentos específicos referentes ao tema.

Em síntese, todos os países conviviam com taxas elevadas de morbimortalidade por CCU (figura 1), e predominava o rastreamento oportunístico nas ações de APS. Além disso, todos os países adotaram uma concepção abrangente da APS, ou seja: enquadravam a APS como “atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter”, sendo o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde (6). Entretanto, o processo de implementação da APS encontrava-se em estágios muito heterogêneos nos diferentes países e, comumente, predominavam a focalização e a seletividade (isto é, apenas um número limitado de serviços estava disponível na APS) (tabela 1). Assim, embora os documentos disponíveis tenham sido insuficientes para realizar um delineamento apurado acerca das ações de controle do CCU via APS, sinalizaram intenções e estratégias para diagnóstico precoce e acompanhamento longitudinal dos casos suspeitos e confirmados, preferencialmente na rede pública.

A revisão sistemática identificou 941 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídas 40 duplicatas e 689 publicações que não tratavam da temática central. Os 212 artigos restantes foram lidos na íntegra e de forma independente por dois pesquisadores (RSC e HLPSCS). As discordâncias foram resolvidas por um terceiro revisor (AMS). Ao final, 187 artigos foram excluídos por tratarem do tema apenas em serviços privados ou fora do escopo central da revisão. Foram selecionados 25 artigos (37-61), que compuseram o *corpus* final desta revisão (tabela 2). Os processos de seleção e exclusão estão descritos na figura 2.

Houve predominância de artigos brasileiros e de natureza quantitativa. Nas bases utilizadas e no período proposto, não foram localizadas publicações de Bolívia, Equador, Paraguai, Uruguai e Venezuela (tabela 3).

Os principais achados dos estudos mostram que o CCU é um problema persistente em todos os países (37-61) e destacam pior acesso ao rastreamento para mulheres de regiões rurais, remotas e povos tradicionais (38, 39, 41, 45, 48, 51, 55-58). Outrossim, fatores relacionados a escolaridade (38, 45, 46, 48, 49) e medo/vergonha/tabus (41, 45, 49, 55, 58) influenciaram a adesão ao rastreamento na APS. A indisponibilidade de serviços de APS perto de residências ou comunidades (41, 48, 58) foi uma importante barreira para o rastreamento do CCU. Obstáculos para continuidade assistencial também levaram a menor adesão ao tratamento e maior perda de oportunidades de cuidado (40, 44, 50, 54-56, 58, 59, 61). Estudos que avaliaram o rastreamento realizado na APS (39, 46, 53) destacaram que os investimentos em

FIGURA 1. Características dos sistemas de saúde e ações para o controle do câncer do colo do útero em países da América do Sul^a



^a CCU = câncer de colo uterino.

políticas de transferência de renda (39) e educação comunitária (61) aumentam as chances de acesso ao Papanicolaou, enquanto a formação em serviço para profissionais da APS e especialistas reduz as falhas no rastreamento e diagnóstico (42, 43, 51-53, 58, 60).

Além disso, o déficit na produção de procedimentos relacionados à investigação diagnóstica e ao tratamento de lesões precursoras do CCU compromete os resultados das ações ainda oportunísticas de rastreamento (40, 50). Por sua vez, a utilização

de unidade móvel, em zonas rurais, com equipamentos para diagnóstico de lesões suspeitas, melhorou o acesso e aumentou a resolubilidade da APS (44). Os agentes comunitários de saúde (ACS) desempenhavam um papel fundamental na melhoria da comunicação relacionada ao CCU, muito embora não se sentissem suficientemente preparados para conversar com as mulheres sobre CCU (47, 49, 52, 55, 56). Para ampliar a adesão ao rastreamento, houve formação de líderes comunitários para apoio às mulheres em suas localidades (61).

TABELA 2. Pontuação e percentual de qualidade dos artigos a partir dos critérios do STROBE e CoReQ^a

Artigos	Nº de itens	%
STROBE		
Albuquerque et al. (37)	12	54,54
Alves et al. (38)	17	77,27
Barcelos et al. (39)	16	72,72
Chocotá-Piraquive et al. (40)	15	68,18
Collins et al. (41)	14	63,63
Costa et al. (42)	15	68,18
Costa et al. (43)	14	63,63
Hunt et al. (44)	17	77,27
Luque et al. (45)	18	81,81
Martins et al. (46)	18	81,81
Mauad et al. (47)	6	27,27
Oliveira et al. (48)	16	72,72
Rafael e Moura (49)	11	50,00
Ribeiro et al. (50)	14	63,63
Soares e Silva (51)	9	40,9
Stormo et al. (52)	17	77,27
Vale et al. (53)	14	63,63
CoReQ		
Brito-Silva et al. (54)	14	43,75
Fernandes et al. (55)	19	59,37
Galvão et al. (56)	19	59,37
Martelli et al. (57)	7	21,87
Paz-Soldán et al. (58)	19	59,37
Ponce (59)	17	53,12
Sardi et al. (60)	11	34,37
Wiesner-Ceballos et al. (61)	19	59,37

^a CoReQ: *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*. STROBE: *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*. Para este estudo, todos os artigos selecionados foram submetidos à avaliação dos itens STROBE (quantitativos) e CoReQ (qualitativos). O STROBE compreende 22 critérios, cada um equivalente a um ponto (pontuação máxima = 22). O CoReQ compreende 32 critérios (pontuação máxima = 32). Quanto maior a pontuação, melhor a qualidade. O percentual de qualidade reflete o número de itens atendidos em relação ao total de itens em cada diretriz. Todos os artigos foram mantidos, independentemente da pontuação/porcentagem alcançada.

Destacou-se, também, o protagonismo de enfermeiros na realização do Papanicolaou (55). A adesão ao rastreamento associou-se, ainda, ao conhecimento da mulher em relação ao exame (37, 58-61). A visita domiciliar foi a principal estratégia de recrutamento para realizar o Papanicolaou e o principal método de busca das mulheres que não retornavam para receber/discutir o resultado do teste (51, 52, 55, 56). Por fim, não foi identificado nenhum país sul-americano com programa de rastreamento organizado com cobertura de 100% da população de interesse.

DISCUSSÃO

As altas taxas de incidência e mortalidade pelo CCU demonstram a magnitude dos desafios impostos aos países da América do Sul (62) e, especialmente, aos sistemas de serviços de saúde para eliminação do CCU na região (4). Apesar dos avanços na proposição de ações para controle do CCU na APS em países sul-americanos (16-35), as iniquidades de acesso (55, 58) e a fragmentação/segmentação dos sistemas de saúde (6, 15) dificultam o progresso e tornam-se uma barreira à eliminação do CCU como proposta pela OMS (1).

No Brasil (22-24), Chile (25) e Peru (31-33), evidenciam-se a função e a integração da APS com os demais pontos de atenção, com estratégias que induzem a organização das práticas para detecção precoce do CCU, tratamento em tempo oportuno e acompanhamento das mulheres diagnosticadas e em cuidados paliativos. Entretanto, o exame de Papanicolaou espontâneo (buscado pela mulher e ofertado no sistema de saúde) foi predominante em todo o continente sul-americano (63). De modo geral, a ausência de rastreamento organizado na região tem como efeito indesejável, de um lado, o super-rastreamento de mulheres (rastreamento de mulheres de baixo risco porque realizam espontaneamente o exame em intervalos curtos e desnecessários); e, de outro lado, a manutenção de um grupo de mulheres que nunca realizaram o Papanicolaou (48, 55, 58).

Grosso modo, todos os países da região destacam ações educativas, vacinação em grupos indicados e detecção precoce do CCU e suas lesões precursoras via rastreamento (4). Além disso, com poucas exceções, os documentos institucionais atribuem explicitamente à APS o acompanhamento das usuárias e o encaminhamento aos serviços de referência para confirmação diagnóstica, realização do tratamento e apoio aos cuidados paliativos domiciliares. Mesmo assim, persistem diversas barreiras para o acesso ao rastreamento e à continuidade assistencial (38, 39, 41, 45, 46, 48, 49, 51, 55-58).

Por sua vez, não apenas na América do Sul, há mulheres que evitam os serviços de saúde (2, 3, 11) e outras que conseguem acessá-los, mas recebem cuidado inadequado ou de pior qualidade, não por ausência de cobertura e/ou acesso ao rastreamento, mas por iniquidades derivadas de discriminação institucional (55). Ademais, mulheres de baixa renda (48, 53), grupos étnicos (11, 41), mulheres com deficiência (55) e mulheres negras (64), além da população bissexual, lésbica e transgênero (13), experimentam maiores desafios relacionados ao controle do CCU. Por consequência, as políticas públicas de saúde da mulher carecem de uma perspectiva interseccional (11).

Vale notar que o componente da interculturalidade, por meio da articulação entre a APS e agentes da medicina tradicional, povos originários e população do campo, é um importante dispositivo na organização dos serviços, embora sua implementação seja bastante variada na Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela (15). Tais experiências interculturais, ainda que heterogêneas, têm potencialidade para responder mais adequadamente aos desafios de controle do CCU em populações com menor aderência ao rastreamento, sobretudo por razões simbólicas e culturais (41, 45, 55). Tais achados convergem com experiências de desigualdade no controle do CCU em populações de diferentes continentes (11) que afetam não apenas a qualidade do rastreamento, mas também a própria adesão ao exame.

Como ponto forte no controle do CCU em países sul-americanos como o Brasil e o Chile, que possuem APS abrangente e que disponibilizam dados sobre programas e estratégias para o controle do CCU, destaca-se a definição do papel e das ações a serem desenvolvidas na APS conforme o guia de práticas essenciais para o controle integral do CCU proposto pela OMS (14). Enquanto isso, na Venezuela, o *Observatorio Venezolano de la Salud* aponta a ausência de avaliação e monitoramento do Programa Nacional de Controle do Câncer citado pelo Ministério da Saúde (36), além da carência de dados oficiais sobre as estatísticas de câncer no país, com limitadas informações epidemiológicas nacionais mais recentes.

TABELA 3. Características e principais achados dos estudos selecionados na revisão integrativa sobre controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos

Autor	País do estudo	Principais achados ^a
Estudos qualitativos		
Brito-Silva et al. (33)	Brasil	Rastreamento foi maior entre mulheres jovens
Fernandes et al. (34)	Brasil	Barreiras ao acesso, mesmo com alta cobertura de APS
Galvão et al. (35)	Brasil	Controle do CCU em cidades pequenas e zonas rurais
Martelli et al. (36)	Chile	Prevenção diminuiu iniquidades
Paz-Soldán et al. (37)	Peru	Mulheres não faziam o exame devido a tabus e medo
Ponce (38)	Argentina	Fragmentação entre serviços compromete o controle do CCU
Sardi et al. (39)	Colômbia	Implantação exitosa de programa para CCU
Wiesner-Ceballos et al. (40)	Colômbia	Melhora na cobertura e qualidade da atenção
Estudos quantitativos		
Albuquerque et al. (16)	Brasil	Ausência de sintomas foi barreira ao rastreamento
Alves et al. (17)	Brasil	Ter emprego associou-se à realização do Papanicolaou
Barcelos et al. (18)	Brasil	Formação dos profissionais melhora a qualidade do rastreamento
Chocontá-Piraquive et al. (19)	Colômbia	Ajuda médica reduziu a mortalidade
Collins et al. (20)	Peru	Iniquidades em áreas remotas
Costa et al. (21)	Brasil	Indicadores fora dos parâmetros internacionais
Costa et al. (22)	Brasil	Taxas decrescentes de LSIL e HSIL
Hunt et al. (23)	Brasil	Unidade móvel com colposcopia e microscopia
Luque et al. (24)	Peru	Vizinhos/familiares interferem na adesão ao rastreamento
Martins et al. (25)	Brasil	Não realização do Papanicolaou associou-se a baixa escolaridade
Mauad et al. (26)	Brasil	Uso de unidades móveis no rastreamento do CCU
Oliveira et al. (27)	Brasil	Mulheres sem instrução aderem menos ao rastreamento
Rafael e Moura (28)	Brasil	Medo e vergonha como barreiras do acesso
Ribeiro et al. (29)	Brasil	Necessidade de ampliar/qualificar a oferta
Soares e Silva (30)	Brasil	Necessidade de busca ativa
Stormo et al. (31)	Brasil	Rastreamento na idade e nos intervalos preconizados
Vale et al. (32)	Brasil	Redução de rastreamento fora da recomendação

^a APS: atenção primária à saúde; CCU: câncer do colo do útero; HSIL: lesão intraepitelial escamosa de alto grau; LSIL: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau.

Em muitos países sul-americanos, a concepção da APS seletiva passou a predominar, marcada por uma cobertura segmentada, com importantes desigualdades no acesso (15). No contexto do CCU, apesar de o rastreamento ser uma ação comum a todos os planos em países com APS seletiva, o controle está fortemente comprometido devido à desarticulação entre diferentes pontos do sistema de saúde. O sistema de saúde argentino, por exemplo, é marcado pela forte segmentação entre seguro social, programas públicos específicos e pagamento a planos e serviços privados (59). Na Argentina, as limitações para o controle do CCU envolvem baixa cobertura, especialmente entre mulheres em vulnerabilidade socioeconômica, concentração do rastreamento em mulheres jovens de baixo risco e insuficiência de profissionais capacitados na APS para realização da busca ativa de mulheres (59).

Na Bolívia, mesmo tendo a maior taxa de mortalidade por CCU no continente sul-americano (62), destaca-se a APS como responsável pela prevenção, pelo controle e pelo seguimento do CCU na região onde as mulheres vivem/residem, respeitando a diversidade cultural. Há, ainda, incentivo à formação de redes de vigilância locais com participação da comunidade na luta contra o CCU. Os documentos também orientam a busca ativa de casos positivos e mulheres que nunca realizaram o exame citológico (20, 21).

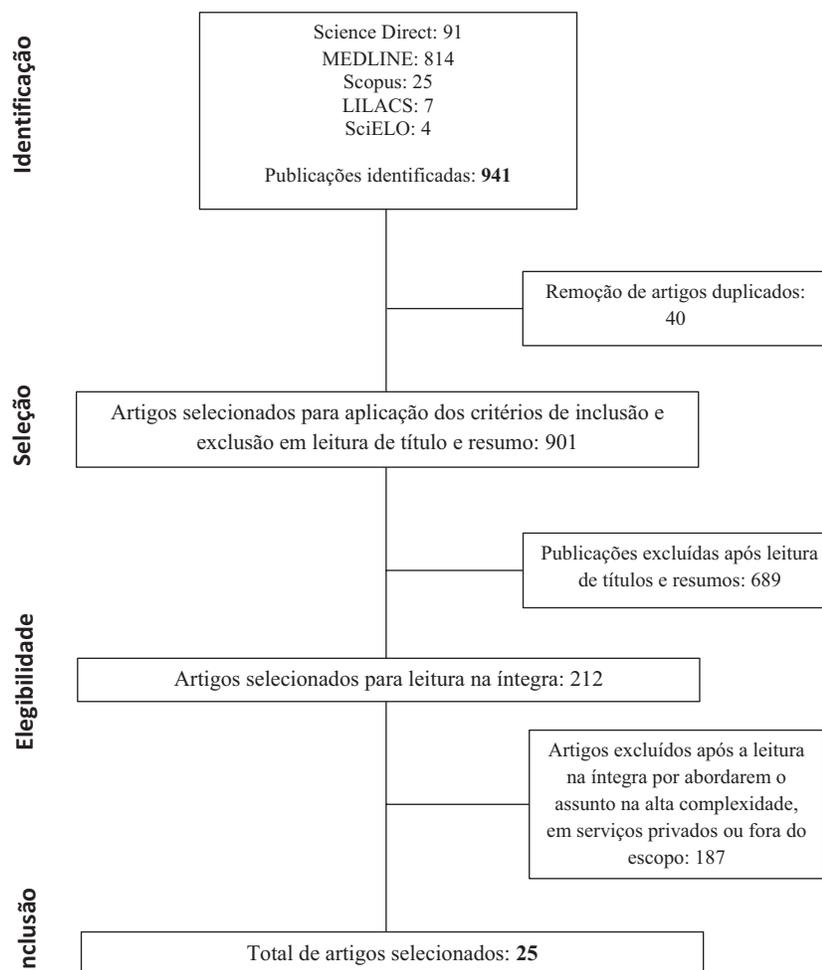
No caso do Equador, os documentos localizados (28, 29) não eram específicos para o CCU no âmbito da APS. A *Estrategia*

Nacional para la Atención Integral del Cáncer en el Ecuador (29) inclui, no portfólio de serviços, ações para promoção da saúde, consulta preventiva condicionada ao ciclo de vida e detecção precoce de CCU por meio do Papanicolaou como as únicas atividades previstas para serem desenvolvida pela APS.

O papel central das unidades de saúde é destacado no Paraguai (30), com incentivo às ações de controle e monitoramento no contexto da APS. Contudo, o referido plano não detalha as ações específicas a serem desenvolvidas pela APS. Do mesmo modo, o sistema colombiano, apesar de dispor de um *Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia* (26), que define objetivos e ações por linha estratégica e destina uma seção específica para CCU, não explicita a APS como locus principal do cuidado. Entre as diversas ações propostas, inclui-se a proposição de construção de estratégias relacionadas ao CCU no primeiro nível de atenção, mas não há descrição pormenorizada de ações para o controle do CCU no contexto da APS. Tais achados sinalizam a fragilidade e os desafios da APS no controle do CCU, em consonância com outros estudos (2, 7-9).

Na APS colombiana, as barreiras perpassavam a comunicação limitada ou inexistente entre os diferentes níveis de atenção (60). Um dos fatores que contribui para tal realidade é a organização segmentada do sistema de saúde, no qual os usuários que possuem o regime contributivo usufruem de pacotes mais completos, enquanto usuários do regime subsidiado possuem pacote limitado de serviços (15, 40). No regime subsidiado, as

FIGURA 2. Fluxograma da seleção dos artigos para revisão integrativa sobre controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos



ações e os serviços são restritos e não incluem todos os níveis de cuidado. Até 2005, por exemplo, a colposcopia e a biópsia do colo do útero não eram fornecidas a pessoas subsidiadas ou sem seguro (40, 61). Havia, ainda, dificuldade em acessar programas de rastreamento e obter autorizações para serviços cobertos pelo plano governamental de controle do câncer (60).

Embora tenham sido localizados no *site* do Ministério de Saúde uruguaio documentos específicos para o CCU (34, 35), não havia discriminação de quais ações seriam realizadas pela APS. Quanto a isso, o Uruguai não possuía um programa de prevenção forte e que abrangesse todos os níveis de prevenção do CCU, além de conviver com um programa de rastreamento com cobertura insuficiente.

Em comum, nenhum dos países possuía um programa de rastreamento organizado — um importante indicador de fragilidade do controle do CCU — independentemente do sistema de saúde local (4, 62, 63). Um sistema de convocação e reconvocação, além de busca ativa da população de interesse para rastreamento organizado, reduz iniquidades no acesso (2). Por outro lado, na ausência de um sistema de acompanhamento de todas as mulheres não rastreadas no período adequado, os ACS (47, 49, 55, 56) e outras lideranças das localidades (61) poderiam assumir tal demanda de vigilância territorial e apoio ao controle do CCU.

Por fim, em âmbito global, cabe mencionar, entre as estratégias para eliminação do CCU, a agenda 90-70-90 proposta pela OMS (1), que estabelece a seguinte meta: até 2030, imunizar 90% das meninas de 15 anos em todo o mundo contra o HPV; alcançar rastreamento em 70% das mulheres por meio de um teste de alto desempenho, primeiro aos 35 e depois aos 45 anos; e tratar 90% das mulheres diagnosticadas com CCU. Os dados apresentados em nosso estudo evidenciam os desafios que os países da América do Sul enfrentarão para alcançar tais metas (4, 62, 63) diante das barreiras e limitações peculiares da região, relacionadas diretamente com as características dos sistemas de saúde (15), o baixo investimento público na APS e as desigualdades sociais (6).

É importante destacar as limitações inerentes a revisões de literatura. As estratégias de busca e o período considerado para análise podem não ter captado artigos relevantes sobre a temática. Ainda, a revisão documental apresenta restrições por não ter buscado dados publicados fora dos *sites* oficiais de cada país da região. Ainda assim, os resultados analisados fornecem informações significativas sobre experiências que podem inspirar a formulação de estratégias mais acertadas para o controle do CCU no contexto da APS dos países sul-americanos ou, pelo menos, permitem reconhecer problemas comuns que podem ser superados diante do acúmulo de evidências internacionais.

À guisa de conclusão, as estratégias para prevenção e controle do CCU na APS nos países da América do Sul encontram obstáculos em decorrência de sistemas fragmentados e segmentação na oferta de serviços. Há, portanto, necessidade de estabelecer programas abrangentes e organizados de rastreamento do CCU, bem como de incorporar práticas de busca ativa para realização do Papanicolaou via APS. A dimensão da interculturalidade nas práticas locais e a formulação de políticas nacionais numa perspectiva interseccional são fundamentais para superar as iniquidades no controle do CCU e, finalmente, eliminar as taxas inaceitáveis de mortes evitáveis nos países sul-americanos.

Contribuições dos autores. Todos os autores conceberam a ideia original e contribuíram para a análise e interpretação dos resultados. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final.

Agradecimentos. Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela ajuda financeira a AMS por meio da bolsa de Produtividade em

Pesquisa (PQ) (processo 311362/2021-4). Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pela ajuda financeira a RSC por meio da bolsa de pesquisa (BOL0116/2020). Agradecemos, também, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – código de financiamento 001.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Financiamento. A pesquisa “Integração assistencial e acesso aos serviços de saúde em regiões de saúde: câncer de colo do útero como condição traçadora para compreensão dos fluxos assistenciais”, da qual este artigo faz parte, foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (TO - SUS0030/2018).

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da *RPSP/PAJPH* ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

- Organização Mundial de Saúde. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. OMS: Genebra; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>. Acesso em 17 de maio de 2021.
- Vale DB, Teixeira JC, Bragança JF, Derchain S, Sarian LO, Zeferino LC. Elimination of cervical cancer in low- and middle-income countries: Inequality of access and fragile healthcare systems. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;152(1):7-11. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13458>
- Lemp JM, De Neve J, Bussmann H, Chen S, Manne-Goehler J, Theilmann M, et al. Lifetime Prevalence of Cervical Cancer Screening in 55 Low- and Middle-Income Countries. *JAMA.* 2020;324(15):1532-1542. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.16244>
- Murillo R, Herrero R, Sierra MS, Forman D. Cervical cancer in Central and South America: Burden of disease and status of disease control. *Cancer Epidemiol.* 2016;44 Suppl 1:121s-130. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.07.015>
- Jansen EEL, Zielonke N, Gini A, Anttila A, Segnan N, Vokó Z, et al. Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: a systematic review. *Eur J Cancer.* 2020;127:207-23. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.12.013>
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS). Washington: OPAS; 2007. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Renovacao-Atencao-Primaria.pdf>. Acesso em 17 de maio de 2021.
- Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2015;15(2):171-80. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200003>
- Anjos EF, Martins PC, Prado NMBL, Bezerra VM, Almeida PF, Santos AM. Quality of actions to control cervical cancer in Bahia, Brazil. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2021;22(8):2343-9. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.8.2343>
- Rico AM, Iriart JAB. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2013;29(9):1763-73. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00146512>
- Pimple SA, Mishra GA. Optimizing high risk HPV-based primary screening for cervical cancer in low- and middle-income countries: opportunities and challenges. *Minerva Ginecol.* 2019;71(5):365-371. <https://doi.org/10.23736/S0026-4784.19.04468-X>
- Brzoska P, Wahidie D, Yilmaz-Aslan Y. An intersectional perspective on the utilization of cervical cancer screening among migrants: a cross-sectional analysis of survey data from Austria. *Cancers.* 2021;3(23):6082. <https://doi.org/10.3390/cancers13236082>
- Nevin PE, Garcia PJ, Blas MM, Rao D, Molina Y. Inequities in cervical cancer care in indigenous Peruvian women. *Lancet Glob Health.* 2019;7(5):e556-e557. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30044-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30044-0)
- Johnson MJ, Nemeth LS, Mueller M, Eliason MJ, Stuart GW. Qualitative study of cervical cancer screening among Lesbian and Bisexual Women and Transgender Men. *Cancer Nurs.* 2016;39(6):455-63. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000338>
- Organização Mundial da Saúde. Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais. OMS: Genebra;2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31403>. Acesso em 10 de março de 2021.
- Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S, organizadores. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidade. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012. 852p. Disponível em: <https://docs.bvvsalud.org/biblioref/2019/10/816019/678763-sistemas-de-salud-en-america-del-sur.pdf>. Acesso em 10 de março de 2021.
- Ministerio de Salud de Argentina. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc#:~:text=EI%20PNPCC%20forma%20parte%20de,PAP%20o%20test%20de%20VPH>. Acesso em 20 de abril de 2022.
- Ministerio de Salud de Argentina. Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres para la prevención del cáncer cervicouterino en el marco de la incorporación de la prueba de VPH. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2015. Disponível em: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-el-tamizaje-seguimiento-y-tratamiento-de-mujeres-para-la-prevencion>. Acesso em 20 de abril de 2022.
- Organización Panamericana de la Salud. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Buenos Aires: OPS; 2008. Disponível em:

- <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6236>. Acesso em 20 de abril de 2022.
19. Ministerio de Salud de Argentina. Plan Nacional de Control de Cáncer 2018-2022. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2018. Disponível em: <https://bancos.salud.gov.ar/recurso/plan-nacional-de-control-de-cancer-2018-2022>. Acesso em 20 de abril de 2022.
 20. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Nacional De Prevención Control Y Seguimiento De Cáncer De Cuello Uterino 2009-2015. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2009. Disponível em: https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/plan_cancer_cuello_uterino.pdf. Acesso em 20 de abril de 2022.
 21. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos para la Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2009. Disponível em: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/NORMA%20NACIONAL%20REGLAS%20PROTOS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20PARA%20LA%20DET.pdf. Acesso em 20 de abril de 2022.
 22. Ministério da Saúde do Brasil. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em 20 de abril de 2022.
 23. Ministério da Saúde do Brasil. Cadernos de controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cadernos de Atenção Básica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em 20 de abril de 2022.
 24. Ministério da Saúde do Brasil. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2 ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/medias/documentos/diretrizes-paraorastreamentodocancerdocolodouterio_2016_corrigeido.pdf. Acesso em 20 de abril de 2022.
 25. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional De Cáncer 2018-2028. Santiago: Ministerio de Salud; 2018. Disponível em: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf. Acesso em 20 de abril de 2022.
 26. Ministerio Salud y Protección Social. Plan decenal control del cáncer en Colombia 2012-2021. Bogotá: Instituto Nacional Cancerología; 2012. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2022.
 27. Ministerio de Salud y Protección Social. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Disponível em: <https://www.policia.gov.co/sites/default/files/16-DETCANCERCUELLO.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2022.
 28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2017. Disponível em: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2022.
 29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estrategia nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2017. Disponível em: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf. Acesso em 20 de abril de 2022.
 30. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual nacional de normas y procedimientos para la prevención y el control del cáncer de cuello uterino. Asunción: OPS; 2010. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10100/Cancer%20Cuello%20Uterino.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 20 de abril de 2022.
 31. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Lima: Ministerio de Salud; 2017. Disponível em: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2022.
 32. Ministerio de Salud del Perú. Plan nacional de prevención y control de cáncer de cuello uterino 2017-2021. Lima: Ministerio de Salud; 2017. Disponível em: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280845-plan-nacional-para-la-prevencion-y-control-de-cancer-de-cuello-uterino-2017-2021>. Acesso em 20 de abril de 2022.
 33. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de cuidados integrales del Cáncer 2020- 2024. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponível em: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1377378-1003-2020-minsa>. Acesso em 20 de abril de 2022.
 34. Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello de útero. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2014. Disponível em: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/2014-Gu%C3%ADa-Cl%C3%ADnica-Tamizaje-C%C3%A1ncer-de-Cuello-Uterino.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2022.
 35. Ministerio de Salud Pública. Plan nacional de prevención integral de cáncer de cuello uterino 2012-2015. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2012. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Explicativo%20de%20difusion%20sobre%20PAP-HPV%20para%20Docentes.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2022.
 36. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2022. Disponível em: <http://www.mpps.gov.ve/>. Acesso em 20 de abril de 2022.
 37. Albuquerque CLF, Costa MP, Nunes FM, Freitas RWJF, Azevedo PRM, Fernandes JV, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding the Pap test among women in northeastern Brazil. Sao Paulo Med J. 2014;132(1):3–9. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2014.1321551>
 38. Alves SAV, Souza AS, Weller M, Batiston AP. Differential Impact of Education Level, Occupation and Marital Status on Performance of the Papanicolaou Test among Women from Various Regions in Brazil. Asian Pac J Cancer Prev. 2019; 20(4):1037–44. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.4.1037>
 39. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. Rev Saude Publica. 2017;51(67). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006802>
 40. Chocontá-Piraquive LA, Alvis-Guzman N, Hoz-Restrepo F. How protective is cervical cancer screening against cervical cancer mortality in developing countries? The Colombian case. BMC Health Serv Res. 2010;10(270). <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/270>
 41. Collins JH, Bowie D, Shannon G. A descriptive analysis of health practices, barriers to healthcare and the unmet need for cervical cancer screening in the Lower Napo River region of the Peruvian Amazon. Womens Health (Lond). 2019;15:174550651989096. <https://doi.org/10.1177/1745506519890969>
 42. Costa RFA, Longatto-Filho A, Vazquez FL, Pinheiro C, Zeferino LC, Fregnani JHTG. Trend analysis of the quality indicators for the Brazilian cervical cancer screening programme by region and state from 2006 to 2013. BMC Cancer. 2018;18(126). <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4047-9>
 43. Costa RFA, Longatto-Filho A, Pinheiro C, Zeferino LC, Fregnani JH. Historical analysis of the Brazilian Cervical Cancer Screening Program from 2006 to 2013: a time for reflection. Plos One. 2015;10(9):e0138945. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138945>
 44. Hunt B, Fregnani JHTG, Schwarz RA, Pantano N, Tesoni S, Possati-Resende JC, et al. Diagnosing cervical neoplasia in rural Brazil using a mobile van equipped with in vivo microscopy: a cluster-randomized community trial. Cancer Prev Res (Phila). 2018;11(6):359–70. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-17-0265>
 45. Luque JS, Opoku S, Ferris DG, Condorhuaman WSG. Social network characteristics and cervical cancer screening among Quechua women in Andean Peru. BMC Public Health. 2016;16(181). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2878-3>
 46. Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. Rev Saude Publica. 2009;43(2):318–25. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000200013>
 47. Mauad EC, Nicolau SM, Moreira LF, Haikel Jr R, Longatto-Filho A, Baracat EC. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. Rural Remote Health. 2009;9(3):1241. <https://doi.org/10.22605/RRH1241>
 48. Oliveira MV, Guimarães MDC, França EB. Fatores associados a não realização de Papanicolaou em mulheres quilombolas. Cienc

- Saude Colet. 2014;19(11):4535–44. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.15642013>
49. Rafael RMR, Moura ATMS. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(5):1045–50. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500026>
 50. Ribeiro CM, Dias MBK, Pla MAS, Correa FM, Russomano FB, Tomazelli JG. Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(6):e00183118. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183118>
 51. Soares MBO, Silva SR. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(2):177–82. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200002>
 52. Stormo AR, Moura L, Saraiya M. Cervical cancer-related knowledge, attitudes, and practices of health professionals working in Brazil's network of primary care units. *Oncologist*. 2014;19(4):375–82. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0318>
 53. Vale DB, Menin TL, Bragança JF, Teixeira JC, Cavalcante LA, Zeferino LC. Estimating the public health impact of a national guideline on cervical cancer screening: an audit study of a program in Campinas, Brazil. *BMC Public Health*. 2019;19(1492). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7846-2>
 54. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev Saude Publica*. 2014;48(2):240–8. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004852>
 55. Fernandes NFS, Galvão JR, Assis MMA, Almeida PF, Santos AM. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *Cad Saude Publica*. 2019;35(10):e00234618. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00234618>
 56. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2019;35(12):e00004119. <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>
 57. Martelli J, Van Wyngard V, Lagos M, Barriga MI, Illanes KP, Readi CF. Detección precoz del cáncer cervicouterino en Chile: tiempo para el cambio. *Rev Med Chil*. 2014;142:1047–55. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000800012>
 58. Paz-Soldán VA, Bayer AM, Nussbaum L, Cabrera L. Structural barriers to screening for and treatment of cervical cancer in Peru. *Reprod Health Matters*. 2012;20(40):49–58. [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40680-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40680-2)
 59. Ponce M. Prevention of cervical and breast cancer in health services and non-governmental organizations in the city of Buenos Aires. *Salud Colect*. 2013;9(2):215–33. <http://dx.doi.org/10.1590/S1851-82652013000200007>
 60. Sardi A, Orozco-Urdaneta M, Velez-Mejia C, Perez-Bustos AH, Munoz-Zuluaga C, El-Sharkawy F, et al. Overcoming barriers in the implementation of programs for breast and cervical cancers in Cali, Colombia: a pilot model. *J Glob Oncol*. 2019;5(5):1–9. <http://dx.doi.org/10.1200/JGO.19.00054>
 61. Wiesner-Ceballos C, Cendales-Duarte R, Tovar-Murillo SL. Aplicación de un modelo para el control del cáncer de cuello uterino en Soacha, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2008;10(5):691–705.
 62. Pilleron S, Cabasag CJ, Ferlay J, Bray F, Luciani S, Almonte M, et al. Cervical cancer burden in Latin America and the Caribbean: where are we? *Int J Cancer*. 2020;147(6):1638–48. <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.32956>
 63. Lopez MS, Baker ES, Maza M, Fontes-Cintra G, Lopez A, Carvajal JM, et al. Cervical cancer prevention and treatment in Latin America. *J Surg Oncol*. 2017;115(5):615–8. <http://dx.doi.org/10.1002/jso.24544>
 64. Arvizo C, Mahdi H. Disparities in cervical cancer in African American women: what primary care physicians can do. *Cleve Clin J Med*. 2017;84(10):788–94. <http://dx.doi.org/10.3949/ccjm.84a.15115>

Artigo recebido em 12 de agosto de 2021. Aceito em versão revisada em 28 de março de 2022.

Control of cervical cancer in the primary care setting in South American countries: systematic review

ABSTRACT

Objective. To describe cervical cancer (CC) prevention and control strategies in the primary care setting in South America.

Method. Two review steps were performed: review of documents published in governmental websites in Argentina, Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Peru, Uruguay, and Venezuela; and systematic review of the literature available in LILACS, MEDLINE, Scopus, SciELO, and Science Direct databases.

Results. Twenty-one institutional documents (plans, practice guides, and national guidelines) and 25 journal articles were included. All countries had high CC morbidity and mortality rates. Screening in primary healthcare (PHC) was mostly opportunistic, although the institutional documents indicated an intention and strategies for early diagnosis and longitudinal follow-up of suspected and confirmed cases, preferably within the public healthcare system. All countries adopted a broad view of PHC, although the stage of PHC implementation was heterogeneous in different countries, with predominance of selective PHC. Access to screening was more difficult for women from rural or remote areas and for indigenous populations. The unavailability of PHC close to households/communities was an important barrier for CC screening.

Conclusions. The fragmentation of healthcare systems and the selective provision of services are barriers for the prevention and control of CC in South America. Organized CC screening programs and active search for Papanicolaou testing in primary care are needed. Intercultural practices and intersectional public policies are essential to overcome the inequities in CC control in South American countries.

Keywords

Uterine cervical neoplasms; primary healthcare; universal access to health care services; Papanicolaou test; South America.

Control del cáncer cervicouterino en los servicios de atención primaria de salud en los países de América del Sur: revisión sistemática

RESUMEN

Objetivo. Describir las estrategias de prevención y control del cáncer cervicouterino (CCU) en los servicios de atención primaria de salud (APS) de América del Sur.

Métodos. Revisión bibliográfica en dos etapas, a saber, revisión documental en sitios web gubernamentales de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, y revisión sistemática en las bases de datos LILACS, MEDLINE, Scopus, SciELO y Science Direct.

Resultados. Se incluyeron 21 documentos institucionales (planes, guías de práctica y directrices nacionales) y 25 artículos. Todos los países tenían altas tasas de morbilidad y mortalidad por CCU. En los servicios de APS predominó el tamizaje oportunista, aunque los documentos disponibles señalaran intenciones y estrategias de diagnóstico precoz y seguimiento longitudinal de los casos sospechosos y confirmados, particularmente en la red pública. Todos los países adoptaron un concepto integral de APS, aunque el proceso de aplicación se encontrara en fases heterogéneas y predominaran la focalización y la selectividad. Cabe destacar que las mujeres de las zonas rurales o remotas y de los pueblos indígenas registran el peor grado de acceso al tamizaje. La falta de servicios de APS cerca de las residencias o las comunidades fue una barrera importante para el tamizaje del CCU.

Conclusiones. La fragmentación de los sistemas de salud y la segmentación en la oferta de servicios son obstáculos para la prevención y el control del CCU en América del Sur. Se necesitan programas organizados de tamizaje del CCU e incorporación de la búsqueda activa para realizar la prueba de Papanicolaou en los servicios de APS. La interculturalidad en las prácticas y la formulación de políticas desde una perspectiva intersectorial son esenciales para superar las inequidades en el control del CCU en los países suramericanos.

Palabras clave

Neoplasias del cuello uterino; atención primaria de salud; acceso universal a servicios de salud; prueba de Papanicolaou; América del Sur.
